



Implementación de precios de venta al público de referencia para optimizar el gasto en medicamentos en una obra social provincial argentina*

Implementation of reference pricing to optimize the spending on medicines in an argentinian provincial social insurance

Implementação de preços de referência para otimizar o gasto em medicamentos em uma obra social provincial Argentina

Recibido: 18 de Abril de 2020. **Aceptado:** 25 de Noviembre de 2021. **Publicado:** 30 de Diciembre de 2021.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.ipvp>

Jorge Anibal Schlottke^a

IVPN-Network, Argentina

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6263-9449>

Esteban Lifschitz

HIRIS Care, España

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9680-2272>

Aldo Alvarez-Risco

Universidad de Lima, Perú

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0786-6555>

Para citar este artículo: Schlottke JA, Lifschitz E, Alvarez-Risco A. Implementación de precios de venta al público de referencia para optimizar el gasto en medicamentos en una obra social provincial argentina. Rev Gerenc Polit Salud. 2021;20. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps20.ipvp>

* Artículo de investigación.

^a Autor de correspondencia. Correo electrónico: jorgeschlottke@gmail.com

Resumen

Introducción. Los medicamentos constituyen uno de los mayores determinantes de los costos en salud, por lo que su adecuada gestión representa un desafío para los financiadores a fin de garantizar su acceso equitativo y la sostenibilidad financiera del sistema en su conjunto. **Objetivo.** Analizar la situación de una obra social provincial en la cual los medicamentos representan el 35,14% del gasto asistencial. **Métodos.** Se utilizan los precios de venta al público de referencia como herramienta de optimización. Estos definen una cuantía máxima de financiamiento siguiendo un criterio de equivalencia química cualitativa y cuantitativa y con idénticas forma farmacéutica, dosis, vía de administración y presentación, sin restringir la lista de medicamentos disponibles ni al médico y ni al paciente. **Resultados.** Uno de los principales determinantes del precio de los medicamentos está dado por su variabilidad según la marca comercial. Al establecer un precio de venta al público de referencia se demostró que el 88,07% de las dispensas se encuentran por encima del mismo. Si se hubiera aplicado este precio de venta, el ahorro habría sido de USD\$ 795 279,78 en el periodo estudiado. Este ahorro podría haberse utilizado para estrategias de cobertura prioritarias como las enfermedades cardiovasculares o el asma. **Conclusiones.** La optimización del gasto en medicamentos permite no solo reducir el gasto per se sino también disminuir el gasto de bolsillo de los afiliados. Esto permitiría mejorar la adherencia a los tratamientos y el control de las enfermedades, formando un círculo virtuoso que redunde en mejores resultados de salud para la población beneficiaria.

Palabras clave: Precio de medicamentos, equidad en salud, farmacovigilancia, políticas de salud, Argentina.

Abstract

Introduction. Medicines constitute one of the major determinants of health costs. Their adequate management is a challenge to funders for guaranteeing equitable access and financial stability of the system as a whole. **Objective.** To analyze the situation of a provincial social insurance in which medicines represent 35.14% of the assistance spending. **Methods.** Reference pricing as a tool for optimization was used. This tool defines a maximum amount of funding, following a criterion of qualitative and quantitative chemical equivalence, with identical pharmaceutical form, dose, mode of application, and presentation, without restricting the list of medicines available to both doctor and patient. **Results.** One of the main determinants of the price of the medicines is given by their variability according to the brand. In establishing the reference pricing, it was shown that 88.07% of waivers were higher than that. If reference price had been applied the savings would have been US\$795 279,78 in the period of the study. This could have been used for strategies of priority coverage like cardiovascular diseases or asthma. **Conclusions.** Optimization of spending on medicines makes it possible not only to reduce spending per se but also to decrease the out-of-pocket spending of affiliates. Consequently, this could improve treatment adherence and disease control, representing a virtuous circle leading to better health results for the beneficiary affiliates.

