
Informe sobre los precios de medicamentos en América Latina

Por: Gerardo Esteban Gómez Santiago

Guillermo Oglietti

Colaboradores: Julie Tibocho, Roberto Ruiz, Diana Solorzano, Jose Munguia, Naizarid Gutierrez, Sergio Paez



Presentamos un análisis comparativo de los precios de medicamentos elaborado por el Laboratorio de precios del CELAG. Nos concentramos en este sector por la importancia que tiene como determinante del bienestar de las familias, del gasto público y de la salud humana, un bien público global. En estos tiempos de pandemia, las dificultades que han demostrado los sistemas sanitarios para enfrentar este desafío global, nos compelen a cuestionar la desaprensión con la que se ha tratado el sector durante años. La privatización o la desfinanciación de los sistemas públicos, ha debilitado los sistemas sanitarios de todo el globo, y en especial los de América Latina. El gasto en salud como porcentaje del PIB en nuestra región apenas suma el 6.6 %; y el gasto per cápita alcanza los 1.026 dólares, una cuarta parte de lo que gastan los países de la OCDE. Destaca en nuestra región, el gasto de bolsillo en salud que deben enfrentar los hogares. Casi el 8 % de los hogares gastan más de un 10 % de su ingreso en gastos sanitarios, situación que genera que un 1.7 % de la población caiga por debajo de la línea de pobreza como consecuencia.¹

El mercado farmacéutico requiere una vigilancia minuciosa por parte de los hacedores de política que, simultáneamente, deben lograr que los laboratorios innoven y que abastezcan lo suficiente como para garantizar el acceso a medicamentos de calidad a precios accesibles.

Es por ello que en este informe brindamos información de precios comparados, que son de especial interés para las familias latinoamericanas, ya que son indicativos de las estructuras oligopólicas del mercado farmacéutico y de la efectividad de las regulaciones existentes (o de su ausencia) para garantizar la provisión suficiente de medicamentos.

1 OECD/The World Bank (2020), Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/740f9640-es>.

Coincidimos con el criterio empleado por la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos (CMED), organismo público brasileño encargado de reglamentar los precios de medicamentos que, entre otras facultades, prohíbe que el precio de venta al público sea mayor al que registran tres de los nueve países que se toman como referencia. La comparación internacional de precios debe estar presente en todo análisis del sector.

Apuntes metodológicos

En este informe nos concentramos en la comparación del precio de cinco medicamentos en once ciudades y países de América Latina². Uno de ellos es el analgésico **Paracetamol** de venta libre y uso masivo. El segundo es la **Amoxicilina**, un antibiótico de amplio espectro de uso popular y de venta libre en una mayoría de países donde la venta de antibióticos no está estrictamente regulada. Los siguientes tres medicamentos relevados, se venden solo bajo prescripción médica: **Losartán**, que regula la presión arterial, **Levotiroxina**, que trata el hipotiroidismo y la Insulina que trata la diabetes. Estos tres últimos cubren patologías que en conjunto acumulan al menos el 40 % de la mortalidad en la región³.

Con los 5 medicamentos creamos una **canasta hipotética**, cuyo valor sería el equivalente a gastar aproximadamente 1/5 del salario⁴ promedio latinoamericano en cada uno de estos 5 productos (ver los detalles metodológicos en el anexo).

2

Disparidad de precios de medicamentos en Latinoamérica

Mostramos los precios de cada medicamento y de la canasta hipotética para cada país en el gráfico 1 y la diferencia entre el valor de la canasta hipotética de cada país y el promedio en el gráfico 2.

Uruguay es el país que muestra los mayores precios finales de la canasta de medicamentos hipotética, casi 2/3 por encima del precio regional. Le acompañan Panamá y Argentina en este podio, con precios un 42 % y 26 % superiores al promedio. Llama la atención este resultado, ya que Panamá y Uruguay ocupan el 1er y 2do puesto en el ranking regional del salario en dólares, mientras que Argentina, por el contrario, está más cerca de las posiciones de la cola.

Con precios de la canasta muy cercanos al promedio de países que integran nuestra muestra se ubican Paraguay (-6 %), México (+2 %) y Ecua-

2 Las ciudades seleccionadas fueron las capitales de Argentina, Brasil, Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Paraguay, Panamá, Perú, México y Uruguay. A los fines comparativos con otros bloques económicos se tomó la ciudad de Houston en EE. UU. y Zaragoza en España.

3 Organización Panamericana de la Salud. Salud en las Américas+ (2017). Resumen: panorama regional y perfiles de país. Washington, D.C.: OPS; 2017.

4 En el anexo se encuentra un breve análisis comparativo de la situación salarial de los países bajo estudio.

dor (+3.6 %).

En el otro extremo, 5 países tienen precios significativamente menores al del conjunto. Se trata de Perú, Brasil, Bolivia, Colombia y Chile. Los precios de la canasta chilena son un 20 % menores al promedio regional, los de Colombia, Bolivia y Brasil un 34 %, 37 % y 39 % respectivamente, mientras que Perú sobresale con precios un 43 % más bajos que el conjunto de la región.

La disparidad de precios es la norma. El gráfico 1 muestra el rango de valores de los precios de cada medicamento, de la canasta y del salario mínimo.⁵ La disparidad en los precios de los medicamentos es muy superior a la disparidad observada en los salarios. Uruguay lidera los precios más elevados de la amoxicilina y la insulina, Panamá los del losartán y la levotiroxina, mientras que el paracetamol es más costoso en Ecuador. La amoxicilina es más barata en Panamá –a pesar que este país es el que tiene el precio más alto de la canasta–, el paracetamol en Bolivia, el losartán en Brasil, la levotiroxina en Paraguay y la insulina en Brasil.

El precio de la amoxicilina es el que tiene más disparidad, con un rango de precios que va de 0.29 a 7.2 dólares entre Panamá y Uruguay. El mayor precio multiplica 25 veces al menor. El rango de precios es igualmente alto en el losartán donde el mayor precio, equivalente a 17.8 dólares en Panamá multiplica por 12 al precio mínimo de 1.44 dólares que logra Brasil. El paracetamol, es el tercer medicamento con mayor disparidad, donde el menor precio lo alcanza Bolivia (USD 0.45) y el mayor Ecuador (USD 3.2), que multiplica por 7 al precio más bajo. El cuarto medicamento con más disparidad es la levotiroxina, cuyos precios van del mínimo de 4.3 dólares en Paraguay hasta el máximo de 24.5 en Panamá, es decir, multiplica por 6 el precio mínimo. El medicamento con menor rango de variación es la insulina, cuyos precios varían desde el mínimo de 13.4 dólares en Brasil hasta los 60.8 de Uruguay.

