



Por **Jorge Colina**  
Economista de IDESA

## Medicina desde los costos: el gasto en medicamentos

*Hasta no hace mucho, el gasto en medicamentos en un plan de salud no era un tema complejo de administrar. Una red de farmacias para la provisión ambulatoria más el pago por módulo en internación bastaba para que el gasto en medicación estuviera razonablemente controlado. Pero en los últimos años se ha producido una verdadera revolución en la aplicación de nuevos conceptos en medicamentos para el tratamiento de enfermedades complejas. Esto ha provocado que el gasto en medicamentos sea uno de los que más crece en los planes de salud privados y plantee un desafío difícil de enfrentar para los próximos años. En este número de Enfoques se presenta el análisis sobre las nuevas tendencias del gasto en medicamentos y una propuesta de política para afrontarlas.*

### La inflación de costos en los servicios de internación

Continuando con la serie de notas sobre costos en salud en la medicina privada, en esta ocasión se exponen y se analizan los costos que ocasionan a los planes de salud la medicación.<sup>1</sup> Para recordar, ADEMP cuenta con una *Comisión de Auditores*<sup>2</sup>, conformada por los profesionales de las entidades asociadas, que desde 1995 viene recabando, sistematizando y unificando datos de costos de las empresas, habiendo llegado a sistematizar información de 450.000 pacientes.

La estructura de gasto asistencial de un seguro de salud privado se conforma por el gasto asistencial, que representa el 80% del gasto total, mientras que el 20% restante corresponde al gasto de administración. Dentro del 80% de gasto médico, el 85% lo conforman las prestaciones médicas centrales, que son las consultas médicas, y estudios y tratamientos ambulatorios (40%), las de internación (40%), las prestaciones de muy alto costo y baja incidencia (3%) y el gasto en medicamento, que es el tema de la presente nota, que representa el 17% del gasto asistencial central. El *Gráfico 1* ilustra el importante peso que los medicamentos tienen dentro de la estructura de gasto de un plan de salud privado.

**Gráfico 1. Principal gasto asistencial 85% del gasto asistencial\***



Fuente: ADEMP en base a Comisión de Auditores

La idea central de esta serie de notas sobre medicina desde los costos es mostrar que, más allá de las fuerzas inflacionarias que presionan al alza del nivel general de precios de la economía, hay factores específicos de la medicina que agregan presión adicional al aumento de los precios en el sector salud, lo que provoca entonces que los costos en salud presenten una tendencia de encarecimiento superior al promedio del costo de vida. Lo interesante de las bases de información de la Comisión de Auditores de ADEMP es que permiten observar, con datos concretos, estos fenómenos que la teoría predice pero que son difíciles de captar en la realidad.

En el caso de la atención ambulatoria se mostró el crecimiento de los costos por efectos de una tendencia de largo plazo de mayor cantidad de estudios per cápita que se realiza la población y la mayor tecnificación que hace que los nuevos estudios sean más sofisticados que los existentes, pero también más costosos. En el caso de la atención de internación se pudo observar el mismo fenómeno, de la población que a medida que envejece demanda mayores servicios de hospitalización (a pesar de que se innova permanentemente con técnicas de asistencia domiciliaria, lo que llevó a pensar en el pasado que la tendencia sería a la reducción del uso de la cama hospitalaria, pero la realidad actual se encarga de desmentir), y, sumando presión a los costos, emerge la tendencia a la tecnificación de los servicios hospitalarios.

En esta ocasión se observará un fenómeno muy parecido, pero esta vez aplicado al campo de los medicamentos. En términos simples, lo que se está observando en los años más recientes es que la medicación general, convencional, que otrora fuera un factor de preocupación por los costos crecientes causados por el exceso de consumo, pero cuyo crecimiento se fue dominando en base al uso de copagos, vademecums, empresas especializadas en gestión de medicamentos, etc., está siendo desplazada por la tecnificación, es decir, los medicamentos especiales como los monoclonales, los interferones, los antineoplásicos biológicos, los inmunosupresores selectivos, entre los de mayor protagonismo (hasta ahora), que se presentan con enormes promesas curativas pero exorbitantes costos de provisión.

