

Disponibilidad y precio de los medicamentos esenciales en El Salvador durante el segundo semestre de 2006

Eduardo Espinoza*

Geovanni Guevara*

Durante los meses de octubre a diciembre de 2006, se realizó en El Salvador un estudio de campo para explorar la disponibilidad y el precio de medicamentos. El diseño del estudio se basó en la metodología estandarizada desarrollada por la Organización Mundial de la Salud y *Health Action International*, usando un listado básico de 28 medicamentos esenciales a los que se agregó un listado complementario de 15, según el perfil epidemiológico del país, cuya disponibilidad y precio fueron explorados en 109 unidades de análisis (26 establecimientos del MSPAS, 26 establecimientos del ISSS, 52 farmacias privadas y 5 ONG's) que fueron seleccionadas aleatoriamente en todo el país.

El propósito del estudio era determinar la disponibilidad y el precio de los medicamentos esenciales, los factores determinantes y su variación en los sectores público y privado en las diferentes regiones del país, estableciendo al mismo tiempo una comparación entre los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos con los precios internacionales de referencia y los de otros estudios similares realizados a nivel mundial.

Los medicamentos explorados lo fueron en dos categorías: de marca innovadora y sus genéricos equivalentes más baratos. En todos ellos se exploró disponibilidad, precio, componentes del precio, capacidad de pago y comparación con estudios homólogos.

Los principales hallazgos identificaron que en el sector público la disponibilidad combinada (MSPAS+ISSS) fue buena solamente para un 50% de los medicamentos. También que los salvadoreños pagan los precios más altos del mundo tanto por medicamentos de marca innovadora como por sus genéri-

cos equivalentes (en comparación con los precios internacionales de referencia publicados por *Management Science for Health* 2005). De acuerdo a la OMS los precios finales de los medicamentos innovadores no deberían exceder 5 veces el precio de referencia y 2.5 veces los genéricos. Los datos del estudio evidenciaron una mediana de 52.2 veces el precio de referencia para medicamentos innovadores y de 28.3 veces para los genéricos equivalentes. Este precio final al consumidor está en relación con un margen acumulado que tuvo una mediana de 3,200%, sobre el precio de adquisición. En términos generales, la OMS ha establecido como límite máximo el equivalente a un día de trabajo para adquirir los medicamentos necesarios para tratar una enfermedad; pero en El Salvador se requiere en promedio 4.2 días de trabajo para que un trabajador urbano adquiriera medicamentos innovadores y 2.4 días para medicamentos genéricos lo cual refleja el impacto del precio en la economía familiar y la urgencia de una acción estatal en su regulación.

Las recomendaciones incluyeron realizar acciones desde el Estado para eliminar los abusos al consumidor derivadas de los altos precios de los medicamentos, tales como regulación de los márgenes de ganancias de los intermediarios locales, incrementar el presupuesto asignado a medicamentos en el sector público y poner en práctica un programa de estímulos al uso de los medicamentos genéricos y un programa efectivo de control de calidad de todos los medicamentos a cargo de una institución autónoma de respeto y credibilidad. También, estudiar a profundidad las causas de la baja disponibilidad de medicamentos en el sector público e incrementar la eficiencia de los sistemas de adquisición de medicamentos en este sector; recomendando a los organismos de defensa del consumidor presionar por una mayor transparencia en la información sobre los precios de adquisición o importación, así como el monitoreo y difusión permanente de los precios de venta al detalle de medicamentos esenciales tanto genéricos como de marca innovadora en cooperación con la UES. Una recomendación importante está relacionada a la eliminación del IVA y la revisión del visado del registro de los medicamentos para que el Estado pueda hacer un programa real de monitoreo de la calidad que incluya inspección de Buenas Prácticas de Manufactura, análisis de control de calidad y vigilancia de cada uno de los eslabones de la cadena de comercialización.

Se concluye en la urgente necesidad de incluir las recomendaciones previas y otros elementos en una Política Nacional de Medicamentos orientada a lograr un acceso equitativo, mayor calidad y uso racional de medicamentos.

1. Introducción

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹¹, casi 2 billones de personas (la tercera parte de la población mundial) carecen de acceso regular a los medicamentos esenciales, a pesar de que el derecho a la salud es un derecho humano fundamental consagrado en los tratados internacionales y reconocido por los gobiernos de todo el mundo. Esta inaccesibilidad a los medicamentos esenciales constituye uno de los obstáculos más significativos para el ejercicio pleno del derecho a la salud, especialmente en países de desarrollo humano bajo y medio que tienen una gran carga de enfermedad. El acceso a medicamentos esenciales es además, la meta 17 del objetivo 8 de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM).¹²

Para precisar las particularidades del acceso a los medicamentos esenciales en El Salvador, especialmente en relación con los precios y disponibilidad de los mismos, se desarrolló un estudio a escala nacional para analizar estos parámetros en el periodo de agosto a octubre de 2006, recopilando información sobre una muestra de 43 medicamentos esenciales, tanto en el sector público como en el sector privado con y sin fines de lucro.

Dicho estudio se basó en una metodología elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la organización *Health Action Internacional* (HAI), diseñada para recolectar, analizar e interpretar los datos relacionados a disponibilidad y precios de medicamentos de forma estandarizada, así como la capacidad de pago de la población y la estructura de los precios de los medicamentos.

Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

- Recopilar de manera confiable información sobre los precios de una muestra de medicamentos esenciales comercializados en El Salvador durante el segundo semestre de 2006.
- Determinar los precios y la disponibilidad de dichos medicamentos en los diferentes sectores (público y privado) y regiones del país (Metropolitana, Central, Paracentral, Occidental y Oriental).
- Establecer las diferencias de precios entre los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos.

¹¹ *How to develop and implement a national drug policy*. Segunda Edición. World Health Organization. Geneva, 2001. Disponible en: <http://www.who.int/medicinedocs/collect/edmwweb/pdf/s2283e/s2283e.pdf>

¹² *Millenium development goals indicators*. Official United Nations site for the MDG indicators, Goal 8, target 17. <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>

- Comparar los precios de dichos medicamentos con los precios internacionales de referencia.
- Identificar los factores que afectan los precios de venta al detalle como los márgenes agregados por los diferentes actores, impuestos, aranceles y otros.
- Estimular procesos que conduzcan a una mayor accesibilidad de la población salvadoreña a los medicamentos esenciales.

El estudio estuvo a cargo del Observatorio de Políticas Públicas y Salud (OPPS) del Centro de Investigaciones y Desarrollo en Salud (CENSALUD) de la Universidad de El Salvador (UES) y fue parcialmente financiado con fondos del Consejo de Investigaciones Científicas de la UES (CIC-UES).

2.1. Población

El Salvador es un país centroamericano con una población de 6.9 millones de habitantes, una extensión territorial de 21,040.79 Km² y una densidad poblacional de 332,24 habitantes/Km². Administrativamente se divide en 14 departamentos, en los cuales se distribuyen 262 municipios.¹³

El PNUD reportó para 2006 un Índice de Desarrollo Humano (IDH) de 0.729 que corresponde a la posición 101 de 177 países, y un ingreso per cápita de USD \$5,041.¹⁴ De acuerdo al mismo informe, el 40.6% de la población vive con menos de \$2 diarios y 19.0 con menos de \$1 diario. Según reporte de la Fundación Nacional para el Desarrollo (FUNDE)¹⁵, desde 1995 a 2002 el primero y segundo quintil de la población han visto reducir su porcentaje de ingresos de 3.4 y 8.2 respectivamente a 2.7 y 7.2, lo que se refleja en un incremento del Coeficiente de Gini de 0.507 a 0.525 en el mismo período (0.524 según PNUD 2006, con datos 2002).

Se estima que uno de cada tres salvadoreños vive en el exterior, aunque la variabilidad de los datos según la fuente de origen es amplia. Desde un poco más de 1.27 millones, según datos del censo norteamericano y el Servicio de Inmigración para el año 2002, lo que equivalía al 19.5% de los 6.5 millones de

13 Estadísticas Demográficas. Población y Vivienda. Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Ministerio de Economía, El Salvador. <http://www.digestyc.gob.sv/>

14 Informe de Desarrollo Humano 2006. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <http://www.undp.org/spanish/publicaciones/informeannual2006/desarrollo-humano.shtml>

15 Lara López, E, Tolentino JA Global Policy Network. Country Reports. El Salvador. Noviembre 2005. <http://www.gpn.org/data/elsalvador/el-salvador-data.pdf>

salvadoreños que se estimaban para esa fecha. El Ministerio de Relaciones Exteriores salvadoreño por su parte, estima que unos 3.3 millones de salvadoreños radican en el exterior, de los cuales 2.9 millones se concentran en los Estados Unidos de América. La variabilidad está condicionada por el subconteo de los grupos étnicos y de los pobres en los censos norteamericanos así como por el estado de indocumentación de un número no determinado de salvadoreños en el exterior, especialmente en USA.¹¹

Independientemente del número real de salvadoreños en el exterior, el Banco Central de Reserva de El Salvador (BCR) reporta que el origen de las divisas procedentes de las remesas familiares se ha modificado del 8% en 1978 al 70% en 2004, al tiempo que las divisas procedentes de la agroexportación se han reducido del 81% en 1978 al 5% en 2004.¹² De hecho las remesas familiares superaron los 3,000 millones de dólares en 2006, lo que de acuerdo al PNUD reduce los niveles de pobreza en al menos 8 puntos porcentuales. Esta economía deformada, artificial y dependiente de las remesas familiares, se combina con una de las inversiones sociales más bajas del continente y una crónica escasez de medicamentos para desencadenar un crecimiento exponencial de los precios de estos últimos.