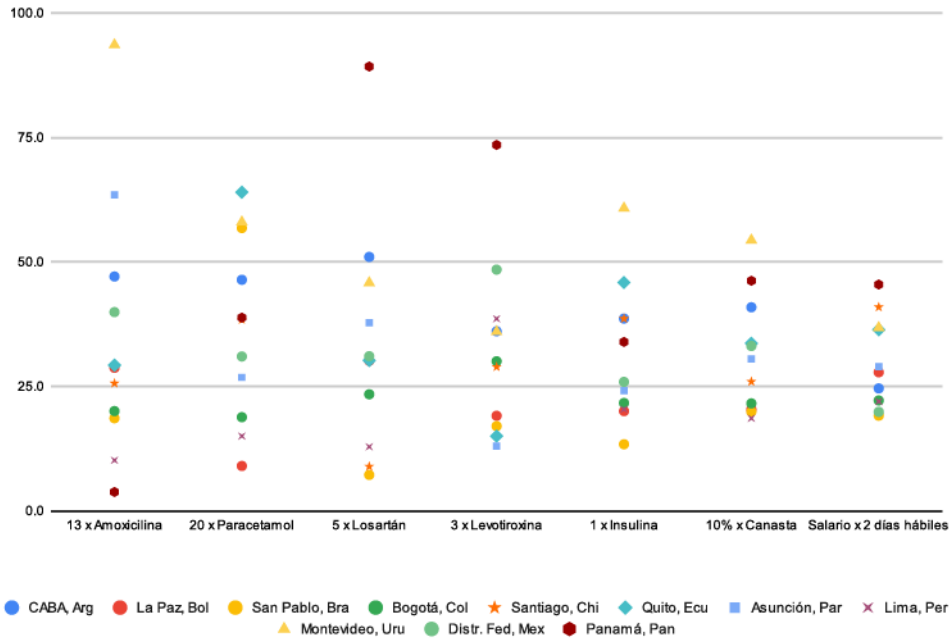
3

⁵ A los fines de representar la disparidad de precios en una única escala gráfica, se representó el precio de 13 unidades de Amoxicilina, 20 unidades de Paracetamol, 5 unidades de Losartán, 3 de Levotiroxina, 1 de Insulina y un 10 % de la canasta hipotética conformada por estos medicamentos (ver Anexo, tabla 1). Asimismo, representamos los salarios mínimos vigentes en la región equivalentes al salario correspondiente a dos días hábiles de trabajo.

Gráfico 1

Precios de medicamentos

A los fines de representar gráficamente todos los precios con una sola escala, se muestran los valores en dólares corrientes correspondientes a 13 unidades de amoxicilina, 20 de paracetamol, 5 de losartán, 3 de levotiroxina, uno de insulina, el valor correspondiente al 10 % de la canasta hipotética y el salario mínimo de dos días hábiles. Los precios en dólares se muestran en el anexo.



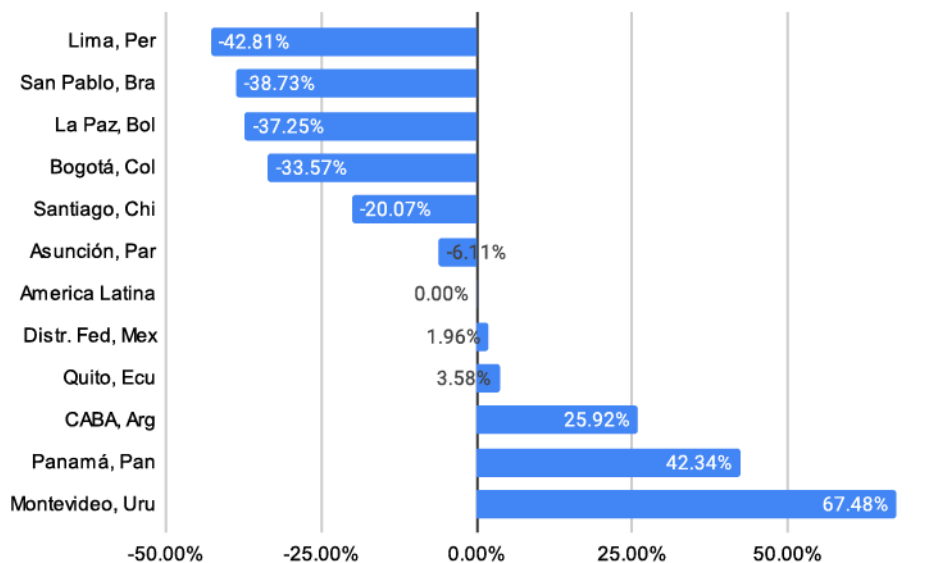
Fuente: elaboración CELAG

celag.org

Gráfico 2

Precios relativos

Diferencia porcentual del valor de la canasta en cada país con respecto al promedio de países seleccionados de Latinoamérica



Fuente: elaboración CELAG

celag.org

5

Cuando más (salario) no siempre suma: Poder de compra

Medimos el poder adquisitivo de medicamentos con la cantidad de horas de trabajo⁶ necesarias para adquirir cada medicamento o la canasta hipotética diaria, y el gráfico 3 nos muestra este indicador en términos relativos, es decir, en contraste con el promedio de la región: nos indica cuántas horas más (o menos) que en el promedio de la región es necesario trabajar en cada país para adquirir el mismo producto o canasta que en Latinoamérica.

Se observan enormes diferencias. Si bien los latinoamericanos tienen que trabajar 8 horas para adquirir la canasta hipotética diaria, en tres países, Argentina, México y Uruguay, los ciudadanos deben trabajar más horas que en el conjunto de la región para adquirir la canasta diaria. En

⁶ La metodología de elaboración del indicador es la siguiente: dado el precio del medicamento y el salario por hora, se calcula el cociente y de esa manera se obtienen las horas de trabajo necesarias para obtener una unidad del medicamento. El salario por hora en cada país se obtiene dividiendo el salario mensual entre 240, cálculo equivalente a dividir el salario mensual por el número de días trabajados (30) y las horas trabajadas por día (8).

Argentina y México deben trabajar 4 horas más que el promedio latinoamericano y en Uruguay casi 3 horas más. Contrasta esta diferencia con los países que tienen que realizar el menor esfuerzo: Chile y Bolivia. Los argentinos y mexicanos deben trabajar 7 horas más que en estos países para adquirir la misma canasta hipotética diaria de medicamentos, mientras Uruguay debe trabajar casi 6 horas más.

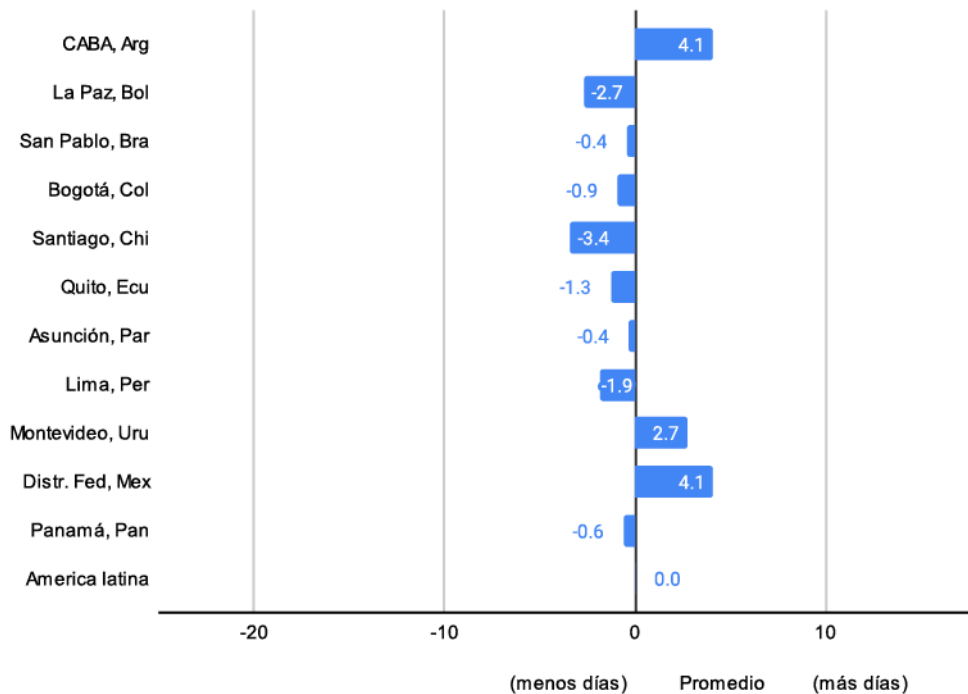
Chile, Bolivia, Perú y Ecuador, son los países donde los trabajadores tienen que hacer menos esfuerzo para conseguir la canasta diaria de medicamentos, con 3.4, 2.7 y 1.9 horas menos que el promedio latinoamericano respectivamente. En Colombia los trabajadores necesitan casi una hora menos de trabajo, mientras que Paraguay y Brasil tienen que hacer media hora menos de esfuerzo que un latinoamericano promedio.