Keywords: Drugs price, health equity, pharmacovigilance, health policy, Argentina.

Resumo

Introdução. Os medicamentos constituem um dos maiores determinantes dos custos de saúde. Sua gestão adequada representa um desafio para os financiadores no sentido de garantir seu acesso equitativo e a sustentabilidade orçamentaria do sistema em conjunto. **Objetivo.** Analisar uma obra social de província na Argentina, na qual os medicamentos representam o 35,14% do gasto assistencial. **Métodos.** Os preços de varejo de referência foram utilizados como ferramenta de otimização. Com estes se estabelece um montante máximo de financiamento segundo o critério de equivalência química qualitativa e quantitativa, idêntica forma farmacêutica, dose, via de administração, e apresentação, sem restringir a lista de medicamentos disponíveis ao médico ou ao paciente. **Resultados.** Um dos principais determinantes do preço dos medicamentos está dado pela sua variabilidade segundo a marca comercial. Ao estabelecer um preço de varejo de referência se revelou que o 88,07% das despesas ficaram acima deste. Se este preço houvesse sido aplicado a economia teria sido de US\$795 279,78 no período estudado. Esta quantia podia ter sido empregada para estratégias de cobertura prioritária tais como doenças cardiovasculares ou asma. **Conclusões.** A otimização do gasto com medicamentos não só o reduz per se, mas também reduz o gasto do bolso dos pacientes afiliados. Isto permitiria melhorar a adesão aos tratamentos e ao controle de doenças, o que configura um círculo virtuoso de melhores resultados de saúde para a população beneficiária.

Palavras-chave: Preços de medicamentos, equidade em saúde, farmacovigilância, políticas de saúde, Argentina.



Introducción

El sistema de salud argentino se caracteriza por la coexistencia de varios subsistemas, por su segmentación y por las inequidades. La población puede acceder al mismo por la parte pública que es financiada por los impuestos generales, a través de los seguros sociales provinciales o nacionales financiados por los aportes de los beneficiarios; a través de los seguros privados financiados por los aportes mensuales de los afiliados, o también por el camino asistencialista donde el financiamiento lo asume el propio paciente. Estos subsistemas conviven sin un marco general de articulación entre ellos, lo que revela otra de las características del sistema: su segmentación. Por último, es importante destacar que el carácter federal del país hace que las políticas de salud sean incumbencias de los ministerios provinciales que con recursos humanos y económicos dispares llegan a resultados en salud heterogéneos (1), lo que ocasiona un acceso inequitativo. Este trabajo se enfoca en el subsector de los seguros sociales, más específicamente, en el perfil de utilización de un grupo de medicamentos ambulatorios en una obra social provincial.

De acuerdo con los datos censales del año 2011 las obras sociales provinciales brindan cobertura al 25% de la población del país (2). Además, cuentan con un vademécum definido por ellas mismas, en el cual los afiliados poseen coberturas ambulatorias generalmente en torno al 50% y coberturas superiores en planes especiales que oscilan entre el 60% y el 100%, es decir, sin copago por parte del afiliado en algunos casos como el plan materno o el plan especial para pacientes oncológicos.

El medicamento es uno de los principales determinantes del gasto en salud, así queda manifestado en la encuesta de utilización y gasto en servicios de salud del Ministerio de Salud de la Nación de 2010, donde se determina que el 44% de los gastos en salud que realiza una familia se destina a medicamentos (3). Por este motivo, la implementación de políticas adecuadas podría disminuir los montos elevados de los medicamentos que se deben, en parte, a la disponibilidad de varias marcas comerciales para un mismo ingrediente farmacéutico activo (IFA) a precios muy diferentes.

Actualmente en Argentina rige la ley 25.649 (4) de promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico, sancionada en agosto de 2002, y por la cual las prescripciones deben ser realizadas según la denominación común internacional y el paciente tiene la potestad de solicitar al farmacéutico la marca comercial más económica. Si bien en la actualidad Argentina cuenta con la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) que otorga el certificado para la comercialización de los medicamentos luego de evaluar su seguridad, eficacia y calidad, y con el Sistema Nacional de Farmacovigilancia (SNFVG) que se encarga de detectar, evaluar, comprender y prevenir efectos adversos derivados del uso de los medicamentos (5), la Nación no posee una agencia que regule el precio de los mismos.