2.2. Sistema Nacional de Salud

El sistema nacional de salud está constituido por una red segmentada de servicios de salud orientados más a la atención a la enfermedad que a la promoción de la salud. Dicha red se estructura en un sistema mixto sumamente fragmentado de proveedores de servicios públicos y privados, cuyo financiamiento es también mixto. El sector público de dicho sistema está conformado por la red de servicios del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS), la del Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS), Bienestar Magisterial (BM), Sanidad Militar (SM), Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y el Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD).

El MSPAS dispone de una red de servicios de salud que teóricamente da cobertura al 81% de la población, el ISSS tiene una cobertura del 17.5% de la población que corresponde a los trabajadores del sector público y del sector formal de la industria y servicios.¹³ Los trabajadores del sector informal,

11 Cruz, BE, Chávez MM, Rodríguez RP et al. Síntesis del Informe de Desarrollo Humano El Salvador. <http://www.gestiopolis1.com/recursos8/docs/eco/impacto-de-la-macroeconomia-en-el-desarrollo-humano.htm>

12 Ingresos mensuales en concepto de remesas familiares. Banco Central de Reserva de El Salvador. http://www.bcr.gob.sv/estadisticas/Sector_externo/sectorexterno_remesas_familiares.html

13 Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud.

las empleadas domésticas y trabajadores del campo no están asegurados. Existen otros dos sistemas de seguro estatales: Bienestar Magisterial que contrata proveedores privados para cubrir a los maestros del sector público y Sanidad Militar que da cobertura a éste sector. Además, el ISRI atiende a población discapacitada y de la tercera edad.

El sector privado con fines de lucro comprende una red de servicios integrado por hospitales privados, laboratorios clínicos, farmacias, clínicas privadas y compañías aseguradoras con diferentes tipos de cobertura de acuerdo a la capacidad de pago del asegurado.

El sector privado sin fines de lucro está conformado por un número variable de Organizaciones No Gubernamentales con una cobertura y un conjunto de servicios igualmente variable.

Existe una instancia reguladora integrada por el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) y las Juntas de Vigilancia de siete profesiones relacionadas con la salud: medicina, odontología, enfermería, psicología, laboratorio clínico, veterinaria y químico - farmacéutica. De acuerdo al Código de Salud, dichas instancias regulan tanto el ejercicio profesional como el funcionamiento de las instituciones proveedoras de servicios y la industria químico-farmacéutica.

Tanto la apertura y funcionamiento de consultorios, hospitales, droguerías, farmacias, laboratorios farmacéuticos y otros establecimientos relacionados con la provisión de servicios, así como la inscripción, importación, fabricación y expendio de especialidades químico-farmacéuticas, suplementos vitamínicos y otros productos o sustancias que ofrezcan una acción terapéutica fabricadas en el país o en el extranjero, son competencia del CSSP previo dictamen favorable de la junta de vigilancia.

Igualmente, las juntas respectivas son responsables de realizar las inspecciones de buenas prácticas de manufactura de los laboratorios que se dedican a la elaboración de productos químico-farmacéuticos, así como aquellos establecimientos que prestan servicios de salud al público.

2.3. Control de calidad

La responsabilidad del control de calidad de los productos químico farmacéuticos recae, de acuerdo al mencionado código, en el MSPAS, el cual deberá realizar los análisis correspondientes a petición del CSSP, de cualquier persona o institución o de oficio cada cinco años.

Tanto el MSPAS como el ISSS realizan análisis de control de calidad para adjudicar licitaciones públicas, el primero en su laboratorio central y el se-

Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. El Salvador marzo de 2007.

gundo subcontratando para ello a laboratorios privados acreditados anualmente por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) bajo las normas ISO 17025.

La JVQF por su parte, hace análisis de control de calidad para efectos de llevar el registro público de las autorizaciones de las especialidades químico farmacéuticas, cosméticos y otras sustancias con acciones terapéuticas; revisa periódicamente el listado de registros a fin de depurar las autorizaciones concedidas por lo menos una vez cada tres años, lo cual realiza en su propio laboratorio, en el laboratorio central del MSPAS o en laboratorios privados acreditados.

Sin embargo, en buena parte debido al escaso financiamiento, estas instituciones no disponen de los recursos humanos y del equipamiento e infraestructura necesarios para cumplir estas funciones.

2.4. El gasto nacional en salud

El gasto nacional en salud de El Salvador para el año 2003 representó el 7.7% del Producto Interno Bruto (PIB), que traducido en términos per cápita correspondió a USD \$172. De este gasto nacional en salud el 55% corresponde a gasto privado y el 45% a inversión del sector público. Del gasto privado en salud, el 95% corresponde a gasto de bolsillo de los hogares, y de éste, más del 50% corresponde a medicamentos.¹⁴

2.5. Gasto en medicamentos

El MSPAS y el ISSS son responsables del 95% del gasto público en salud (50.66% y 44.20%, respectivamente). El MSPAS invirtió en 2006, 34 millones USD de su presupuesto en la compra de medicamentos¹⁵, mientras que el ISSS, invirtió 59 millones en el mismo período. Por su parte, Bienestar Magisterial y Sanidad Militar, que son responsables del 5% restante del gasto público en salud, invierten el 27.6% y el 11.0% de su presupuesto en medicamentos respectivamente.

Tanto el MSPAS como el ISSS cuentan con una unidad técnica especializada, encargada de normar la selección, adquisición, distribución y prescripción de medicamentos.

14 Estimación del gasto nacional en salud en El Salvador, año 2000. Cuentas Nacionales en Salud. Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, El Salvador. Abril 2003.

15 Memoria de labores 2005-2006, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador, El Salvador, Junio 2006. http://www.mspas.gob.sv/memorias_lab.asp

Aunque no existe una política farmacéutica nacional, tanto el MSPAS como el ISSS poseen un listado oficial de medicamentos actualizado a 2006 con 512 medicamentos el primero y 634 el segundo, que incluye en ambos casos los medicamentos esenciales; adicionalmente el ISSS posee una alternativa para adquirir medicamentos no incluidos en el listado oficial cuyo procedimiento de selección se detalla en la normativa. Ambas instituciones poseen una política orientada a la adquisición de los medicamentos de más bajo precio, lo cual se refleja en que la adquisición es casi siempre de medicamentos genéricos. Además poseen normas que obligan a prescribir el nombre genérico anotándolo en la receta.

Las compras nacionales e internacionales se realizan mediante licitación abierta; a excepción del MSPAS que realiza licitaciones cerradas para compras internacionales.

No existe en el sector público una preferencia por productos de fabricación local, de hecho el 40% de los medicamentos en el ISSS son importados. Tampoco existen programas realizados en su totalidad por la asistencia de donadores. Por otra parte, existen almacenes centrales y regionales de distribución en las diferentes zonas geográficas del país.

2.6. El mercado de medicamentos

El sector público no comercializa medicamentos, los cuales son suministrados gratuitamente a los usuarios del sistema. Sin embargo, existe un sistema de recuperación de costos conocido como "cuotas voluntarias" para cubrir parcialmente los costos de consulta, exámenes de laboratorio y medicamentos. Estas cuotas fueron recientemente abolidas en el primer nivel de atención ante las demandas de que generaban inequidades y autoexclusión de la población para acceder a los servicios de salud; no obstante, como el presupuesto público no compensó a los servicios de salud por los fondos que dejaron de percibir al abolirse las cuotas voluntarias, se incrementaron entre otras, las denuncias de desabastecimiento de medicamentos en el sector y de extensión de recetas para la compra de medicamentos en las farmacias privadas. Las cuotas voluntarias aún subsisten en establecimientos del primero, segundo y tercer nivel.

En el sector privado, la comercialización de los medicamentos se realiza a través de una red integrada por 80 laboratorios, 264 droguerías y 1,670 farmacias, más un número indeterminado de puntos de venta no autorizados ubicados en mercados y tiendas minoristas.

Los laboratorios importan la materia prima y elaboran los productos terminados que se comercializan en el mercado local o se exportan a otros países, generalmente del área centroamericana. Las exportaciones de medi-

camentos constituyen el primer rubro de exportación no tradicional. Las droguerías importan medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos para ser comercializados en el mercado local. Las farmacias (individuales o agrupadas en cadenas) compran los medicamentos a las droguerías y/o laboratorios para venderlos al detalle al público.