6

Gráfico 3

Diferencial de horas necesarias para comprar la canasta hipotética diaria

En la región, con el salario promedio regional, se necesitan 8 horas para adquirir una canasta hipotética diaria. El gráfico muestra las horas de más (o menos) que deben trabajarse en cada país para conseguir comprar la canasta diaria que consigue un trabajador con el salario mínimo promedio regional. La canasta hipotética es la que distribuye el ingreso total del salario promedio de la región entre los 5 medicamentos por partes iguales.



Fuente: elaboración CELAG

celag.org

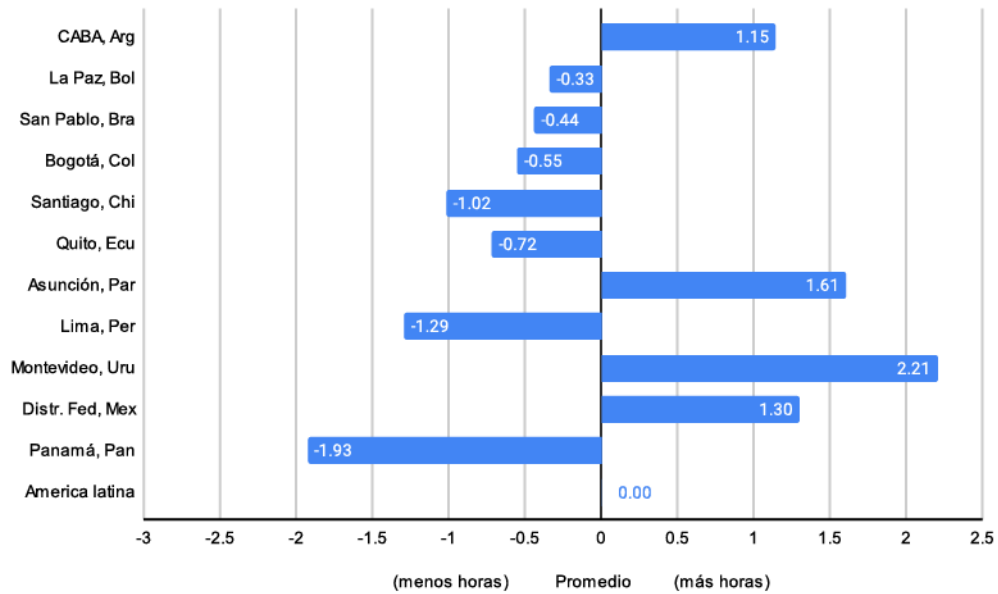
Gráfico 4

Diferencial de horas de trabajo necesarias para la compra de medicamentos

El gráfico muestra las horas de más (o menos) que deben trabajarse en cada país para conseguir comprar el medicamento que consigue un trabajador con el salario mínimo promedio regional