Una propuesta para lograr la regulación del mercado de los medicamentos ha sido explicada por Federico Tobar (6). Esta comienza con la institucionalización de una Comisión Nacional

de Regulación de Precios de Medicamentos (CNRPM) que defina y establezca los procesos de definición de precios. Sin embargo, dicha comisión no ha sido puesta en marcha.

Como lo describen Lifschitz et al. (7), la regulación del precio de los medicamentos es llevada a cabo en varios países. Sobre estos se puede mencionar lo siguiente:

En Alemania la agencia IQWiG regula los precios según los beneficios adicionales de los nuevos medicamentos respecto al estándar.

En Francia la agencia de evaluación de tecnologías sanitarias (HAS) determina los beneficios terapéuticos y luego el comité económico de productos de salud (CEPS) negocia los precios.

Reino Unido regula el precio del medicamento por medio de un acuerdo entre el Ministerio de Salud y la industria farmacéutica mediante el esquema de regulación de precios farmacéuticos, PPRS por sus siglas en inglés.

Las políticas de regulación de precio de medicamentos

Como lo describe Forns (8), existen diferentes maneras de regular el precio de los medicamentos tales como las listas positivas y negativas, el costo de producción, el aporte del medicamento en comparación con otros ya disponibles, los precios de referencia externos por medio de comparaciones internacionales y los precios de referencia internos. Si bien las políticas de regulación están fundamentadas en lograr un acceso más equitativo, su implementación suele enfrentar resistencias en los afiliados, ya que ante la disponibilidad del mismo IFA con distintas marcas comerciales se tiende a asociar que el de menor precio es de menor calidad (7). Esta idea, en muchos casos, se encuentra influenciada por la publicidad persuasiva, definida por el escritor y economista canadiense Stephen Leacock como “la ciencia de detener la inteligencia humana el tiempo necesario para obtener dinero de ella” (9). Es por ello que este tipo de estrategias deben acompañarse de políticas de comunicación para educar en el uso racional de los medicamentos y reducir las conjeturas que suelen generar la implementación de este tipo de herramientas.

Propuesta de regulación para implementar en la obra social

La obra social (OS) provincial en estudio brinda cobertura a un cuarto de la población de la provincia y su gasto en medicamentos representa 35,14% de sus pagos totales. Es por esto que se torna necesario implementar herramientas de regulación a fin de garantizar la sostenibilidad financiera de este actor, ya que de ninguna manera es justificable pagar el precio por marcas desproporcionadamente costosas existiendo otras alternativas seguras, eficaces y de calidad. Por este motivo se proponen los denominados precios de venta al público de referencia (PVPr), mediante los cuales se define una cuantía máxima de cobertura para los medicamentos que presentan equivalencia química cualitativa y cuantitativa e idénticas forma farmacéutica, dosis,



vía de administración y presentación (10). Esta medida apunta a lograr eficiencia en el gasto asociado al uso de medicamentos, con la consecuente disminución del gasto tanto para la obra social como para los pacientes, y asegurando los mismos resultados en salud y favoreciendo la accesibilidad a los tratamientos (11).

Descripción conceptual de los PVPr

Debido a la variabilidad de marcas comerciales que existen para un mismo IFA, los PVPr se utilizan en diferentes países para regular los precios. Para ello se establecen tres parámetros: un nivel de agrupamiento, una medida que se utilizará como precio de referencia (media, mediana, precio más bajo, entre otros) y una frecuencia de revisiones al sistema (12). Existen tres niveles de equivalencia para definir el agrupamiento:

NIVEL 1. Equivalencia química, es decir, medicamentos con iguales IFAs (p. ej., todos los enalapril),

NIVEL 2. IFAs de la misma familia (p. ej., todos los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina),

NIVEL 3. IFAs con el mismo efecto terapéutico (p. ej., todos los antihipertensivos) (12).