No existe una política nacional de medicamentos. En consecuencia, no hay regulación de los precios ni de los márgenes de utilidad en los diferentes eslabones en la cadena de comercialización de los medicamentos, ni ningún otro mecanismo que proteja a los usuarios de los abusos del mercado.

En cuanto al registro de los medicamentos, no existe diferencia en los honorarios entre medicamentos genéricos y de marca innovadora ni entre medicamentos importados y de fabricación local.

3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Determinar la disponibilidad y precio de los medicamentos esenciales, los factores determinantes y su variación en los sectores público y privado en las diferentes regiones del país, estableciendo al mismo tiempo una comparación entre los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos con los precios internacionales de referencia y los de otros estudios similares.

3.2. Objetivos Específicos

- Recopilar de manera confiable información sobre los precios de una muestra de medicamentos esenciales comercializados en El Salvador durante el segundo semestre del año 2006.
- Calcular la diferencia de precios y disponibilidad de dichos medicamentos en los diferentes sectores (MSPAS, seguro social y privado) y regiones del país (Metropolitana, Central, Paracentral, Occidental y Oriental).
- Establecer las diferencias de precios entre los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos.
- Comparar los precios de dichos medicamentos con los precios de referencia internacional.
- Identificar qué factores influyen en los precios de venta al detalle y cuáles son los márgenes agregados, impuestos, aranceles y otros.
- Difundir ampliamente los resultados a fin de estimular procesos que conduzcan a una mayor accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales.

4. Métodos

Las personas interesadas en revisar la metodología empleada (generalidades, determinación del área de estudio, selección de la muestra, selección de los medicamentos, técnica e instrumentos aplicados, recolección, procesamiento y comparaciones internacionales) pueden revisarlos en el siguiente vínculo en internet que da acceso al estudio completo:

<http://www.scribd.com/doc/6000855/Disponibilidad-y-Precio-de-Medicamentos-Esenciales-en-El-Salvador>

5. Resultados

Los resultados se analizaron para cuatro aspectos relacionados a la muestra de 43 medicamentos esenciales, involucrando los sectores público (MSPAS e ISSS), privado con fines de lucro (farmacias, laboratorios farmacéuticos y droguerías) y privado sin fines de lucro (ONG's).

Los aspectos analizados fueron:

- Disponibilidad de los medicamentos
- Precio de los medicamentos
- Capacidad de pago
- Estructura del precio

5.1. Disponibilidad

La disponibilidad, entendida como el porcentaje de unidades de análisis (farmacias o establecimientos de salud) que poseían uno cualquiera de los medicamentos del listado, se determinó utilizando el cuaderno de trabajo proporcionado por OMS/HAI. La mediana de las disponibilidades de cada medicamento se determinó automáticamente con dicho instrumento, ordenándolas de menor a mayor disponibilidad y determinando el punto medio; este representa la disponibilidad mediana del conjunto de medicamentos tanto para los productos de marca innovadora como para los genéricos equivalentes.

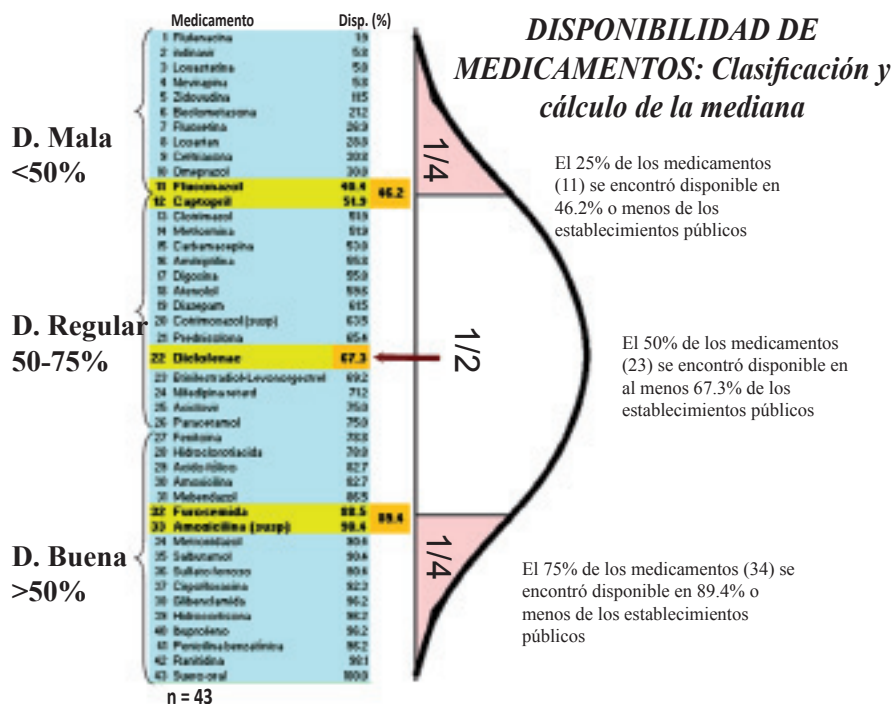
La disponibilidad mediana para los medicamentos estudiados se presenta separadamente para cada sector (público, privado con fines de lucro y privado sin fines de lucro). En el caso del sector privado con fines de lucro, se calcularon también las disponibilidades parciales según región geográfica. En el caso del sector público se calcularon las disponibilidades parciales para el MSPAS y el ISSS, así como las disponibilidades parciales según región geográfica

y nivel de atención, lo cual permitió hacer comparaciones intrasectoriales e intersectoriales en todos estos ámbitos.

La disponibilidad mediana acompañada de los datos correspondientes al intervalo intercuartil (percentil 25 y 75), es el indicador identificado por la OMS/HAI como el más adecuado para medir la disponibilidad de los medicamentos en un estudio como este, debido a la distribución asimétrica que generalmente tienen estos datos (valores extremadamente altos o extremadamente bajos).

En concordancia con estudios realizados en otros países, clasificamos la disponibilidad como mala para aquellos medicamentos cuya disponibilidad fue inferior al 50% de los establecimientos; regular para los medicamentos cuya disponibilidad oscilaba entre 50 y 75% y buena para los medicamentos cuya disponibilidad fue mayor del 75% de los establecimientos. (Ver gráfica No. 1)

Gráfica No. 1



5.1.1. Sector público

Debe recordarse que la disponibilidad de medicamentos se limita al período en que se realizó la encuesta (entre septiembre y octubre de 2006) y no refleja la situación en el momento de la publicación del presente informe. En los casos en que algún subsector disponía del medicamento en otras concentraciones o en combinaciones fijas (detallados en el cuadro No. 1), el medicamento fue reportado como disponible. Los datos correspondientes al sector público (consolidado MSPAS e ISSS) se detallan en el cuadro No. 1.

Cuadro No. 1
Disponibilidad de los medicamentos esenciales en el sector público

Tipo de medicamento	Marca Innovadora	Genérico equivalente
Percentil 25	0.0%	46.2%
Mediana	0.0%	67.3%
Percentil 75	1.9%	89.4%

Debido a que el sector público, como ya fue mencionado, adquiere generalmente solo medicamentos genéricos en sus licitaciones, para los productos de marca innovadora la disponibilidad mediana y el percentil 25 tuvieron un valor de cero, mientras que el percentil 75 obtuvo un valor de 1.9%. Ello refleja la escasa o nula disponibilidad de medicamentos de marca innovadora a favor de los genéricos equivalentes.

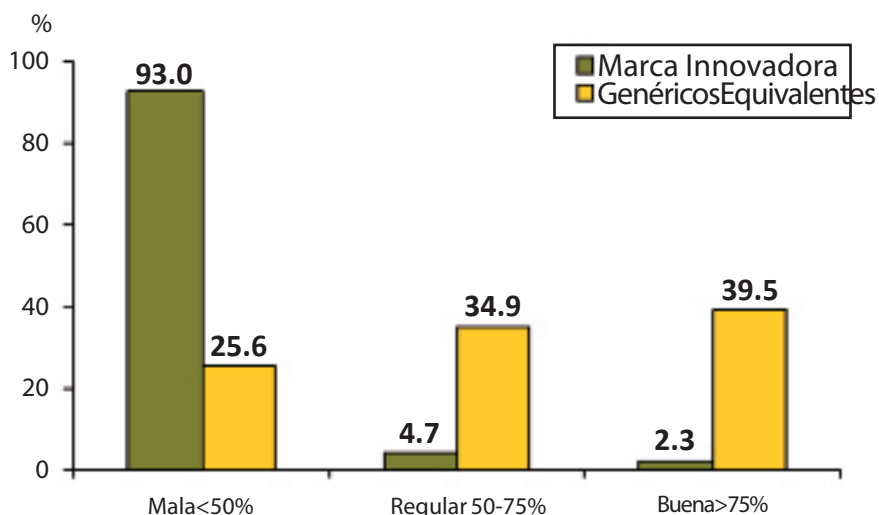
Para los productos genéricos equivalentes la disponibilidad mediana fue de 67.3%, lo cual significa que el medicamento encontrado en el punto medio (en este caso diclofenac) y 21 medicamentos más se encontraron disponibles en 35 o menos de los 52 establecimientos visitados y de estos medicamentos, 11 se encontraron en menos de 24 establecimientos (percentil 25 = 46.2%). Por otra parte, 11 medicamentos fueron encontrados con la mayor disponibilidad: sales de rehidratación oral con el 100%, ranitidina con el 98.1% (51 establecimientos), penicilina G benzatínica, ibuprofeno, hidrocortisona y glibenclamida se encontraron en el 96.2% (50 establecimientos), ciprofloxacina en el 92.3% (48 establecimientos) y sulfato ferroso, salbutamol, metronidazol y amoxicilina suspensión pediátrica se reportan con una disponibilidad del 90.4% (47) de los establecimientos.