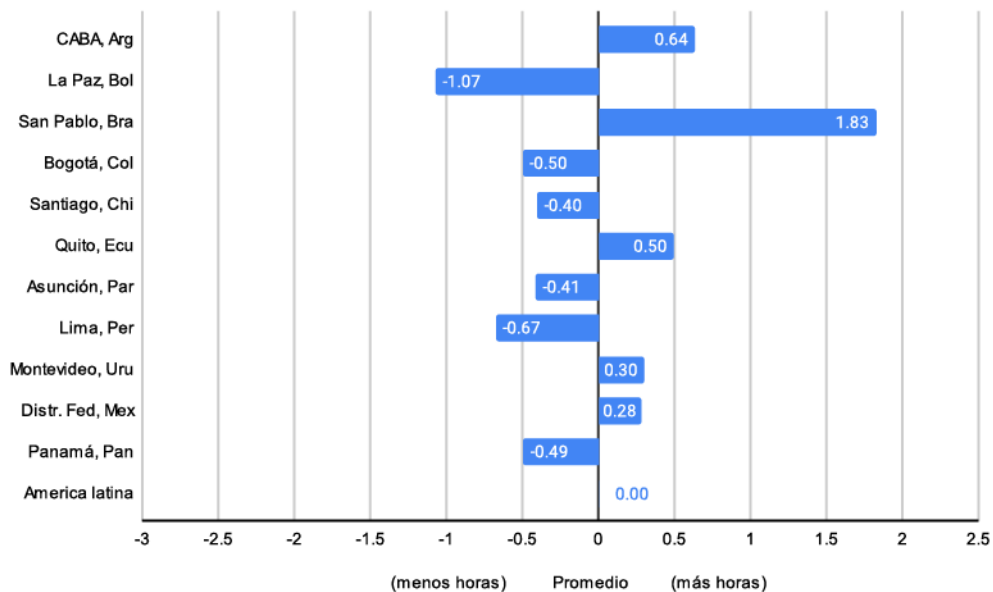
Amoxicilina

Con el salario promedio regional, se necesitan 2.1 hs para adquirir amoxicilina



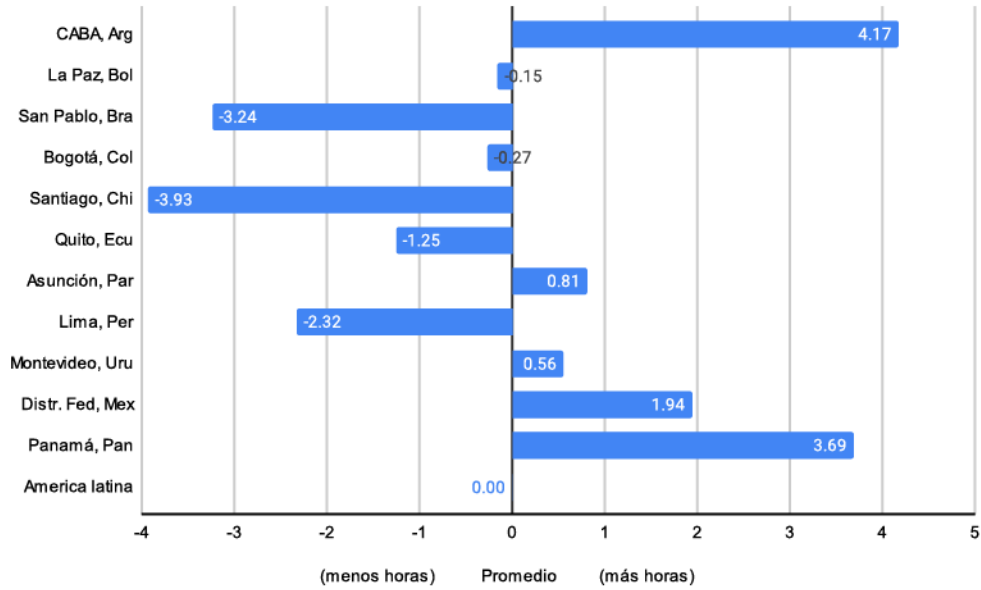
Paracetamol

Con el salario promedio regional, se necesitan 1.4 hs para adquirir paracetamol



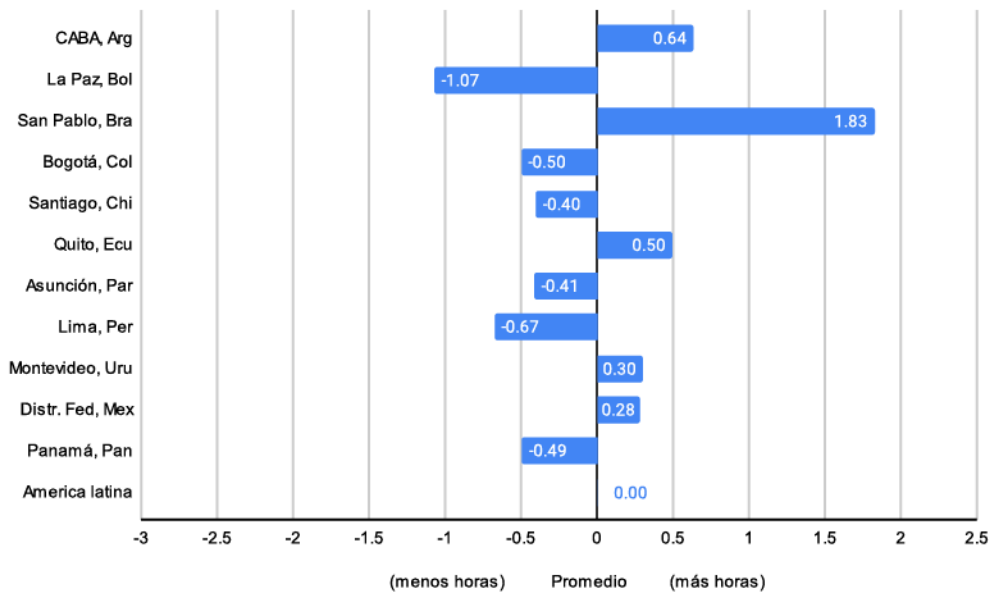
Losartán

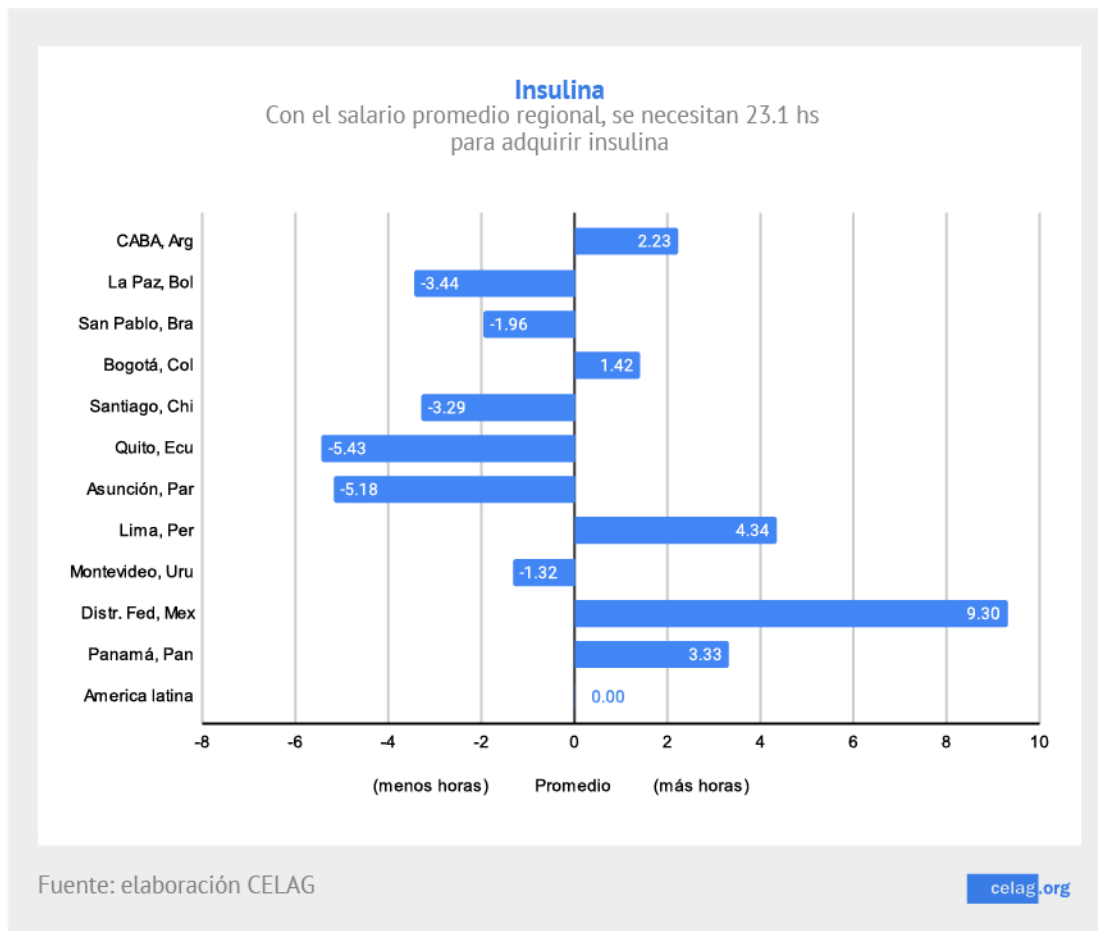
Con el salario promedio regional, se necesitan 4.5 hs para adquirir losartán



Levotiroxina

Con el salario promedio regional, se necesitan 8.4 hs para adquirir levotiroxina





Salarios o precios. ¿Qué explica el poder adquisitivo?

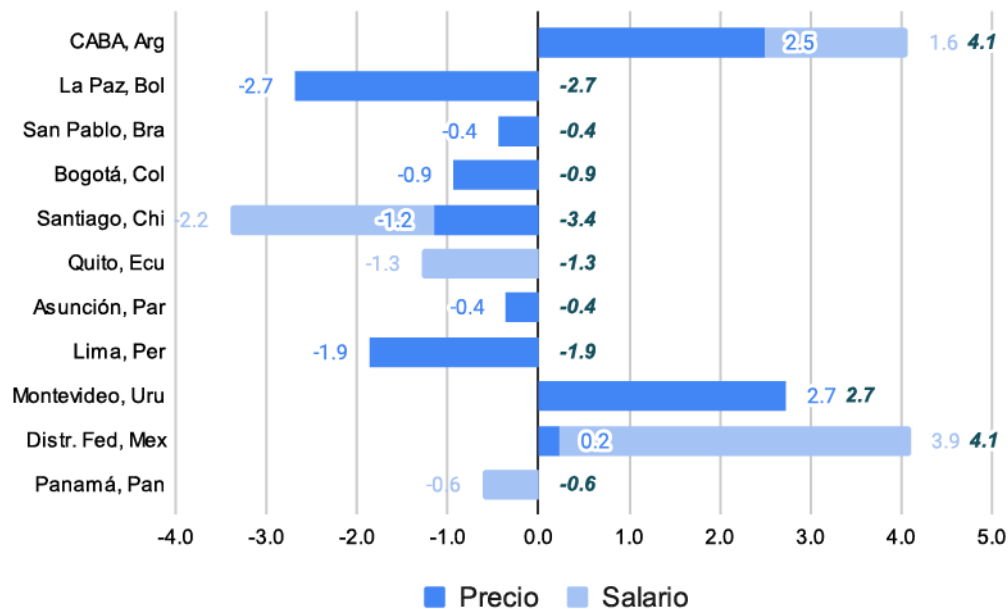
La capacidad de compra de medicamentos depende del nivel de precios y de los salarios vigentes en cada país. Un precio mayor al promedio regional implica menor poder adquisitivo que puede ser compensado por mayores salarios. A su vez, un menor nivel salarial implica menos capacidad de compra que puede ser compensada por un menor nivel de precios. La relación que observamos entre el nivel del salario en dólares y el poder adquisitivo no es tan directa y lineal como se espera habitualmente.