Materiales y métodos

Se propuso identificar los medicamentos que representaban mayor costo para la OS y sus marcas alternativas, entre noviembre de 2017 y octubre de 2018, se conformó una muestra con el ranking de los 20 principales medicamentos de cada mes, los respectivos precios de venta al público (PVP) y las unidades dispensadas (la unidad de análisis es la presentación de cada medicamento, por ejemplo, una caja de Losartán 50mg x 30 comprimidos equivale a 1 unidad). Además, se determinó la denominación común internacional de cada medicamento, se los categorizó según la clasificación anatómica-terapéutica-química (ATC) asignada por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la OMS. Luego se realizó el proceso de exclusión y por medio del software de gestión de farmacia “Farmatronic” se buscaron todas las alternativas disponibles en ese momento para cada uno de los medicamentos de la lista. Finalmente, se confeccionó un listado de alternativas para cada IFA y se obtuvo de los informes de la OS las unidades dispensadas y el PVP de cada uno de ellos.

El proceso de exclusión para definir la lista final de estudio incluyó:

Marcas comerciales que contaban con reportes negativos de farmacovigilancia pasibles de sanción, con base en los informes de farmacovigilancia de la ANMAT referidos a 2016 y 2017, publicados en 2017 y 2018 respectivamente.

Productos que no presentaban IFAs (leches y pañales).

Medicamentos que aparecieron solo algunos meses.

Medicamentos de proveedor único también conocidos como single source (13).

Como alternativas para regular el gasto en medicamentos se propusieron los precios de referencia internos debido a la sencillez logística en su implementación para medicamentos cuyos derechos de exclusividad ya han expirado (medicamentos bajo protección de patentes o de fuente única no pueden ser regulados mediante esta herramienta) y la eficiencia en el gasto que generan tanto para la obra social como para el gasto de bolsillo de los afiliados. Para ello se definieron los siguientes parámetros:

Nivel de agrupamiento. Se optó por el NIVEL 1 de equivalencia química cualitativa y cuantitativa y con idénticas forma farmacéutica, dosis, vía de administración y presentación, ya que supone para los pacientes un sustituto perfecto (se descartaron el segundo y tercer nivel de equivalencia ya que pueden existir controversias tales como la diferente respuesta fisiológica de los pacientes, variaciones farmacocinéticas, farmacodinámicas y farmacogenéticas).

Medida a utilizar como PVPr. Se definió la mediana de los precios disponibles como PVPr para cada agrupamiento. Se escogió este valor porque otorga al afiliado la posibilidad de evitar un copago extra debido a la simplicidad de su cálculo y porque elimina los valores extremos que pueden conducir a un PVPr muy alto o muy bajo.

Frecuencia de revisiones. Se propuso una revisión mensual del sistema, de los listados de precios, de los medicamentos dados de alta y de los medicamentos dados de baja.

Para el agrupamiento se optó por presentaciones iguales, es decir, medicamentos disponibles que contienen la misma cantidad de comprimidos o de cápsulas, ya que existen IFAs de diferentes marcas comerciales cuyas presentaciones varían.

Con el fin de establecer el PVPr para cada IFA se calculó la mediana de los PVP disponibles de cada uno ordenando de menor a mayor PVP y surgieron dos posibilidades:

Para los IFAs que contaban con un número de alternativas impares, la mediana fue el precio central.

Para los IFAs que contaban con un número de alternativas pares, la mediana fue la media entre los dos precios centrales.