La disponibilidad mediana para cada medicamento individual se puede consultar en el anexo 1. La clasificación ya citada de disponibilidad en mala, re-

gular y buena para el consolidado del sector público (MSPAS e ISSS) se muestra en la gráfica No. 2.

Gráfica No. 2

Disponibilidad de medicamentos innovadores y genéricos en el sector público (MSPAS e ISSS)



Comparaciones intrasectoriales

a) Comparación de la disponibilidad entre MSPAS e ISSS

La investigación en el sector público se limitó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y al Instituto Salvadoreño del Seguro Social, que en teoría dan cobertura a más del 90% de la población. Es conocido que el presupuesto público asignado al MSPAS con responsabilidad sobre el 80% de la población es casi igual al presupuesto del ISSS con responsabilidad sobre el 17% de la población.

Hay que hacer notar que el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social tiene un presupuesto público asignado de los impuestos, a diferencia del ISSS que es una institución prestadora del servicio de salud a la Seguridad Social, financiada por los aportes solidarios de patronos y trabajadores. Los derechohabientes hacen uso de las prestaciones ofertadas por la institución en un régimen de reparto directo, en forma equitativa y solidaria, independientemente de la magnitud de su aporte.

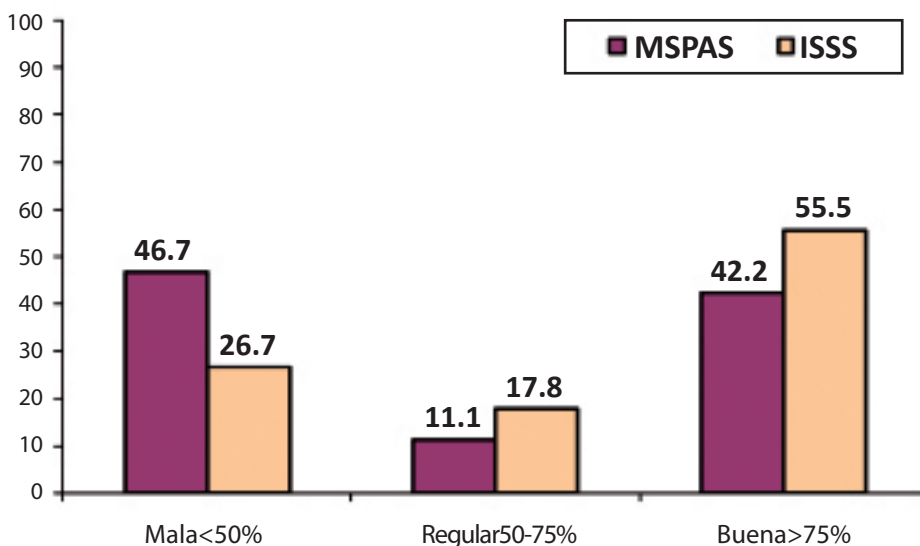
Cuadro No. 3
Disponibilidad comparada de medicamentos genéricos en el sector público

Institución	MSPAS	ISSS
Percentil 25	23.1%	55.8%
Mediana	57.7%	80.8%
Percentil 75	86.5%	92.3%

El cuadro anterior presenta una disponibilidad mediana de medicamentos genéricos de 57.7% para el MSPAS y de 80.8% para el ISSS, lo cual significa que la disponibilidad de estos medicamentos es 1.4 veces mayor en el ISSS.

En relación con la clasificación de la disponibilidad descrita al inicio de este apartado, el 46.7% de los medicamentos (19 medicamentos) tuvieron mala disponibilidad en el MSPAS mientras que solamente el 26.7% (10 medicamentos) tuvieron mala disponibilidad en el ISSS. La suma de los medicamentos con disponibilidad de regular a buena fue de 53.3% en el MSPAS y 73.3% para el ISSS.

Gráfica No. 3
Clasificación de la disponibilidad de genéricos,
comparada entre MSPAS e ISSS



b) Comparación según área geográfica

Se encontró que la disponibilidad de medicamentos no era uniforme en todos los establecimientos del sector público a nivel nacional, especialmente en el caso del MSPAS, evidenciando inequidades geográficas, como se aprecia en el cuadro No. 4.

Cuadro No. 4
Disponibilidad mediana de los medicamentos genéricos en el sector público según región geográfica

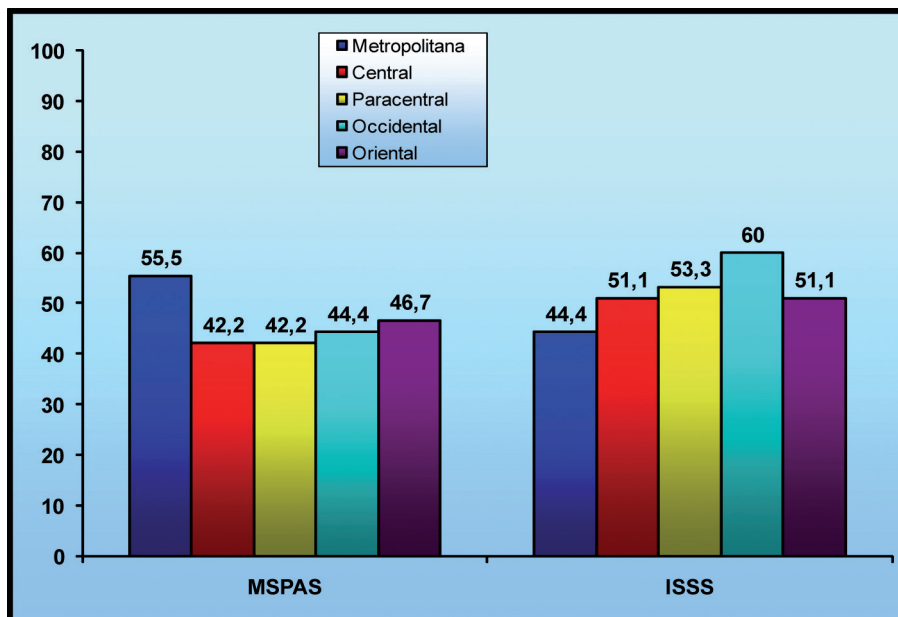
Región	Subsector	
	MSPAS	ISSS
Metropolitana	83.3%	75.0%
Occidental	60.0%	80.0%
Oriental	60.0%	n/a
Central	40.0%	87.5%
Paracentral	40.0%	n/a

El cuadro anterior muestra que la región metropolitana presentó la mayor disponibilidad en la red de establecimientos del MSPAS (83.3%), le siguen la región oriental y occidental con un 60% y las regiones central y paracentral poseen la menor disponibilidad con un 40%.

La región central obtuvo la mayor disponibilidad en los establecimientos del Seguro Social, con una mediana de 87.5%, seguida de cerca por la región metropolitana (75%) y occidental (80%). Nótese que no se reportan datos en la región paracentral y oriental, debido a que el número de establecimientos visitados en estas regiones no fue representativo.

En la gráfica siguiente se representa el porcentaje de medicamentos con buena disponibilidad en el MSPAS e ISSS, de acuerdo a las diferentes regiones geográficas de la muestra, donde es posible apreciar mejor las disparidades geográficas e interinstitucionales.

Gráfica No. 4
Porcentaje de medicamentos genéricos con buena disponibilidad en el sector público según región geográfica



c) Comparación según nivel de atención

En general la disponibilidad de medicamentos en el nivel primario, en el caso del MSPAS, fue inferior a la del nivel secundario y terciario. No sucedió así en el caso del ISSS, donde la disponibilidad en todos los niveles es similar, tal y como se aprecia en el cuadro No. 5.