En el gráfico 5 replicamos el indicador de horas de trabajo necesarias para adquirir la canasta diaria que mostramos en el gráfico 4, pero añadimos la contribución de cada uno de los componentes que explican el poder adquisitivo, el salario y los precios de los medicamentos en cada país.

Gráfico 5

Precios o salarios. ¿Qué explica el diferencial de poder adquisitivo?

El gráfico muestra (en *itálicas verdes*) el diferencial de horas de más (o de menos) que deben trabajarse en cada país para conseguir comprar la canasta de medicamentos diaria que consigue un trabajador con el salario mínimo promedio regional. En colores se muestra la contribución de los salarios y de los precios de cada país a explicar este indicador.



Fuente: elaboración CELAG

celag.org

De los tres países que tienen menos poder adquisitivo, es decir, que requieren más tiempo de trabajo para adquirir la canasta hipotética diaria, sobresale Uruguay, para quien la totalidad del diferencial se debe al efecto de los precios altos. Atendiendo el problema de precios altos, este país aumentaría considerablemente el poder adquisitivo. En México, por el contrario, el diferencial de precios es muy bajo y apenas explica el 6 % del diferencial de precios con la región (0.2 horas), de modo que la gran mayoría termina explicada por los salarios bajos (3.9 horas). Así, México debe corregir sus salarios bajos para aumentar el poder adquisitivo. En una situación intermedia se ubica Argentina. En este país, un 51 % del bajo poder adquisitivo se explica por los precios altos y el restante 49 % por el salario bajo. El país debe atender los dos frentes para mejorar su bajo poder adquisitivo de medicamentos.

Entre los países con alto poder adquisitivo destacan Chile y Bolivia, los que ocupan el primer y segundo puesto con mayor poder adquisitivo. En

Chile, un 34 % del alto poder adquisitivo se explica por los bajos precios y los 2/3 restantes se explican por los altos salarios. Aún si Chile tuviera el salario equivalente al promedio latinoamericano, los chilenos necesitarían trabajar 1,2 horas menos para conseguir la misma canasta que el promedio de los latinoamericanos. En cambio, Bolivia muestra que la totalidad de su alto poder adquisitivo se explica por los bajos precios, ya que su salario es inferior al promedio regional. En este país, los bajos salarios han sido más que compensados por una regulación del mercado farmacéutico que les permite tener precios más accesibles que países como Uruguay o Panamá, que tienen salarios un 32 % y 63 % más altos. El siguiente país con mayor poder adquisitivo, Perú, al igual que Bolivia debe su mayor poder adquisitivo a los precios más bajos que el promedio regional, ya que su salario resulta $\frac{1}{4}$ inferior al promedio. Por el contrario, el cuarto país con mayor poder adquisitivo, Ecuador, lo consigue exclusivamente gracias a su mayor nivel salarial, ya que los precios superan el promedio. Así, para mejorar el poder adquisitivo, Perú debería lograr una mejora del nivel de salarios mientras que Ecuador debería concentrarse en mejorar su nivel de precios. Los restantes países, Colombia, Brasil y Paraguay, tienen un poder adquisitivo semejante al promedio regional y en los tres casos se debe, exclusivamente, a los precios más bajos ya que los tres tienen salarios inferiores al promedio.

Exploración sobre las causales del diferencial de precios

En este apartado se presentan sucintamente las principales características regulatorias que concurren como causales de las diferencias de precios que presenta cada país con respecto al promedio.

Chile, es el único de los países que posee precios menores al promedio sin hacer uso de un mecanismo explícito de control de precios. Sin embargo, entre las medidas observadas en materia de medicamentos, desde 2019 el Gobierno inició un proceso de mayor regulación a las cadenas de farmacias que exige la disponibilidad de un conjunto de medicamentos genéricos o bioequivalentes y cuyo impacto en la reducción de los precios fue significativo. En 2014 se creó el Fondo Nacional de Medicamentos de Alto Costo (Ley Ricaute Soto), que brinda protección financiera para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades cuyo tratamiento es oneroso (la diabetes e insulina están contemplados).

En el mercado farmacéutico, al igual o más que en otros sectores de actividad, la inversión publicitaria que los laboratorios hacen en la marca del producto tiene incidencia sobre la preferencia de la demanda y puede conducir a que las decisiones de consumo sean indiferentes a los precios e incluso, a la efectividad sanitaria de los mismos. Más aún cuando la estrategia comercial involucra a los médicos cuyas recomendaciones suelen tener una alta consideración de parte de los clientes. Este marco es el que prevalece cuando no hay regulaciones que medien sobre las conductas más desaprensivas de los laboratorios y comerci-

antes y, sin duda, atenta contra la calidad de los servicios sanitarios y contra los precios accesibles que brinda la competencia, especialmente, de los medicamentos genéricos que, por el contrario, no invierten en publicidad.

En este sentido, afortunadamente Chile tiene cierto camino recorrido. Entre 1933 y 1990 Laboratorios Chile fue una empresa de propiedad estatal con un rol protagónico en el suministro de medicamentos a través de la producción de genéricos, y si bien esta empresa actualmente es una empresa privada, su presencia en el mercado nacional pudo haber tenido efectos considerables en la educación del consumidor promedio, quien no consume por marca sino por precio. Una prioridad del Gobierno de este país ha de ser la de evitar que esta cultura desaparezca.

Bolivia tiene su base legal en la ley 1.737 de 1996, conocida como la Ley del Medicamento, con la que establece los mecanismos para regular los medicamentos en materia de calidad y acceso. No solo tiene que ver con los precios de venta al público, sino que aporta normativas claras con respecto a los profesionales médicos que realizan la prescripción, los requisitos que deben cumplir los laboratorios, las empresas importadoras y las farmacias y, adicionalmente, obliga a una revisión de la propaganda y promoción de medicamentos en los distintos canales de comunicación habilitados por parte de la Comisión Nacional de Farmacovigilancia en aras de proteger al consumidor y fomentar el uso racional de medicamentos. Otro punto a destacar es el esquema de descentralización que posee con gobernaciones y municipios, quienes asumen un rol importante en la distribución, especialmente de medicamentos esenciales, que son comercializados a través de las farmacias municipales (públicas, administradas por las alcaldías) y farmacias populares y boticas (instituciones sin fines de lucro), con el objetivo de garantizar que la ubicación geográfica no sea una limitación para acceder a medicamentos. Asimismo, Bolivia cuenta con la Central de Abastecimiento y Suministros de Salud (CEAS) que es un comprador mayorista de medicamentos, lo que le permite alcanzar ventajas de escala en la compra e importación, y a su vez sirve como proveedor de medicamentos, tanto de las instituciones públicas –como las farmacias municipales y el Ministerio de Salud–, como del sistema de salud privado, con lo cual contribuye a mantener bajos los precios. Asimismo, para enfrentar la pandemia el Gobierno estableció precios máximos supervisados por las instituciones de defensa del consumidor, que cubren todos los gastos vinculados a la pandemia, y abarca tanto los medicamentos, como los servicios de terapia y hasta los gastos de sepelio. La política de este país con respecto a la sanidad sirve de ejemplo para mostrar todo el potencial que puede lograrse con políticas activas.