Una vez definido el PVPr se consideraron tres posibles escenarios (ver tabla 1):



1. Que el paciente seleccione una marca comercial cuyo precio de venta al público (PVPms) sea mayor al PVPr. En ese caso el afiliado deberá pagar el porcentaje del PVPr correspondiente más la diferencia entre el PVPms y PVPr.
2. Que el paciente elija una marca comercial cuyo PVPms sea igual al PVPr. El paciente abonará solamente el copago asociado al PVPr.
3. Que el paciente elija una marca comercial cuyo PVPms sea menor al PVPr. En cuyo caso el afiliado deberá pagar el porcentaje correspondiente al PVPms.

Tabla 1. Algoritmo de aplicación del PVPr

	PVPms > PVPr	PVPms = PVPr	PVPms < PVPr
A cargo del paciente	% PVPr + (PVPms - PVPr)	% PVPr	% PVPms
A cargo de la OS*	% PVPr	% PVPr	% PVPms

* Obra social provincial en estudio.

Fuente: elaboración propia.

Para determinar el impacto del uso de los PVPr se evaluó el gasto en los IFAs estudiados en el mes de enero de 2019, el cual se comparó con el gasto que hubiera representado la aplicación de la política de PVPr. Además, se estableció el ahorro promedio alcanzado y se proyectó en el periodo comprendido entre noviembre 2017 y octubre 2018, estimando así el ahorro gracias a la utilización de los PVPr. Finalmente se determinó el posible destino del dinero ahorrado a la generación de un nuevo plan especial para enfermedades cardiovasculares y asma.

Resultados

Considerando los 20 primeros items del ranking de medicamentos según costos mensual durante el periodo observado se conformó una lista de 30 items entre medicamentos y otros productos, de los cuales, el 47% correspondieron al tracto alimentario y metabolismo, 13% a los antiinfecciosos de uso sistémico, 13% a leches, 10% al sistema cardiovascular, 7% a pañales, 7% a sangre y organos hematopoyéticos y finalmente 3% al sistema nervioso. Se excluyeron 8 productos que siempre estaban en el ranking pero no poseían IFAs (5 leches y 3 pañales), 3 medicamentos que aparecieron eventualmente solo un mes del periodo en estudio y 6 medicamentos *single source*. Luego de esta depuración la lista quedó conformada por 13 medicamentos (12 IFAs) (ver tabla 2). Solo hubo una marca comercial de Losartán 50 mg x 30 comp. que, por incumplimientos de las normas de buenas prácticas de manufactura y control, la ANMAT lo retiró del mercado y recomendó a la población que se abstuviera de utilizarlo (14), por lo cual esta marca fue excluida para la definición posterior del PVPr para ese IFA, ya que constituía un ejemplo de medicamento de menor calidad. En promedio, los IFAs de la lista en estudio presentaron 11,5 posibilidades comerciales, el Losartán 50 mg x 30 comp. es el que ofrecía mayor cantidad de posibilidades: 32, mientras que el Esomeprazol 40 mg x 28 comp. y el Vildagliptin 50 mg x 56 comp. presentaron la menor cantidad de posibilidades comerciales: 3. La mayor diferencia de precios entre marcas comerciales para un mismo IFA se encontró en el Levetiracetam (US\$ 34,90), y la menor, en la Ceftriaxona 1g IM x 1 f.a. (US\$ 4,55).

Las dispensas por encima del PVPr promediaron un 88,07% mientras que los precios pagados por encima del PVPr promediaron los US\$ 6,38. Los costos en los IFAs de la lista de estudio en el mes de enero de 2019 representaron la suma de USD\$ 72 177,16. Aplicando el PVPr propuesto en este trabajo, el gasto habría sido de USD\$ 65 667,90 es decir, se habrían ahorrado USD\$ 6 509,26 solo en este mes y solo para estos IFAs. Ver tabla 2.