Cuadro No. 5
Disponibilidad mediana de los medicamentos genéricos en el sector público según nivel de atención

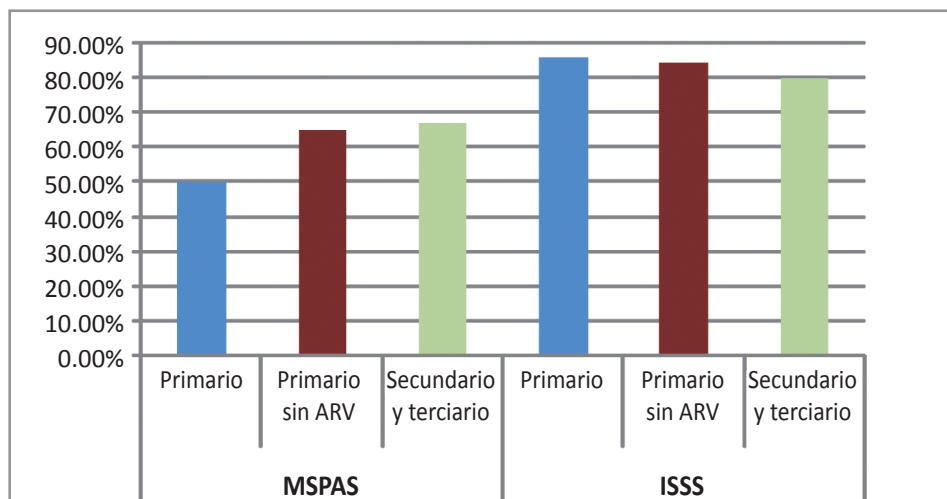
Institución	MSPAS	ISSS
Nivel primario	50.0%	85.7%
Nivel primario sin ARV	65.0%	84.1%
Nivel secundario y terciario	66.7%	80.0%

En el caso del MSPAS se encontró una diferencia de disponibilidad apreciable entre el nivel primario y los otros niveles (50 y 66.7% respectivamente), diferencia que se reduce considerablemente al eliminar los medicamentos antirretrovirales en los cálculos de disponibilidad para el nivel primario. Mientras que en el ISSS la disponibilidad fue similar en todos los niveles de atención, inclusive eliminando los antiretrovirales de los cálculos en el nivel primario.

La comparación de disponibilidad en los niveles de atención de ambas instituciones del sector público mostró una disponibilidad mediana del 50% en el nivel primario de la red del MSPAS y del 85.7% en el nivel primario de la red del Seguro Social, representando una diferencia del 35.7 puntos porcentuales a favor del ISSS, diferencia que se reduce en 19 puntos porcentuales al eliminar los medicamentos antirretrovirales en el primer nivel de ambas instituciones. Por otra parte, la disponibilidad mediana a nivel hospitalario en el MSPAS fue del 66.7%, mientras que en el ISSS fue del 80%, reduciendo la diferencia entre ambas instituciones a 13.3% en este nivel.

En la gráfica No. 5 se ha consolidado la disponibilidad mediana de medicamentos según el nivel de atención para cada uno de los componentes del sector público estudiados.

Gráfica No. 5
Disponibilidad mediana de medicamentos genéricos en el sector público según nivel de atención



5.1.2. Sector privado con fines de lucro

Los datos correspondientes al sector privado con fines de lucro se detallan en el cuadro No. 6.

Cuadro No. 6
Disponibilidad mediana de los medicamentos esenciales a nivel nacional en el sector privado con fines de lucro

Tipo de medicamento	Marca Innovadora	Genérico Equivalente
Percentil 25	0.0%	41.3%
Mediana	23.1%	69.2%
Percentil 75	40.4%	89.4%

Como puede observarse la disponibilidad mediana de los 43 medicamentos de marca innovadora incluidos en el estudio fue del 23.10%; esto significa que el medicamento encontrado en el punto medio, para este caso la fluoxetina, se encontró disponible en el 23.1% de los establecimientos (12 farmacias) que equivale a decir que la mitad de los medicamentos se encontraron disponibles en menos de 12 farmacias.

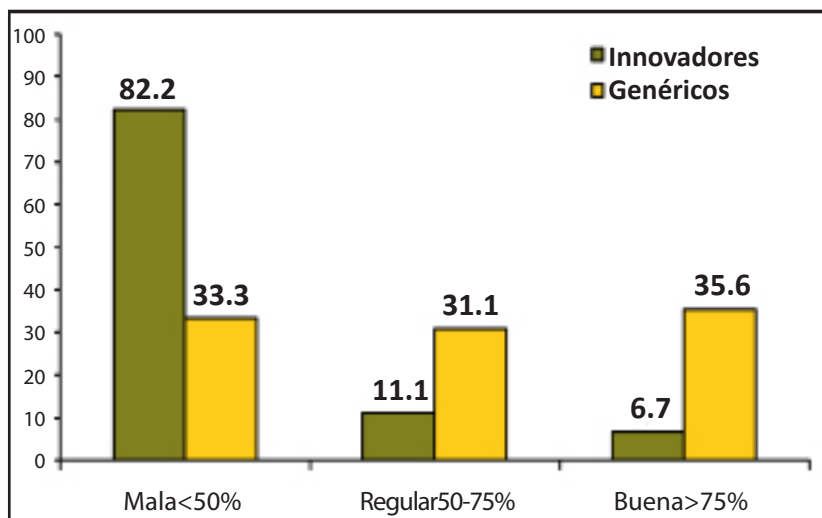
De los 43 medicamentos de marca innovadora considerados en el estudio, 11 medicamentos (25.6%) que se detallan a continuación, no se encontraron disponibles en ninguno de los establecimientos encuestados:

1. Folvite (ácido fólico)	6. Crixivan (indinavir)
2. Amoxil (Amoxicilina)	7. Viramune (nevirapina)
3. Amoxil Suspensión (Amoxicillin susp.)	8. Meticorten (prednisolone)
4. Valium (diazepam)	9. Sales de rehidratacion oral
5. Diuril (hidroclorotiazida)	10. Retrovir (zidovudina)
	11. Feosole (sulfato ferroso)

Por otro lado, la mitad de los medicamentos (22) se encontraron en menos de 12 farmacias (mediana = 23.1%), 32 medicamentos (75%) estuvieron disponibles en 21 farmacias o menos (percentil 75 = 40.4%) y 11 medicamentos (25%) obtuvieron disponibilidad mayor del 40.4%. De estos últimos, solamente tres reportaron una disponibilidad en más del 75% de los establecimientos: Mycrogynon, (etinilestradiol + levonorgestrel), Ventolin (salbutamol) y Canestén (clotrimazol).

La clasificación de la disponibilidad en este sector se detalla en la gráfica No. 6.

Gráfica No. 6
Disponibilidad de medicamentos en el sector privado lucrativo



Por otro lado, la disponibilidad mediana para los medicamentos genéricos fue de 69.2%, lo que significa que la mitad de los medicamentos se encontró en 36 farmacias o menos, una cantidad tres veces mayor de lo encontrado para medicamentos de marca innovadora.

Del total de medicamentos, tres (7%) no se encontraron disponibles en ningún establecimiento (crixivan, viramune y retrovir, todos antiretrovirales utilizados contra el VIH); 11 medicamentos se encontraron en menos del 41.3% de los establecimientos (percentil 25); 22 medicamentos se encontraron en 36 farmacias o menos (mediana = 69.2%) y 32 medicamentos se encontraron disponibles en 46 farmacias o menos (percentil 75 = 89.4%). Solamente 2 medicamentos (ibuprofeno y sales de rehidratación oral) estuvieron disponibles en el 100% de las farmacias.

Comparaciones intrasectoriales

a) Disponibilidad según región geográfica

Cuadro No. 7
Disponibilidad mediana de los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos en el sector privado según región geográfica

Subsector Región	Marca Innovadora	Equivalentes Genéricos
Metropolitana	42.9	78.6
Central	25.0	66.7
Occidental	20.0	80.0
Paracentral	28.6	71.4
Oriental	0.0	55.6

El cuadro No. 7 muestra la diferencia entre la disponibilidad mediana de los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos, así como la variación entre las diferentes regiones geográficas. La mayor disponibilidad la encontramos en la región metropolitana con un 42.9% para los de marca innovadora y 78.6% para los genéricos. La región central posee una disponibilidad mediana de 25% para los de marca innovadora y 66.7% para los equivalentes genéricos; la región paracentral y occidental reportan una buena disponibilidad de genéricos con 71.4% y 80% respectivamente, mientras que la región oriental obtuvo la menor disponibilidad de medicamentos, tanto genéricos (55.6%) como de marca innovadora (cero por ciento).