### La metamorfosis en el consumo de medicamentos

Tradicionalmente, el costo en medicamentos en un plan de salud privado estaba conformado por las recetas que los pacientes compran en las farmacias. Desde siempre -incluso el PMO así lo previó desde su nacimiento en 1996- este gasto estuvo copagado. El paciente paga un 50% o 60% del gasto de la receta y el plan de salud el 50% o 40%, respectivamente, restante. Este gasto era importante dentro

de la estructura de los planes de salud, pero en general no superaba el 7-8% del gasto médico total. Sin llegar a ser de dos dígitos, era uno de los gastos más monitoreados de la estructura. A fin de tenerlo contenido, se apelaba (y se sigue apelando) a la estrictez en la exigencia de la prescripción como requisito para acceder al descuento, los vademecum cerrados (listados taxativos de medicamentos cubiertos), la gestión a través de redes administradoras de farmacias, los controles de consumo por paciente por año, etc.

El gasto en medicamentos en internación, por su parte, no tenía similar relevancia para los planes de salud porque en general se paga dentro del costo global de la internación. Como usualmente la internación se paga con un monto predeterminado (módulo), el riesgo financiero del sobreconsumo recae sobre el prestador (que es quién decide el gasto de medicación durante la internación) por lo que el gasto de medicamentos, mientras el paciente está hospitalizado, tiende a estar controlado.

Pero las cosas cambiaron mucho en los últimos años. Casi como en ningún orden dentro de la medicina, los medicamentos experimentaron un cambio tecnológico sideral que llevó a complejizar de una manera inédita los tratamientos farmacológicos y, asociado a ello, a potenciar la aceleración de los costos en salud. Se trata básicamente de los anticuerpos monoclonales, interferones, los antineoplásicos biológicos, los inmunosupresores selectivos, y otros, entre los que más frecuentemente se presentan en las estructuras de costos de los planes de salud. Son compuestos que se vienen utilizando para la investigación científica desde hace muchos años, pero que recientemente han empezado a ser profusamente utilizados directamente en los tratamientos. La mayoría apunta al tratamiento del cáncer, las enfermedades autoinmunes y degenerativas, es decir, enfermedades complejas, con la particularidad de que lo hacen con una alta especificidad y selectividad, lo que traería aparejado el beneficio de poder dirigir focalizadamente las terapias a las partes afectadas del cuerpo humano preservando los tejidos celulares sanos. Además de la mayor efectividad, se espera que tengan asociados menos efectos secundarios dañinos que las combinaciones con medicamentos tradicionales.

Los resultados que se obtienen son promisorios y lo serán cada vez más porque la investigación y los descubrimientos para uso médico en estos órdenes no cesan. Pero la contratara es que el volumen de recursos económicos que estos tratamientos exigen es tan alto y creciente, que, sin temor a equivocación, se puede afirmar que es el mayor desafío para la economía de la salud en el futuro. O sea, el nuevo desafío será descubrir cómo financiar los sistemas de salud para que estos tratamientos sean de acceso oportuno e igualitario para toda la población, sin

comprometer recursos para el resto de las prestaciones médicas, y en consideración a que son tratamientos muy necesarios pero de costos cada vez más desorbitados.

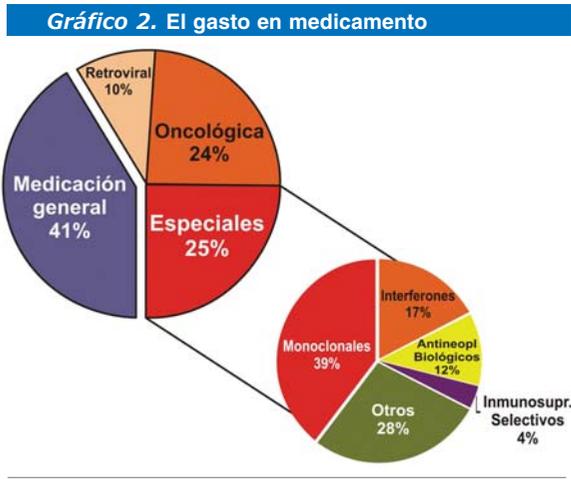
Además estos nuevos compuestos modificaron la lógica de la gestión de los medicamentos al interior de los planes de salud. Dejó de haber una separación entre la gestión de medicamentos mediante redes de farmacias para lo ambulatorio y la delegación de la gestión en los hospitales para los medicamentos en internación. Ahora, los planes de salud deben erigirse en compradores y gestores directos en la provisión de estos medicamentos, altamente complejos, costosos, y, la más de las veces, poco conocidos en las evidencias de sus beneficios en el tiempo. A su vez, ahora se combina lo ambulatorio con la internación porque la forma en que se proveen depende de la situación y la condición del paciente (ya que por las características de la enfermedad puede intercalar períodos ambulatorios con hospitalización).

