

Editorial

Por una política de Medicamentos

El nuevo Gobierno de la Concertación ha publicado una Política de Medicamentos, comentada en estas páginas (Vol.46 N°2). De larga gestación durante el Gobierno anterior, el documento hecho público apunta a garantizar 'racionalidad, calidad, disponibilidad y acceso en el uso de medicamentos', amén de incidir, como era lógico, en aspectos institucionales del manejo de las sustancias medicamentosas, en especial el rol del químico-farmacéutico. No es poco, pero cabe la pregunta si es suficiente. Tal política es de hecho política de financiamiento del gasto en medicamentos, un subcapítulo de importancia pero que está lejos de cubrir el campo que pudiese asegurar a los chilenos una adecuada terapia como parte integral y sine qua non de la atención médica que se prescribe. En efecto, un decurso de atención médica sin terapia, es inútil y altamente ineficiente, puesto que todos los recursos previamente utilizados en diagnóstico, se pierden. Centrada en el financiamiento, por demás incompleto, una política de medicamentos es sin embargo, una política de dependencia y, a la larga, dados sus costos, de inequidad.

En efecto, una auténtica política de medicamentos debe concebirse en niveles, y basarse en el volumen físico requerido, por 'curso terapéutico' (dosis unitaria, multiplicada por periodo eficaz de tratamiento, por paciente), y por prevalencia/incidencia epidemiológica de la enfermedad(es) correspondiente(s). Debe, además, tenerse consideración de los márgenes de 'pérdida' (importante), en los diversos eslabones del proceso que va de la producción al consumo, incluyendo la automedicación, variable esta que sólo una educación temprana y profunda pueden paliar. El valor monetario resultante -la así llamada 'dimensión del mercado'-, es expresión resumen del 'costo', y del precio o 'gasto' de tal necesidad: no es variable central, sino dependiente, terreno del 'consumidor' o del 'proveedor' de servicios, respectivamente. Solo que el actor central no es ni uno ni otro, sino su resultado: el ciudadano enfermo 'tratado', que deviene nuevamente sano y en total posesión de su capacidad de trabajo y de vida. Un consumidor que 'no sana' con el consumo, es resultado de falta de necesidad, inadecuación (ineficacia), o intratabilidad.

Los 'niveles' de acción de una política de medicamentos incluyen:

- Uso efectivo (por el paciente), con sub-variables de información, prescripción y dificultad de administración (por ej. vía parenteral vs. vía oral)
- Accesibilidad al medicamento, con variables de capacidad de compra, seguridad social, etc.
- Comercialización de formas farmacéuticas
- Distribución del medicamento, geográfica y por niveles del sistema de salud (especialización)
- Aprovisionamiento de principios activos para las formas farmacéuticas.
- Producción de formas farmacéuticas
- Producción de principios activos
- Aprovisionamiento de materias primas para los principios activos: comercio internacional.

La Política nacional de medicamentos presentada públicamente considera solo los tres primeros niveles nombrados, y ello solo desde el punto de vista financiero o de gasto. CUÁL es el perfil de CONSUMO por ciudadano, y por paciente (que no es lo mismo) es desconocido. Se sabe, por ejemplo, que el uso de antidepresivos es excesivo, pero NO se conoce si el perfil de medicamentos que el país consume, y en el que

gasta, tiene correspondencia con el perfil epidemiológico de la población. Menos con su variación de corto y mediano plazo.

Se colige que la actual política nacional no visualiza el uso de medicamentos, sino el consumo en pesos equivalentes. No se centra en la salud, sino en el valor monetario. Tampoco hay preocupación por los niveles de costos de producción y márgenes de ganancia: se asume que lo que dicte el mercado (asimétrico, desinformado, 'marketead') es correcto, lo que puede definitivamente NO serlo para la población.

Desconocer la estructura mundial de producción de fármacos, oligopólica por sub-mercados, significa implícitamente aceptar que el país sea siempre dependiente en todos los sub-mercados, obligatoriedad que muchos estudios(1) han demostrado desde hace largos años, no ser tal para productos ya exentos de patentes o royalties. La producción nacional y, aun, a escala de joint ventures latinoamericanas, podría abaratar costos y abrir perspectivas tecnológicas interesantes, en especial para 'medicamentos esenciales', una doctrina OMS que se reputa(2) poco presente en Chile, paradójicamente uno de los países donde nacieron, a mediados de los años '60, bajo el ministro Don Ramón Valdivieso. La OMS no los adoptaría sino una década mas tarde, en 1977. He aquí un verdadero campo para los 'emprendedores', léase empresarios, nacionales, en busca de nuevas oportunidades.

No abordar las fuentes de aprovisionamiento, -muy diferentes para materias primas, principios activos y formas farmacéuticas, las que tienen costos diferenciados-, es también entregarse a las fuerzas del mercado tal y cual existen. (para ejemplo: los laboratorios indios y la insulina en meses recientes). Esta omisión, al menos contradice la regla de oro del mercado: escoger entre momentos, volúmenes y competidores, aun si los últimos son escasos a nivel de sub-mercado; no es lo mismo comprar algunos kilos que toneladas de principios activos; ni hacerlo en primavera o invierno, o favorecer el transfer-pricing que, habitualmente abulta costos cuando se compra a la casa matriz extranjera. (mecanismo antiquísimo que ciertas compañías cupríferas han copiado luego, permitiéndoles mostrar ausencia de ganancias)

Abordar políticas referentes a materias primas, principios activos y formas farmacéuticas son tres niveles de acción diferentes. Centrar la política de medicamentos en las formas farmacéuticas, 'esenciales' o no, es una muy limitada visión, -con riesgo ciudadano, biológico o económico-, de la salud pública, -esto es, del público-, y del interés nacional.

Los avances de la tecnología de base en el diseño de medicamentos, requiere observación especial. La sustitución terapéutica solo debe pagarse cuando su eficacia esté demostrada: los billonarios (en dólares) 'recall' de productos insuficientemente probados, mas que demuestra el tema. No es la modernidad per se, sino el efecto terapéutico, volumen, oportunidad, frecuencia, colateralidad y costo incluidos, los que aconsejan sustituir un medicamento por otro. Bien se sabe que a cada término de periodo patentable (veinte años) surgen alternativas de recambio que demonizan el producto viejo. Basta recordar el episodio paracetamol-aspirina. Y donde estamos hoy.

Para bien estar mañana, se requiere una política integral y de conjunto.

Dr. Claudio Sepúlveda-Álvarez

¹ Sepulveda Claudio, Meneses Emilio: "The Pharmaceutical Industry in ASEAN* countries" 365p. 1980. UN Asian and Pacific Development Institute/ UNIDO-UN ESCAP, Bangkok.

* ASEAN: en esa época Thailandia, Filipinas, Indonesia, Malasia y Singapore; se agregaron después: Brunei, Vietnam, Laos, Kambodia, y Myanmar.

² Saavedra, Iván et al: "Medicamentos esenciales", CMS Vol. 46 # 3