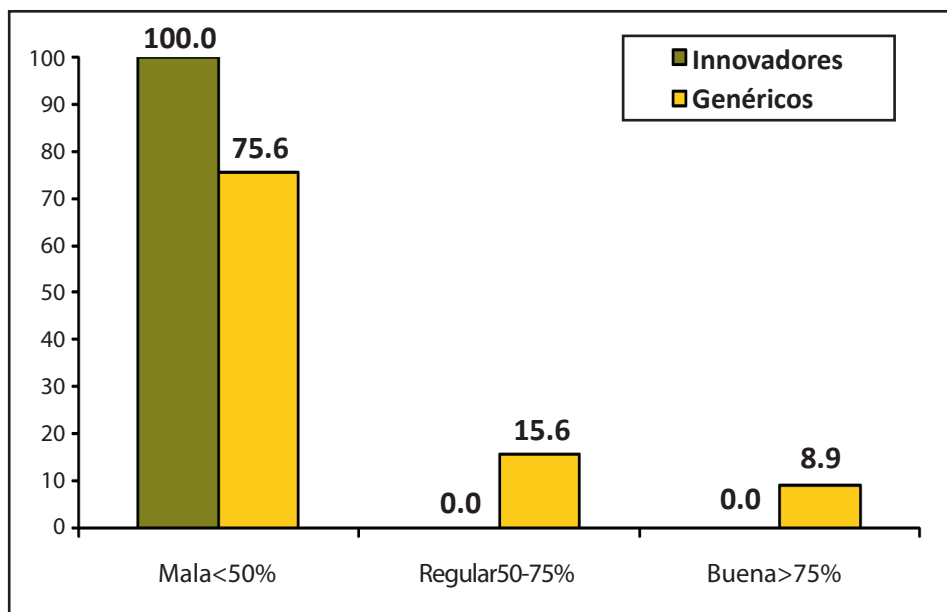
5.1.3. Disponibilidad en el sector privado sin fines de lucro

Cuadro No. 8
Disponibilidad mediana de los medicamentos en el sector privado sin fines de lucro (ONG's)

Tipo de medicamento	Marca Innovador	Equivalentes Genéricos
Percentil 25	0.0%	0%
Mediana	0.0%	20.0%
P75	0.0%	50.0%

La disponibilidad de medicamentos de marca innovadora en el sector privado sin fines de lucro fue de cero por ciento, mientras que la disponibilidad mediana de los equivalentes genéricos fue del 15.6%, lo que puede apreciarse en la siguiente gráfica:

Gráfica No. 7
Disponibilidad de medicamentos en el sector privado sin fines de lucro

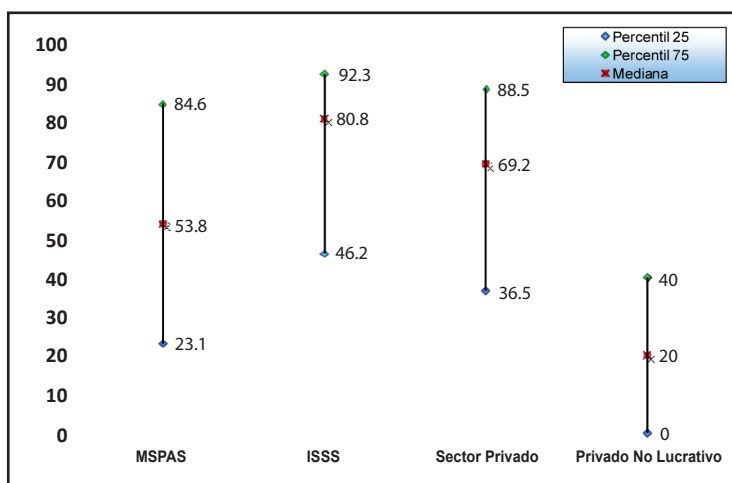


5.1.4. Comparación intersectorial

Cuadro No. 9
Disponibilidad mediana de medicamentos genéricos comparada en los diferentes sectores

Medida \ Sector	Público			Privado con fines de lucro	Privado sin fines de lucro
	MSPAS	ISSS	Ambos		
Percentil 25	23.1%	55.8%	46.2%	41.3%	0.0%
Mediana	57.7%	80.8%	67.3 %	69.2%	20.0%
Percentil 75	86.5%	92.3%	89.4%	89.4%	50.0%

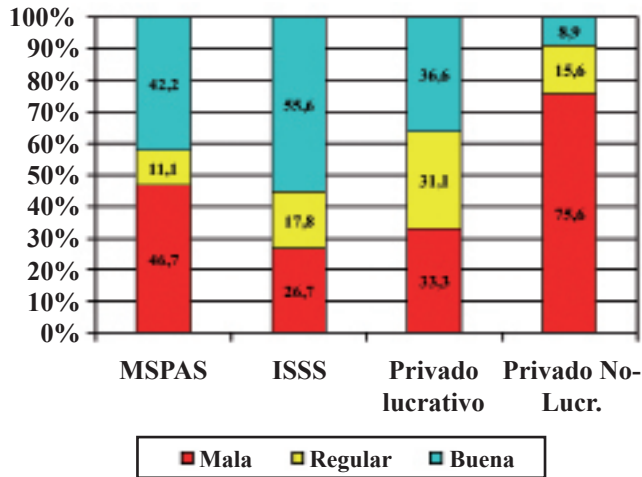
Gráfica No. 8
Comparación intersectorial de la disponibilidad de los medicamentos genéricos



El cuadro No. 9 y la gráfica No. 8 muestran las diferencias de disponibilidad de medicamentos genéricos encontradas entre los sectores público y privado. La disponibilidad mediana en el MSPAS (53.8%) es menor a la del sector privado (69.2%), con una diferencia de 11.5 puntos porcentuales; mientras que la disponibilidad mediana en el ISSS (80.8%) es mayor que la del sector privado en 11.6 puntos porcentuales.

El sector privado sin fines de lucro mostró una disponibilidad inferior a los demás subsectores. La gráfica siguiente muestra la clasificación comparada de disponibilidad de medicamentos genéricos en los tres subsectores.

Gráfica No. 9
Comparación intersectorial de la disponibilidad de los
medicamentos genéricos



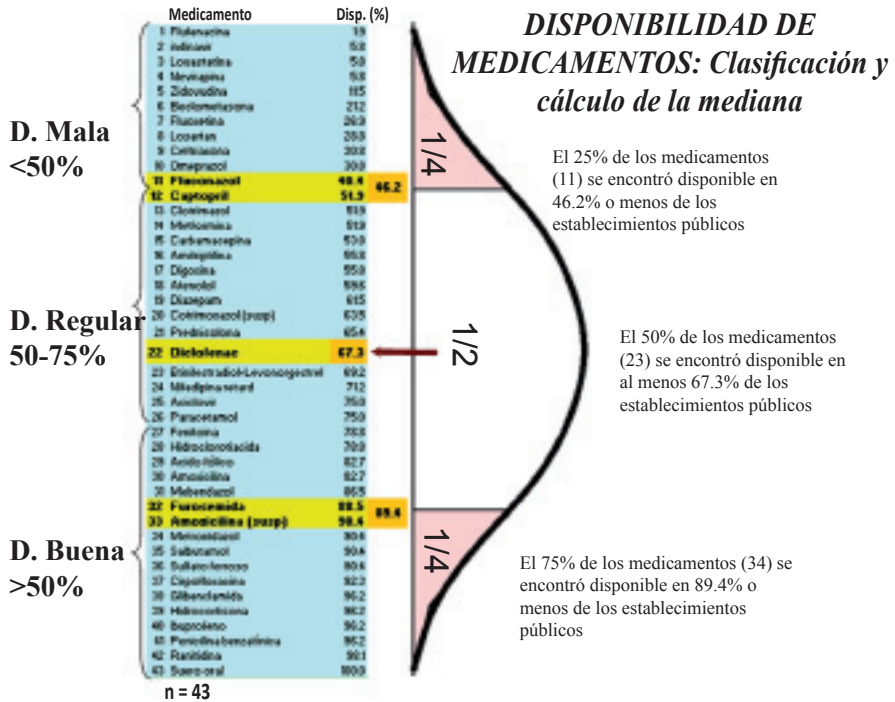
5.2. Precio de venta al detalle de los medicamentos

Los resultados se presentan para cada medicamento mediante el Índice Mediano de los Precios (IMP) que resulta de dividir el Precio Unitario Mediano del Sector (PUMS) entre el Precio Internacional de Referencia (PIR). Este último fue tomado de la Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos publicada por Management Sciences for Health (MSH) edición 2005, cuya fuente de precios son proveedores con y sin ánimo de lucro, organizaciones para el desarrollo internacional y compradores (generalmente agencias del sector público) que adquieren medicamentos en licitaciones internacionales abiertas.

Esta fuente de precios internacionales de referencia ha sido recomendada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y *Health Action Internacional* (HAI) en el manual que describe la metodología del estudio.