Definitivamente, estos medicamentos han provocado una pequeña "revolución" en las áreas involucradas con los medicamentos al interior de los planes de salud.

**Los costos de los nuevos medicamentos**

Los datos sistematizados por la *Comisión de Auditores de ADEMP* revelan el peso cada vez más abrumador que estos medicamentos tienen en la estructura de costos de los planes. El *Gráfico 2* muestra que, lo que antes era el principal componente de los medicamentos, la medicación general, pasó a ser una componente minoritario. Dentro del total de gasto en medicamentos, sólo un 41% corresponde a la medicación general, mientras que un 10% (que no es poco, dado que significa un cuarto de la medicación general) corresponde sólo a medicamentos retrovirales -para tratamiento de HIV-, 24% (o sea, la mitad del gasto en medicamentos generales) corresponde a medicación oncológica y un 25% (otra mitad del gasto en medicación general) corresponde a medicamentos especiales, conformados básicamente por las fórmulas monoclonales (39%), interferones (17%), antineoplásicos biológicos (12%), inmunosupresores selectivos (4%) y otros tipos (28%). Es en extremo evidente el nivel de complejidad y tecnificación que se ha logrado en materia de medicación (*Gráfico 2*).

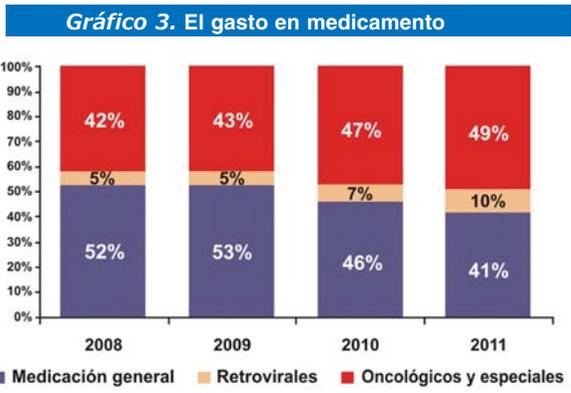
Los más notables de esta "explosión" de cambio tecnológico en el medicamento es que, si bien viene progresando a nivel de investigación desde hace casi tres décadas, como aplicación masiva en tratamientos es bastante reciente, tanto que, si uno mira la evolución del gasto en medicamento desde algún año bastante reciente -como podría ser el año 2008- se encuentra con una cautivante sorpresa (*Gráfico 3*). Entre los años 2008-2009, el gasto



Fuente: ADEMP en base a Comisión de Auditores

en medicación general todavía era más de la mitad del gasto en medicamento, pero a partir del año 2010 el gasto en medicamentos retrovirales, oncológicos y especiales se ha acelerado tanto que en el término de apenas 2 años (2010-2011), estos medicamentos de alto costo ya comprometen más de la mitad del gasto en remedios (entre 54% y 59% del gasto). La medicación general tiene ahora una participación minoritaria.

Hay que tener en cuenta que este casi 60% del gasto en medicamentos complejos lo ocasiona un reducido número de pacientes, con enfermedades complicadas, mientras que el otro 40% del gasto lo ocasionan la gran mayoría de afiliados mediante la compra de medicamentos de consumo masivo para enfermedades agudas muy frecuentes. Todavía no se tiene plena conciencia de la profundidad del cambio que esto significa, pero -sin temor a exagerar- se podría afirmar que se está ante un cambio de paradigma en lo que es la morfología en el consumo del medicamento y, por lo tanto, también se está ante la exigencia de cambios en las modalidades de financiamiento y gestión del medicamento en el sistema de salud más desafiante que se haya conocido.