Tabla 2. Comparativa de los costos de los IFAs en la OS con los costos utilizando el PVPr. Enero de 2019

IFAS en estudio	Unidades dispensadas	Costos sin PVPr (US\$)	Costos con PVPr (US\$)	Ahorro (%)
Amoxicilina + Ac. Clavulanico 1 g. x 14 comp.	502	6.183,53	5.765,94	6,75
Candesartan 16 mg. x 30 comp.	155	6.542,05	5.620,61	14,08
Ceftriaxona 1 g. IM x 1 f.a.	174	2.281,21	1.918,76	15,89
Clopidogrel 75 mg. x 30 comp.	265	8.511,36	8.077,39	5,10
Esomeprazol 40 mg. x 28 comp.	125	4.690,74	3.825,03	18,46
Glimepirida 4 mg. x 30 comp.	504	7.324,80	6.390,50	12,76
Lansoprazol 30 mg. x 30 caps.	307	5.398,11	4.659,52	13,68
Levetiracetam 500 mg. x 60 comp.	67	7.403,01	6.385,27	13,75
Losartán 50 mg. x 30 comp.	589	8.528,70	8.220,23	3,62
Losartán + Hidroclorotiazida 50 mg. / 12,5 mg. x 30 comp.	381	6.226,29	6.171,31	0,88
Metformina AP 850 mg. x 60 comp.	401	5.426,50	5.204,33	4,09
Vildagliptin 50 mg. x 56 comp.	95	3.660,86	3.429,01	6,33
Total		72.177,16	65.667,90	
Promedio de ahorro utilizando PVPr				9,62%

Fuente: elaboración propia.

Luego de evaluar el ahorro permitido por la implementación del PVPr para cada uno de los IFAs se determinó que este presentaría en promedio un 9,62% de ahorro en la cobertura de la OS, evitando pagar por marcas innecesariamente costosas. Al proyectar este porcentaje al gasto total en medicamentos de la OS en el período entre noviembre 2017 y octubre 2018 se habría generado un ahorro de USD\$ 795 279,78 (USD\$ 66 273,32 mensuales). Ver tabla 3.



Tabla 3. Costos de los medicamentos entre noviembre 2017 y octubre 2018 y ahorro estimado debido a la implementación del PVPr

Periodo	Unidades dispensadas	Costo para la OS* (USD\$)	Ahorro del 9,62% debido al PVPr (USD\$)
Nov-17	83343	852.772,51	82.036,72
Dic-17	83957	826.129,02	79.473,61
Ene-18	76994	732.100,89	70.428,11
Feb-18	72345	694.602,37	66.820,75
Mar-18	76509	772.429,89	74.307,75
Abr-18	76817	788.920,15	75.894,12
May-18	79311	660.175,84	63.508,92
Jun-18	87641	636.922,61	61.271,95
Jul-18	86505	642.611,02	61.819,18
Ago-18	97303	550.261,08	52.935,12
Sep-18	97287	546.733,28	52.595,74
Oct-18	87375	563.282,92	54.187,82
Ahorro estimado entre noviembre 2017 y octubre 2018			USD\$ 795.279,78

*Obra social provincial en estudio.

Fuente: elaboración propia.

Actualmente las enfermedades cardiovasculares y el asma cuentan con una cobertura del 50% a cargo de la OS, por lo que se propuso llevar esas coberturas al 80% con el dinero ahorrado. El plan especial “cardiovasculares” habría significado un costo promedio de USD\$ 48 791,66 mensuales y un total anual de USD\$ 585 499,86. Por su parte, un plan especial “asma” habría costado en promedio USD\$ 10 883,97 mensuales y un total anual de USD\$ 130 607,59. En conjunto hubieran representado un costo total de USD\$ 716 107,45 entre noviembre 2017 y octubre de 2018 que podría haber sido cubierto por el ahorro gracias a la implementación del PVPr.

Discusión

La implementación de políticas de regulación para mejorar la accesibilidad al medicamento representa una oportunidad hacia la equidad que no debe dejarse pasar por alto. Tal como lo describen Tobar et al. (15), regular el precio de los medicamentos es fundamental para lograr la sostenibilidad del sistema de salud. Países como España y Portugal, por ejemplo, lo han hecho a través de técnicas competitivas como la promoción de la sustitución por genéricos o mediante la obligatoriedad de sustitución por la alternativa más económica. También existen estrategias intervencionistas como la comparación de precios, el establecimiento de precios de referencias y las evaluaciones de ventajas terapéuticas. Este estudio propone una herramienta que apunta a la sostenibilidad de la obra social por el ahorro que esta medida puede generar y los beneficios que se pueden obtener de ella.