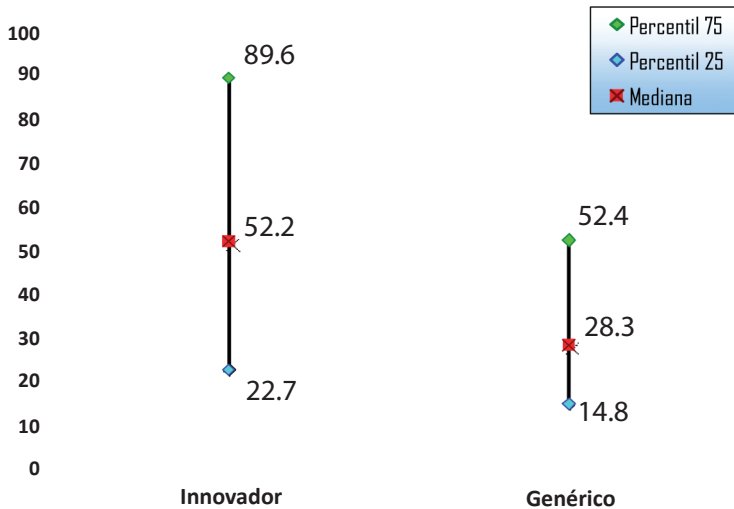
El IMP de un medicamento se considera aceptable si es menor o igual a 2.5, esto es dos veces y medio el valor del PIR. Esto aplica sólo para el caso de los medicamentos genéricos, pues en los de marca innovadora la racionalidad del precio es difícil de determinar, ya que la "prima de marca" (que mide la diferencia entre el precio del medicamento de marca innovadora y su equivalente genérico más barato) es muy variable y está sujeta a criterios de las compañías farmacéuticas propietarias de la marca innovadora.

Gráfica No. 10



Gráfica No. 11

Mediana de los Índices Medianos de los Precios (IMP) de venta de medicamentos en el sector privado con fines de lucro



De los 43 medicamentos incluidos en el estudio, se encontraron solo 29 medicamentos de marca innovadora y 40 medicamentos genéricos equivalentes, por lo que el análisis de los precios se limita a estos medicamentos, los cuales tuvieron una gran variabilidad de precios. Los IMP de los todos los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos se detallan en el anexo 2.

La mediana de los IMP de los 29 medicamentos de marca innovadora encontrados fue de 52.17, con un valor mínimo de 2.94 y un máximo de 201.65. En cambio para los 40 genéricos encontrados, la mediana fue de 28.33 con un valor mínimo de 1.56 y un máximo de 166.68.

En promedio, los medicamentos de marca innovadora son 1.9 veces más caros que los genéricos, aunque se encontraron medicamentos de marca innovadora hasta 3.6 veces más caros que sus equivalentes genéricos. Por ejemplo, para el fluconazol de marca innovadora el IMP fue de 201.65 y para el fluconazol genérico fue de 66.77, es decir que el medicamento de marca innovadora es tres veces más caro que su equivalente genérico.

5.2.3. Sector privado sin ánimo de lucro

Se exploraron cinco instituciones privadas sin ánimo de lucro de las cuales solamente una vendía los medicamentos a sus usuarios; los datos obtenidos se consignan en el cuadro siguiente.

Cuadro No. 11
Índices Medianos de los Precios (IMP) de los medicamentos esenciales
en el sector privado sin ánimo de lucro

Tipo de medicamento	Marca Innovadora	Equivalente Genérico
Número de medicamentos incluidos	1	24
Percentil 25	n/a	3.68
Mediana de los IMP	n/a	15.88
Percentil 75	n/a	28.26
IMP mínimo	n/a	0.58
IMP máximo	8.33	80

En el sector privado sin ánimo de lucro solo se encontró un medicamento de marca innovadora y los 24 equivalentes genéricos encontrados tenían un IMP de 15.88, lo que significa que el 50% de los medicamentos estudiados tenían un

precio 15.88 veces superior al PIR. Además ha de notarse que el máximo índice mediano de precio encontrado fue de 80.

Al igual que en el sector privado con fines de lucro, la variabilidad de los precios representada por el intervalo intercuartil (percentil 75 menos percentil 25) persiste elevada, aunque levemente menor que en el sector privado lucrativo.

5.2.4. Comparación intersectorial de precios

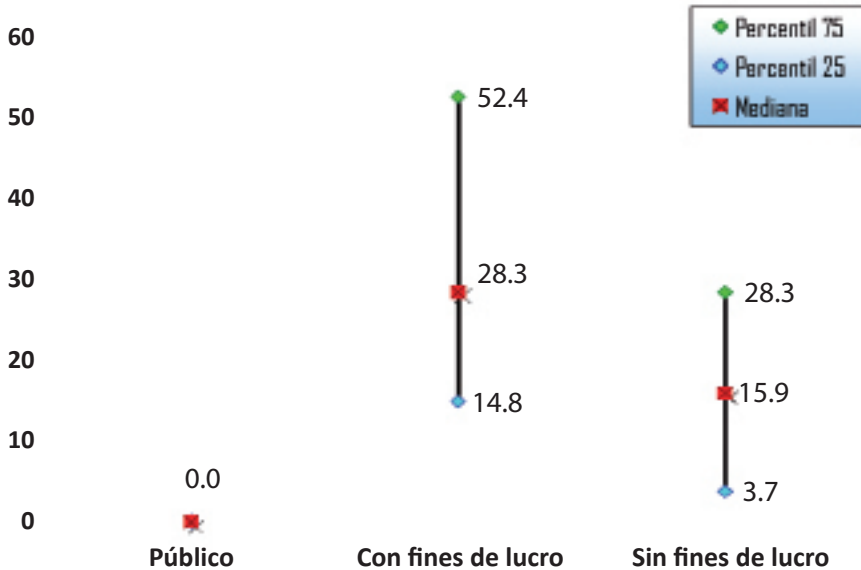
No es posible hacer comparaciones de los precios de venta al consumidor en el sector privado con precios en el sector público, ya que este último no vende los medicamentos a sus usuarios. En el caso de los servicios del sector público que implementan programas de recuperación de costos, no es posible determinar qué porcentaje de la “cuota voluntaria” o “colaboración” que aporta el usuario corresponde al costo de los diferentes servicios (consulta, exámenes de laboratorio, medicamentos, etc.)

Sin embargo, podemos hacer una comparación entre el sector privado lucrativo y el no lucrativo, como se muestra en el cuadro No. 12 y gráfica 12, donde se evidencia que los precios son considerablemente mayores en el sector privado con fines de lucro.

Cuadro No. 12
Comparación del Índice Mediano de los Precios de los medicamentos genéricos en el sector privado con y sin ánimo de lucro

Sector	Público	Privado con fines de lucro	Privado sin fines de lucro
Número de establecimientos incluidos	n/a	52	1
Percentil 25	n/a	14.80	3.68
Mediana	n/a	28.33	15.88
Percentil 75	n/a	52.41	28.26
IMP mínimo	n/a	1.56	0.58
IMP máximo	n/a	166.68	80.0

Gráfica 12
Comparación intersectorial de la mediana de los IMP
de venta de los medicamentos genéricos



5.3. Precio de adquisición de los medicamentos

Para su análisis utilizamos el Índice del Precio de Adquisición (IPA), que expresa el cociente entre el Precio de Adquisición (PA) y el Precio Internacional de Referencia (PIR). Si el sistema de compras es eficaz, el valor del IPA no debería ser mayor de 1.2 veces el PIR; esto es, cercano al precio internacional de referencia.

5.3.1. Sector público

Si se reporta un IPA con un margen mayor del 20% ($IPA > 1.20$) por encima del Precio Internacional de Referencia se considera que el sistema de compras es ineficaz.

En el sector público (MSPAS e ISSS) el precio de adquisición corresponde a las licitaciones del sector correspondiente al año del estudio. El cuadro No. 13 muestra los valores del IPA consolidados para el sector público (MSPAS e ISSS).

Cuadro No. 13
Índice de Precios de Adquisición (IPA) de medicamentos esenciales
en el sector público

	Marca Innovadora	Equivalente Genérico
Medicamentos incluidos	3	31
Percentil 25	1.60	0.73
Mediana	1.94	1.13
Percentil 75	5.21	2.08
IPA mínimo	1.26	0.05
IPA máximo	8.48	37.81

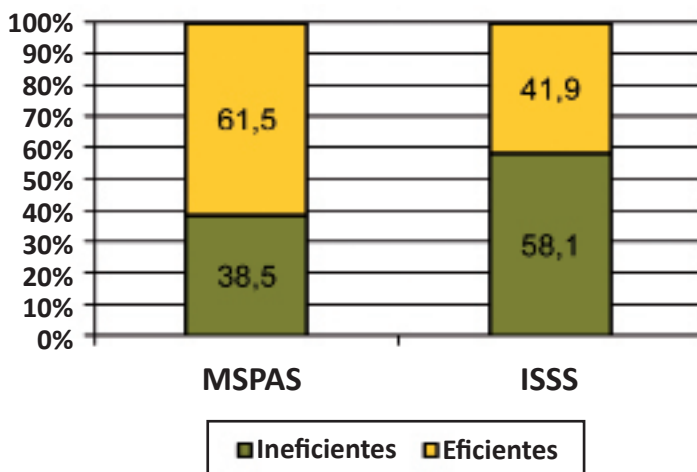
En general, en el sector público, que como ya se ha mencionado adquiere casi exclusivamente medicamentos genéricos, se encontró que la mediana de los IPA de estos medicamentos fue de 1.13 (31 medicamentos incluidos) y de 1.94 para los medicamentos de marca innovadora (3 medicamentos incluidos).