Por su parte, Brasil posee un órgano estatal facultado para la regulación económica del mercado de medicamentos, la Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos (CMED) creada en 2003. Tiene como objetivo establecer precios que garanticen el acceso y fomenten la producción y utiliza criterios de actualización de precios según el índice de precios

al consumidor, las ganancias de productividad de la industria y la comparación con otros países.⁷ Una particularidad adicional del mercado farmacéutico brasileño es la escala del mismo, Brasil está entre los 5 mercados más grandes del mundo, lo que debiera garantizar que la industria trabaje a una escala eficiente y precios menores de importación al negociar grandes volúmenes a través de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA), ente encargado de controlar el registro de medicamentos producidos e importados.

Perú tiene la base legal para la intervención del mercado farmacéutico en la ley N° 29459 de 2009 conocida como Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. Su principal aporte en materia regulatoria se basa en dos ejes: primero, fortalecer el sistema de farmacias públicas –las cuales comercializan los medicamentos incluidos en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales–, a través de una oferta suficiente y la actualización constante de la lista de medicamentos y, segundo, un programa para brindar mayor información al consumidor, que incluye un Observatorio de Precios de Medicamentos de fácil acceso y permite la comparación de los precios por ciudad entre farmacias públicas y privadas, garantizando así, el acceso al menor precio posible. Otras medidas importantes, son el mejoramiento del sistema de compras públicas a través de la implementación de subastas que han permitido menores precios y la obligatoriedad de dispensación de dosis unitarias, lo que permite a los usuarios comprar solo la cantidad recetada y no las presentaciones por defecto de la industria.

Incluso Colombia, país que donde el “mercado” disfruta de una baja intensidad regulatoria en general, en el mercado de medicamentos empezó a fijar precios máximos a partir de 2013. La entidad encargada de determinar qué precios fijar y de realizar el control correspondiente, es la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y Dispositivos Médicos (CNPMDM). A diferencia de los otros países, el precio máximo se establece en puntos de venta mayoristas, es decir, un eslabón anterior al de venta al público en la cadena de comercialización. Si bien existe reglamentación en torno al margen que pueden cobrar las Empresas Prestadoras de Salud (EPS), no hay ninguna reglamentación específica para el último eslabón de comercialización: las farmacias y droguerías. Como resultado, el grado de concentración de la industria y la cantidad de farmacias por habitante es alto en comparación con el resto de la región. Así, Colombia es líder en cobertura minorista, lo que hace que el último eslabón de la cadena sea muy competitivo y exista poco espacio para establecer precios monopólicos.⁸

Paraguay tiene como ente encargado de regular los precios de los me-

7 La reglamentación actual impide que el precio de los medicamentos tenga incrementos mayores al índice de precios al consumidor o que el precio de venta al público sea mayor al que registran tres de los nueve países que se toman como referencia (Australia, Canadá, España, Estados Unidos, Francia, Grecia, Italia, Nueva Zelanda y Portugal).

8 Aproximadamente 90 laboratorios, nacionales y extranjeros, tienen actividad en Colombia y están nucleados en tres cámaras (Andi, Afidro y Asinfar). La cantidad de habitantes por farmacia ronda los 2500, el valor más bajo de la región.

dicamentos a la Dirección Nacional de Vigilancia Sanitaria (DNVS). Lo hace estableciendo precios máximos de venta al consumidor sobre algunos de los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales. La actualización de los precios tiene periodicidades menores a los dos meses y los precios se difunden a través de la Cámara de Farmacias del Paraguay (CAFAPAR) entidad designada por ley para la confección y difusión del informe.

Ecuador regula los precios de medicamentos esenciales desde el 2014 a través del Decreto 400, que estipula la conformación de un Consejo Nacional cuyo objetivo es revisar y actualizar los precios de los medicamentos y está integrado por cuatro ministerios a los fines de garantizar el acceso y generar mecanismos que desincentiven la actividad monopólica de laboratorios y de cadenas farmacéuticas minoristas. Para supervisar el cumplimiento de las reglamentaciones, se le asigna a la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARC-SA) la responsabilidad de verificar, en campo, la venta de los medicamentos dentro del precio máximo establecido.

Entre los países que tienen menos poder adquisitivo que el promedio, destaca Uruguay que no posee una política puntual dirigida al control de precios de medicamentos. Sus avances en materia de acceso se han desarrollado a partir de la modificación del sistema de salud en 2005 que creó el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA). A través de éstos se ha logrado una mejora en la cobertura médica, disminuyendo la inequidad en el acceso y garantizando no solo la atención médica oportuna por parte de profesionales sino también la adquisición de medicamentos en función de la capacidad de pago del usuario. Es decir, la adquisición de medicamentos la realiza en primer lugar el Estado, buscando garantizar la obtención de todos los medicamentos incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales (LME), posteriormente, el usuario accede al medicamento que necesita a través del SNIS y paga de acuerdo a lo estipulado por el FONASA. Con este mecanismo el Estado uruguayo garantiza medicamentos a precios asequibles sin fijar precios máximos en el mercado minorista. De manera que si bien en las farmacias se observan mayores precios y menor capacidad de compra con respecto al resto de Latinoamérica, no es este el principal canal de acceso a medicamentos, sobre todo para aquellos ciudadanos de menores ingresos que reciben cobertura a través del SNIS. Como hemos señalado, el principal problema de acceso en México no son los precios, que se ubican en valores semejantes al promedio nacional, sino el bajo nivel de salarios. De todos modos, el país conseguiría una mejora significativa si lograra disminuir los precios, en especial teniendo en cuenta que México es el segundo mercado de mayor escala en la región por detrás de Brasil, lo que es una ventaja natural que le permitiría abaratar sus medicamentos. Según el Artículo 31 de la Ley General de Salud, el establecimiento de precios máximos depende del Ministerio de Economía a partir de recomendaciones del Ministerio de Salud. Andrés López Obrador mostró preocupación sobre el sector des-

de el inicio de su Gobierno y actuó en consecuencia a través del establecimiento de acuerdos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la ONU para el asesoramiento en la compra consolidada de medicamentos para garantizar un menor precio para el sector público.

El mercado de medicamentos de Argentina no posee una regulación eficaz en materia de precios. En 2002 implementó la Ley 25.649 de prescripción de medicamentos por nombre genérico y con ello se logró una disminución en los precios, aunque, a juzgar por los precios actuales, su efecto no fue persistente o resultó insuficiente. No puede asegurarse que esta ley haya conseguido cambiar ni el hábito de los consumidores ni el de los médicos que prescriben medicamentos, ni mucho menos aún, las estrategias de los laboratorios para revertir los objetivos de esta estrategia. Actualmente el mercado de medicamentos sin marca cubre apenas el 3 % del mercado y la mayor parte de los medicamentos genéricos tienen marca y, por lo tanto, tienen casi el mismo comportamiento que un medicamento común. En la misma época⁹ se implementó el programa REMEDIAR, una política pública de gran impacto,¹⁰ que permitió proveer medicamentos gratuitos a unos 16 millones de habitantes. Otro avance más reciente, consistió en establecer precios máximos en acuerdo con varios actores del sector sobre cinco medicamentos esenciales para atender las unidades de terapia intensiva, acuerdo de vital importancia en el contexto de la pandemia.

El papel de los medicamentos genéricos

Los medicamentos genéricos representan una oportunidad para aumentar el abastecimiento a precios accesibles que, sin embargo, no todos los países logran desarrollar con todo su potencial a pesar de las normativas.