Para la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública (16) es de vital importancia poder controlar el gasto farmacéutico mediante la adecuación y racionalización de la prescripción, el impulso de los genéricos, la racionalización y protocolización del uso de nuevas moléculas y la financiación por precio de referencia.

Como detallan López y Puig (10), los precios de referencia no son un sistema nuevo, sino que desde su introducción en Alemania en 1989 se han aplicado exitosamente en Holanda, Suecia, Dinamarca, Nueva Zelanda, British Columbia (Canadá), Noruega, Italia y Australia. Según dichos autores, debido a los diferentes niveles de agrupamiento y a las medidas que pueden adoptarse como PVPr, este sistema de regulación confiere una amplia flexibilidad que favorece su aplicación de una manera adecuada según las necesidades locales. La propuesta que hacemos en esta investigación combina las características de regulación por precios de referencia internos de distintos países, agrupa por nivel de equivalencia 1 como el modelo sueco, establece la mediana como PVPr cual lo hace Alemania y propone revisiones mensuales como el modelo en Nueva Zelanda.

Los medicamentos de fuente única (*single source*) o protegidos por patentes también deben ser regulados, pero para ello deben plantearse otras estrategias como los precios de referencia externos mediante una comparación internacional. Esto excede los alcances del estudio y se sugiere como tema para futuras investigaciones.

La definición de cuál será la unidad de análisis se torna crucial al momento de definir el PVPr. En este caso el agrupamiento se realizó por la misma presentación comercial. Sin embargo, cabe mencionar que los resultados podrían ser mejores utilizando un PVPr “unitario” ya que un mismo IFA puede tener diferentes presentaciones. Un ejemplo claro se observó en el Esomeprazol 40 mg donde se llegaron a apreciar diferencias de precios por comprimido de hasta el 59,8% (de US\$ 0,83 a US\$ 1,38) entre marcas comerciales con distintas presentaciones (por 28 o 30 comprimidos). Esto nos conduce a pensar que a futuro en nuevas propuestas de regulación ajustadas al precio por comprimido.

Es importante comprender que si bien la implementación de los precios de referencia es una medida que optimiza el gasto en medicamentos, no es útil si se aplica de manera aislada sino que se debe acompañar de políticas de educación a los afiliados respecto a la medicación, la alfabetización en medicamentos realizada por la TLV sueca para terminar con el problema de expectativas que genera el precio en el resultado de los tratamientos (17), las campañas de prevención de enfermedades y promoción de la salud y también la evaluación exhaustiva de los nuevos IFAs previo a su incorporación al vademécum ya que lo nuevo no siempre es mejor, pero siempre es más caro (15).

Vallès et al. (18) encontraron que el 98,9% de un grupo de 4620 pacientes con enfermedades crónicas entrevistados aceptó la sustitución por un medicamento genérico luego de recibir la información respecto a los beneficios y posibles inconvenientes del mismo. No es entendible el motivo de gastar más dinero por algo igualmente seguro y efectivo, sobre todo con una propuesta de cobertura para otras enfermedades prioritarias con el dinero ahorrado. Sin embargo, será necesario evaluar la aceptación de los afiliados a esta medida antes de su aplicación.