Fuente: ADEMP en base a Comisión de Auditores

**Propuesta de política**

Definitivamente, no es posible sustentar financieramente estas nuevas tendencias tecnológicas en los medicamentos mediante los sistemas tradicionales de financiamiento de la salud. Los esquemas actuales son del tipo colectivo-solidario (obras sociales) o de primas individuales (planes voluntarios en empresas privadas), ambos, en régimen de competencia. Esto último es lo más importante, porque significa que no hay un único colectivo de afiliado que cubre a toda la población, sino que hay una variedad de colectivos de diferentes tamaños y capacidades financieras que reciben un flujo permanente de entrada y salida de beneficiarios. De esta forma, la minoría de la población que sufre de estas enfermedades complejas -que por ser complejas requieren del consumo de medicamentos altamente tecnificados de muy elevado costo-, corren el riesgo de quedar afiliadas en colectivos (obras sociales o prepagas) de baja fortaleza financiera, lo que implicaría su bancarrota. El daño no sería sólo para la persona necesitada del medicamento de alta tecnificación, sino para toda la población afiliada a ese colectivo. Por eso, es estratégicamente importante para el sistema de salud pensar en esquemas especiales de financiamiento para los medicamentos de enfermedades complejas.

En el Número 103 de la Revista de ADEMP ([www.ademp.com.ar](http://www.ademp.com.ar)) se presentó oportunamente una propuesta de sistema especial de financiamien-

to para este tipo de enfermedades. Básicamente, consiste en predefinir un conjunto de enfermedades cuya medicación sea altamente tecnificada y costosa para colocarla en un esquema de cobertura universal que proteja a todos los afiliados -de obras sociales, prepagas o de hospital público-. Cada financiador aporta un porcentaje del aporte, prima o cápita de la persona, bajo su cobertura, a un fondo especial que, por caso, podría denominarse el *Fondo Nacional de Medicamentos de Muy Alto Costo*. Desde ese fondo se financia un conjunto predefinido de enfermedades complejas como las que se presentan -ejemplificativamente- en el Gráfico 4.

El esquema de financiamiento no se agota en el aporte universal de todos los afiliados de todos los mecanismos de cobertura a un fondo especial, sino que además deberían definirse protocolos de acceso y provisión de dichos medicamentos basados en consensos científicos aprobados por las universidades y academias de ciencias y medicina presentes en el país, y por mecanismos de compras centralizadas de medicamentos con regulaciones y compulsas de precios extremadamente simples y transparentes para obtener las mejores relaciones de calidad y precio minimizando los riesgos de corrupción.

En palabras simples, un "Fondo Nacional" para financiar este tipo de enfermedades significa mucho más que el mero hecho de juntar dinero para comprar medicamentos centralizadamente. Se trata de generar reglas virtuosas que garanticen equidad en el acceso (en el sentido de la provisión sea oportuna, pertinente y en consideración de los derechos de los demás afiliados), transparencia (para evitar la corrupción) y tratamientos basados en evidencia científica (es decir, aplicando aquellos medicamentos que tengan efectividad probada en base a estudios de múltiple etapas, con asignación aleatoria de grupo tratado y grupo de control, publicados y discutidos en revistas científicas internacionales, y en lo posible hayan sido sujetos a proceso de consenso).

Lo importante, al final, es tomar conciencia de que, en materia de medicamentos, se está ante una verdadera revolución de paradigma que, tarde o temprano, va a haber que atender con seriedad y con mucha capacidad de innovación en diseños para el financiamiento y la gestión de estas nuevas promesas de curación para enfermedades que antes parecían imposibles de tratar. ♦

**Gráfico 4. Propuesta de nuevo esquema de financiamiento para enfermedades complejas**



<sup>1</sup> En los dos números anteriores se trató el tema de los costos en servicios ambulatorios y de internación, respectivamente, en la medicina privada.

<sup>2</sup> La Comisión de Auditores de ADEMP está compuesta por: Dr. Alberto Acampora, Dr. Juan Carlos Alliano, Dr. Miguel Limoli, Dr. Juan María Paget, Dr. Norberto Di Salvo, Dra. María Laura Ponce y Dr. Edgardo Von Euw.

<sup>3</sup> El restante 15% del gasto asistencial está conformado por los servicios auxiliares de la medicina central (como salud mental, rehabilitación, odontología, emergencias, internación domiciliaria, diálisis, entre otros).

<sup>4</sup> El último Premio Nobel argentino, César Milstein, fue galardonado con este reconocimiento en 1984 por descubrimientos realizados en estas materias hace ya casi 30 años.