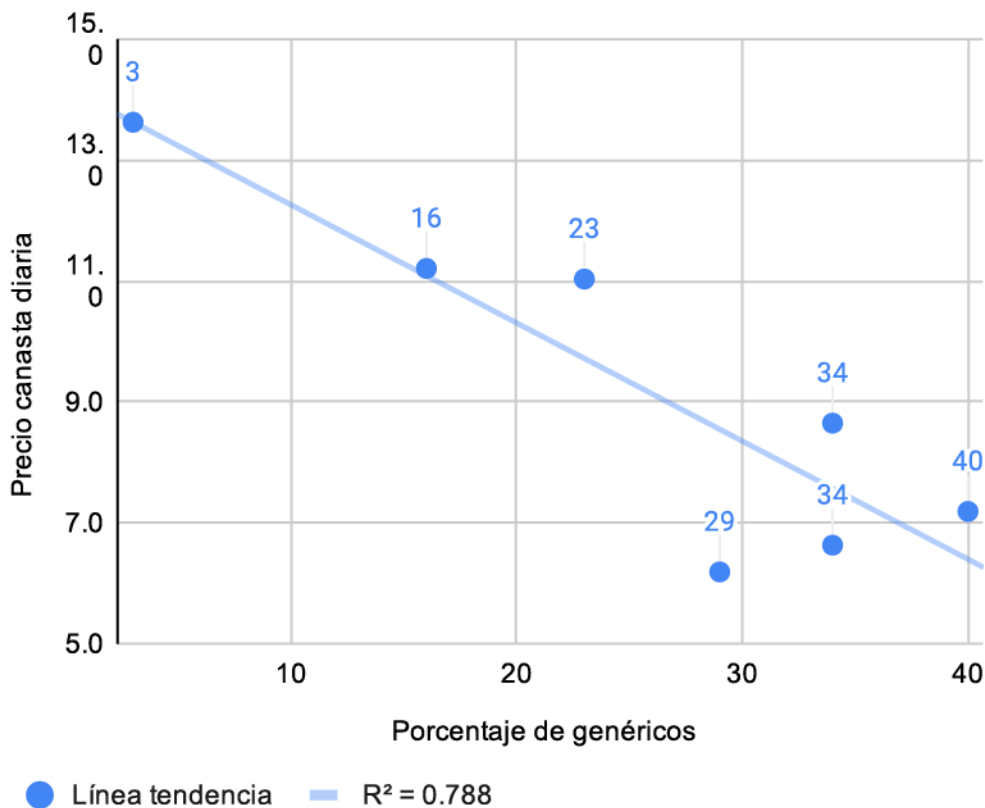
⁹ Bajo dirección del ministro Ginés González García.

¹⁰ El programa REMEDIAR solo interrumpió sus servicios durante el Gobierno de Mauricio Macri, sin embargo, con el cambio de Gobierno volvió a funcionar.

Gráfico 6

Medicamentos genéricos y precios de los medicamentos

Precios de los medicamentos en dólares y porcentaje de medicamentos genéricos en el mercado total de medicamentos medido por volumen



Fuente: elaboración CELAG a partir de datos propios de precios y OCDE-BM informe: Panorama de la Salud: Latinoamérica y el Caribe 2020.

celag.org

El gráfico 6 muestra la relación observada entre la disponibilidad de genéricos sin marca en cada país –medido como el porcentaje del volumen de mercado abastecido por estos medicamentos– y el nivel de precios. Se distingue una relación negativa que sugiere la conveniencia de profundizar con el desarrollo de políticas de medicamentos auténticamente genéricos sin marca.¹¹ Estos resultados indican que por cada 10 % de aumento de presencia de los medicamentos genéricos en el mercado, el precio de la canasta podría caer en torno al 12 %.

11 Cabe señalar que una regresión mínimo-cuadrática entre el precio como variable dependiente y dos variables independientes, el salario en dólares y el porcentaje del volumen de medicamentos abastecidos por genéricos sin marca, nos indica que solo la variable representativa de los genéricos es estadísticamente significativa y alcanza a explicar más del 70 % de la varianza ajustada. De todos modos, la escasez de información no permite afirmar que estos datos sean robustos por eso solo los presentamos como un dato a pie de página.

La penetración de los medicamentos genéricos en Latinoamérica es alta, mayor que en la OCDE, sin embargo, el grueso de estos genéricos han desarrollado marcas, es decir, se comportan igual que los medicamentos no genéricos en términos de fijación de precios mayores a los genéricos sin marca. Es interesante notar que el mercado evoluciona adaptándose a la regulación en función de su propia conveniencia, de modo que la regulación igualmente debe tener esta capacidad de adaptación, para que persistan los objetivos de la regulación y no solo la burocracia que genera como subproducto.

Reflexiones finales

El modelo sanitario latinoamericano es un sistema mixto, que se ubica en algún punto intermedio entre el modelo basado en la provisión hegemónicamente privada y desregulado de EE. UU. y el modelo europeo, mayoritariamente público y regulado. Los precios que observamos en la región también reflejan esta diversidad de posiciones intermedias. El poder adquisitivo de un norteamericano es la mitad del que tiene un español. A pesar de que el salario mínimo en EE. UU. es aproximadamente un 8 % superior al de España, la cesta de medicamentos cuesta más del doble, un 133 % más.¹²

17

Las claves que explican el poder adquisitivo de medicamentos depende de las políticas regulatorias de cada país y el ranking que hemos elaborado de poder adquisitivo por país es útil para entender cuáles son los modelos a seguir. La comparación entre el modelo estadounidense y el europeo resulta lapidaria. Tener salarios altos no es garantía suficiente para lograr el acceso a medicamentos a precios razonables, sino que, en muchas ocasiones, solo sirven de nutriente para engordar la renta de los laboratorios que explotan su poder de mercado. Tales parecen ser los casos de Panamá y Uruguay, que muestran los salarios más altos de la región, pero también, los precios más altos de los medicamentos. En forma similar, los salarios altos de Ecuador no logran transformarse en mayor poder adquisitivo, a diferencia de Chile, que tiene el poder adquisitivo más alto de la región y no se debe solo a su alto nivel de salarios sino al aporte de una aceptación popular de los medicamentos genéricos. Así, la provisión pública, la cultura y una regulación eficaz de los precios son materias ineludibles para cualquier gobierno que priorice la salud de su población. Esto es especialmente importante en países que tienen salarios bajos, como es el caso de Bolivia, que logra el segundo poder adquisitivo más alto de la región. Perú, Colombia, Brasil y Paraguay muestran resultados similares –aunque menos contun-

12 Nuestra canasta hipotética, que en promedio nos cuesta 8 horas de trabajo a los latinoamericanos, le cuesta 6 horas a un estadounidense y 2.7 horas a un español. El salario estadounidense resulta un 189 % mayor al promedio de la región, pero como los medicamentos cuestan un 287 % más, su poder adquisitivo es inferior al de España y, en consecuencia, un estadounidense debe trabajar el doble de horas que un español para adquirir la misma canasta.

dentes– que Bolivia, es decir, salarios bajos y un poder adquisitivo mejor al promedio regional. Otros países de salarios bajos, como México, podrían mejorar y mucho la situación de sus trabajadores emulando las políticas de este país, algo que parece más al alcance de la mano de la política pública que subir el salario de los trabajadores, una de las variables más importantes de la macroeconomía. En definitiva, los salarios bajos no son un impedimento para lograr un poder adquisitivo alto y, por el contrario, un salario bajo no es un impedimento para que el poder adquisitivo empeore aún más debido a precios más altos. Tal es el caso de Argentina, que se ubica en la peor de las posiciones y debe avanzar en ambos aspectos para mejorar la situación de su población.