Conclusión

El medicamento es un gestor de costos muy importante en las obras sociales. Su regulación es fundamental para fortalecer los sistemas de salud tanto locales como nacionales, ya que existe un alto grado de variabilidad en el precio pagado por un mismo IFA. Establecer un PVPr permitirá destinar el dinero ahorrado a mejoras prioritarias y con sentido común, pues no se justifica la cobertura de marcas innecesariamente costosas. Es fundamental educar en la importancia del acceso a medicamentos y el escaso o nulo aporte de gastar por marca comercial, pero también hacer valer las normativas vigentes a los médicos prescriptores y a los farmacéuticos que dispensan para evitar los problemas de expectativas que genera un cambio de marca comercial en los resultados del tratamiento. El desafío es grande pero los beneficios son de tal magnitud que justifica sacarlo adelante.

Consideraciones éticas

La investigación no necesitó de aval ético debido a que no requirió experimentación con animales ni seres humanos.

Contribución de los autores

El artículo fue concebido, diseñado, redactado, analizado e interpretado por el Mgter. Jorge A. Schlottke bajo la dirección del Dr. Esteban Lifschitz y el asesoramiento del Dr. Aldo Alvarez-Risco, colaboradores sustanciales para la concepción, interpretación de datos, revisión crítica y presentación a esta Revista luego de exhaustivas correcciones.

Financiación

Los autores declaran que no recibieron financiamiento para realizar el estudio.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflicto de interés asociado al desarrollo y presentación de este trabajo de investigación.

Referencias

1. Tobar F, Lifschitz E. Introducción: El sistema de salud argentino. En: Rezzónico R, Menzica C, Rezzónico M. Auditoría médica y garantía de calidad de la gestión sanitaria. Buenos Aires: Journal; 2016.
2. Canale S, De Ponti H, Monteferrario M. Obras sociales provinciales: indicadores de consumo y gasto en atención médica, cap. 8. Documentos y Aportes en Administración Pública y Gestión Estatal; 2016.
3. Bisang R, Luzuriaga J, San Martín M. El mercado de los medicamentos en la Argentina. Buenos Aires: CESE; 2017. <http://fcece.org.ar/wp-content/uploads/informes/medicamentosargentina.pdf>

4. Honorable Congreso de la Nación Argentina. Ley 25.649: Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico; 2002. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-25649-77881/texto>.
5. Argentina, Ministerio de Salud. Buenos Aires: Gobierno de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/anmat/farmacovigilancia>
6. Tobar F. Cómo regular el precio de los medicamentos en Argentina. Revista Médicos; 2014. http://revistamedicos.com.ar/numero79/opinion_tobar.htm
7. Lifschitz E (coord.) Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias: lecciones aprendidas en países de Latinoamérica y Europa. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fundación Sanatorio Güemes; 2017.
8. Forns JR. Precio de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus mecanismos de control; 2015.
9. Roncoroni AJ. Publicidad de medicamentos dirigida al consumidor. La Nación; 2002.
10. López G, Puig J. La aplicación de los precios de referencia a los medicamentos. Cuadernos de Información Económica. 1999; 43:77-84. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=173127>
11. Grupo Kadupules. Propuesta para una política de medicamentos en Argentina centrada en el acceso; 2018.
12. Tocarucho LH. Políticas farmacéuticas: efectos de la fijación de precios de referencia y grupos de medicamentos con evidencia de similar utilidad terapéutica. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VP/RBC/politicas-farmaceuticas-efectos-fijacion-precios-referencia-2013.pdf>
13. Arias TD. Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso. OPS. Panamá; 1999. p.184.
14. ANMAT. Retiro del mercado de un lote de producto. 27 de abril. Buenos Aires; 2017. p.1.
15. Tobar F, Drake I, Martich E. Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. Rev Panam Salud Publica. 2012; 32(6):457-463. <https://www.scielosp.org/article/rp-sp/2012.v32n6/457-463/>
16. Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública. La sostenibilidad del sistema nacional de salud; junio de 2011.
17. TLV. A safe substitution at the pharmacy – the equivalent medicine at the lowest price. Suecia: TLV.
18. Vallès JA, Barreiro M, Cereza G, Ferro J, Martínez M, et al. Aceptación de los fármacos genéricos en equipos de atención primaria: efecto de una intervención educativa y de los precios de referencia; 2002. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112002000600008.