Anexo I

Aspectos metodológicos

La elección de los principios activos se realizó buscando la mayor representatividad del mercado farmacéutico, para ello se seleccionaron algunos de los medicamentos de mayor consumo y los que atienden las patologías con mayor prevalencia en la región. Los precios de los medicamentos fueron relevados durante el mes de mayo y su valor en dólares está calculado según el tipo de cambio oficial de cada uno de los países del día 29 de mayo de 2021.

A los fines de garantizar la obtención del precio final de venta al público, se hizo uso estricto de la consulta directa en al menos dos farmacias por ciudad a través de páginas web y de consultas telefónicas. No se utilizaron listados de precios o precios sugeridos publicados por entidades públicas, laboratorios o asociaciones del sector.

Las presentaciones se seleccionaron buscando garantizar la mayor homogeneidad posible entre países. Como criterio general con respecto a los precios, se tomó el promedio de los dos precios más bajos siempre que la diferencia entre éstos no fuese superior a una cuarta parte del precio más bajo, en caso contrario se tomó el precio más bajo de las fuentes consultadas. Una aclaración adicional es que los precios recogidos son los precios finales en las farmacias, incluyen los impuestos vigentes y no tienen en cuenta posibles alternativas de acceso a los medicamentos brindadas por coberturas de seguros de salud privados o por parte de los sistemas públicos de seguridad social.

Las presentaciones y dosificaciones seleccionadas para cada principio activo se muestran en la Tabla 1. En la última columna se muestra la participación de cada medicamento en una canasta hipotética diseñada para comparar los precios absolutos y el poder adquisitivo del salario entre los países seleccionados. Para la construcción de esta canasta se tomó como referencia el promedio latinoamericano de precios y salarios, buscando que la participación de cada uno de los medicamentos (precio por cantidad) fuese semejante a un 20 % del salario,¹³ de modo tal que un salario promedio de Latinoamérica sería consumido en su totalidad en esta canasta hipotética.

13 Para el establecimiento de los ponderadores de cada medicamento se dividió el salario en el número de medicamentos, esto nos da el monto que al multiplicar precio por cantidad debe alcanzar cada medicamento, posteriormente se dividió ese monto por cada uno de los precios y de esa manera se obtuvo la cantidad que debía adquirirse de cada medicamento para que la participación individual fuese de aproximadamente el 20 % del salario.

Tabla 1

Descripción de los medicamentos¹⁴

Principio Activo	Dosificación	Presentación	Ponderador en la canasta
Amoxicilina	500 mg	15 comprimidos	23
Paracetamol	500 mg	20 comprimidos	32
Losartán	50 mg	30 comprimidos	10
Levotiroxina	100 mg	50 comprimidos	6
Insulina	10 UI	Ampolla de 10 ml	2

¹⁴ Con respecto al Paracetamol se puede encontrar también como Acetaminofén o Acetaminofeno y la Levotiroxina es también conocida como Levotiroxina Sódica; con comprimidos se hace referencia a pastilla y las unidades de medida de las dosificaciones son miligramos (mg) y unidad internacional (UI).

Precios en dólares de los medicamentos por presentación

En la Tabla 2 se muestran los precios en dólares de los medicamentos seleccionados en su correspondiente presentación y el de la canasta hipotética cuya metodología de armado se explicó anteriormente.

 **Tabla 2**

Precios en dólares de los medicamentos por presentación

En dólares. El color de los recuadros identifica los precios superiores (en rojo) y menores o iguales (verde) al promedio de Latinoamérica.

Ciudad	Amoxicilina	Paracetamol	Losartán	Levotiroxina	Insulina	Canasta
CABA, Arg	3.62	2.32	10.20	12.02	38.61	408.79
La Paz, Bol	2.21	0.45	6.03	6.36	20.02	203.72
San Pablo, Bra	1.43	2.84	1.44	5.67	13.36	198.92
Bogotá, Col	1.54	0.94	4.68	10.01	21.65	215.67
Santiago, Chi	1.97	1.92	1.78	9.64	38.60	259.49
Quito, Ecu	2.25	3.20	6.04	5.00	45.86	336.27
Asunción, Par	4.88	1.34	7.55	4.32	24.10	304.81
Lima, Per	0.78	0.75	2.57	12.86	20.39	185.66
Montevideo, Uru	7.20	2.90	9.16	11.99	60.79	543.71
Distr. Fed, Mex	3.07	1.55	6.21	16.15	25.89	331.00
Panamá, Pan	0.29	1.94	17.85	24.50	33.92	462.09
América Latina	2.66	1.83	6.68	10.77	31.20	324.65
Houston, EE. UU.	3.79	3.00	28.00	20.00	179.00	941.11
Zaragoza, Esp	2.29	4.02	5.09	6.01	67.66	403.42

Fuente: elaboración CELAG

celag.org

21

Nivel salarial en la región

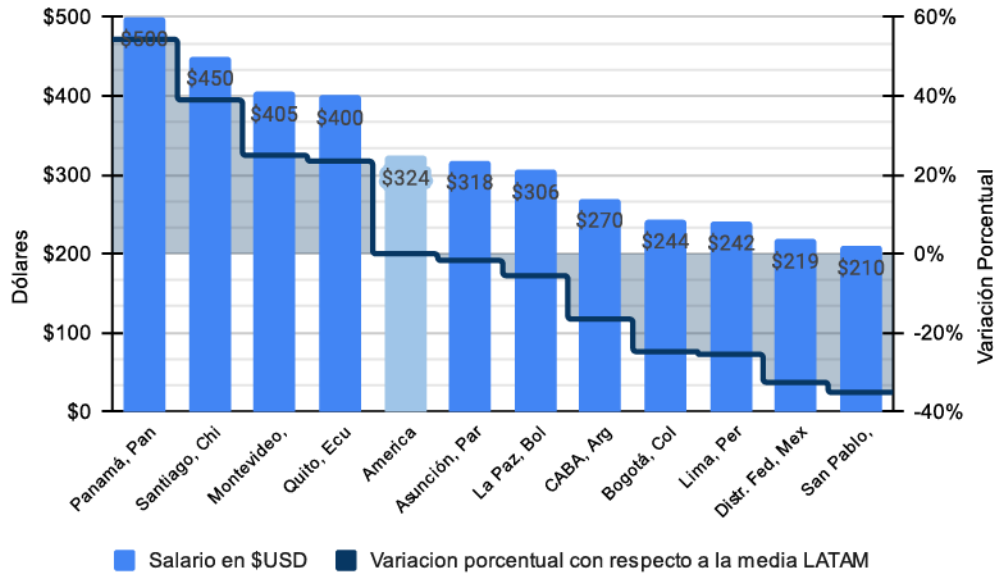
Precios e ingresos determinan la capacidad de compra de medicamentos y en esta breve sección presentamos las condiciones salariales de cada país, lo que permite disponer de todos los insumos necesarios para analizar el poder adquisitivo del salario en términos de medicamentos. En todos los casos utilizamos el salario mínimo legal, que si bien no es estrictamente el salario representativo del promedio de cada sociedad, se aproxima al mínimo que recibe un trabajador a tiempo completo y, por lo tanto refleja las condiciones de ingreso de los trabajadores de menores ingresos, aquellos sobre los que más impactan los precios. Asimismo, al utilizar el salario mínimo obtenemos una medida internacionalmente comparable que nos permite calcular el poder adquisitivo de estos trabajadores de menores ingresos.

Gráfico 7

Salarios en América Latina

Nivel de salarios en dólares al tipo de cambio oficial (eje izquierdo) y variación porcentual respecto al promedio de la muestra en porcentajes (eje derecho)

Nivel salarial en \$USD y variación con respecto al promedio de la muestra



Fuente: elaboración CELAG

celag.org