De los 31 medicamentos para los que se reportaron precios en el sector público, el 54.8% (17 medicamentos) tienen un IPA menor de 1.20, es decir, fueron adquiridos eficientemente.

Comparación intrasectorial

La gráfica No. 13 muestra la eficiencia comparada de adquisición entre el MSPAS (61.5% de medicamentos adquiridos eficientemente) y el ISSS (50% de los medicamentos adquiridos eficientemente). El detalle de los medicamentos adquiridos eficiente e ineficientemente para ambos sectores se muestra en la gráfica 14. Se reportan datos solamente para 26 de los 43 medicamentos, debido a que tanto el MSPAS como el ISSS reportaron precios de algunos medicamentos en concentraciones diferentes a las requeridas por el estudio, por lo que no fue posible compararlos con los precios internacionales de referencia.

Gráfica No. 13
Eficiencia comparada del sistema de adquisición de medicamentos en el MSPAS e ISSS



Gráfica No. 14
Eficiencia en la adquisición de medicamentos en el sector público



Un medicamento con un valor de 1.00 significa que ese medicamento se compra a un precio igual al precio internacional de Referencia (PIR). Un valor por encima de 1.20 veces el PIR se considera ineficiente. Una compra por debajo de 1.20 se considera una compra eficiente.

El seguro social invierte en medicamentos una cantidad considerablemente mayor que el Ministerio de Salud (58 millones ISSS¹¹ vs 34 millones MSPAS¹²), sería de esperar que obtuviera precios más bajos en relación con sus mayores volúmenes de compra. Sin embargo, la mediana de los IPA de medicamentos del ISSS es un 18% más alto que la mediana del IPA correspondiente del MSPAS, lo cual se puede apreciar en el cuadro No. 14, donde también puede apreciarse que existen compras de medicamentos realizadas con alto grado de eficacia (IPA mínimo de 0.43 y 0.05) así como medicamentos cuya adquisición se realizó con extremada ineficacia (IPA máximos de 19.65 y 71.43).

Cuadro No. 14
Comparación de las medianas de los Índices de Precios de Adquisición (IPA)
de los medicamentos genéricos en el sector público

Medida	Sector	Público		
		MSPAS	ISSS	Ambos
Número de medicamentos incluidos		26	31	36
Percentil 25		0.72	0.76	0.73
Mediana de los IPA		1.00	1.18	1.13
Percentil 75		1.66	2.65	2.08
IPA mínimo		0.43	0.05	0.05
IPA máximo		19.65	71.43	37.81

5.3.2. Sector privado con fines de lucro

En el cuadro No. 15 se muestran los datos de compra de cinco medicamentos por parte de una empresa importadora de medicamentos genéricos. Estos datos reflejan una alta eficiencia en la compra por parte de dicho importador.

¹¹ Unidad Técnica Normativa, ISSS, año 2006.

¹² Memoria de labores 2005-2006, MSPAS

Cuadro No. 15
Mediana de los Índices de Precios de Adquisición (IPA) de los
medicamentos esenciales en el sector privado con fines de lucro

Tipo de medicamento	Marca Innovadora	Equivalentes Genéricos
Número de medicamentos incluidos	0	5
Percentil 25	n/a	0.54
Mediana de los IPA	n/a	0.62
Percentil 75	n/a	1.21
IMP mínimo	n/a	0.39
IMP máximo	n/a	38.37

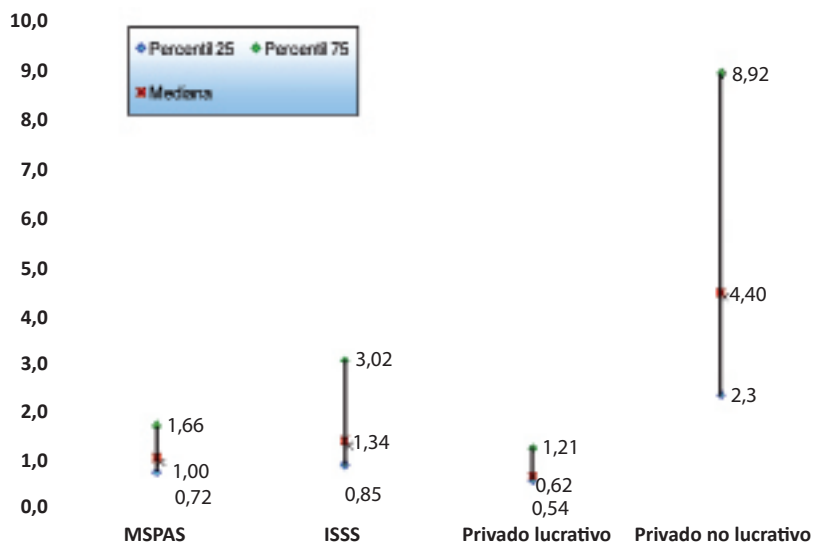
5.3.3. Sector privado sin fines de lucro

Los datos de compra de medicamentos genéricos por parte del sector privado sin fines de lucro corresponden al precio reportado por dos instituciones y se presentan en el cuadro No. 16. Como puede apreciarse la mediana de los IPA demuestra ineficiencia en el sistema de compra por parte de las instituciones entrevistadas. (Ver gráfica No. 15)

Cuadro No. 16
Mediana de los Índices de Precios de Adquisición (IPA) de los
medicamentos esenciales en el sector privado sin fines de lucro

Tipo de medicamento	Innovador	Genérico
Número de medicamentos incluidos	1	27
Percentil 25	6.17	2.30
Mediana de los IPA	6.17	4.40
Percentil 75	6.17	8.92
IMP mínimo	6.17	0.32
IMP máximo	6.17	72.32

Gráfica 15
Índice Mediano de los Precios (IMP) de adquisición de los
medicamentos esenciales en el sector privado lucrativo



5.4. Capacidad de pago

Para tener una idea más clara de la capacidad de pago de la población, se ha relacionado el precio de los medicamentos tanto de marca innovadora como en su versión genérica equivalente, empleados en pautas de tratamiento para doce enfermedades seleccionadas no complicadas que se encuentran habitualmente en el perfil epidemiológico. Diez de ellas fueron recomendadas por la OMS/ HAI para efectos de comparaciones internacionales y otras dos agregadas por recomendación del Consejo Asesor del estudio.

Los resultados se presentan en el cuadro No.17 en términos de días de trabajo necesarios para financiar el tratamiento de cada una de las enfermedades, tanto para un trabajador no calificado del sector urbano como para un trabajador no calificado del sector rural, de acuerdo al salario mínimo vigente en cada sector durante el periodo de estudio.

Cuadro No. 17
Capacidad de pago para el tratamiento de 12 enfermedades seleccionadas
en días de trabajo para un trabajador no calificado del sector urbano y rural

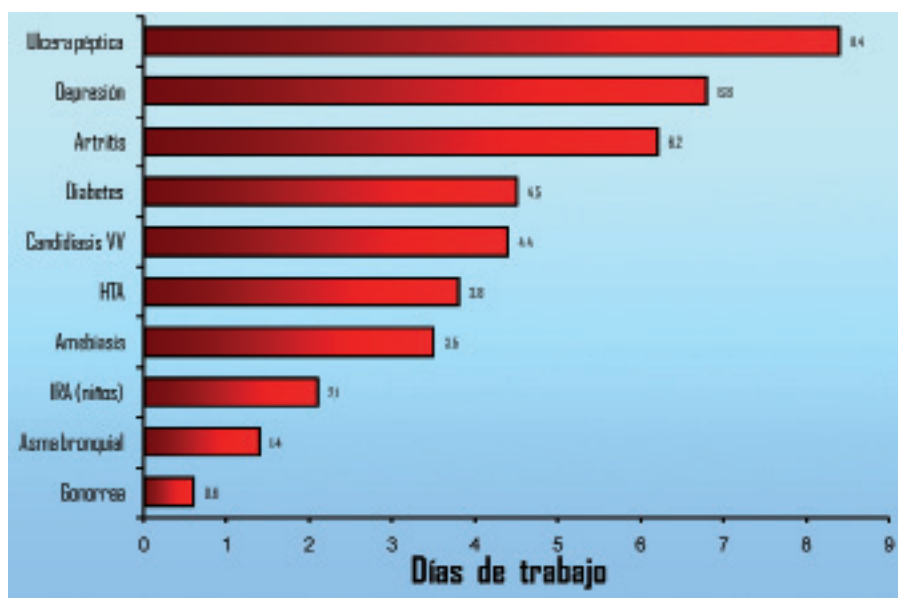
No.	Tratamiento	Tipo de medicamento	Número de días de trabajo	
			Urbano	Rural
1	Diabetes <i>Glibenclamida 5 mg dos veces al día por 30 días</i>	Genérico	2.2	4.5
		Innovador	4.5	9.6
2	Hipertensión arterial <i>Hidroclorotiacida 25 mg diarios por 30 días</i>	Genérico	2.2	4.6
		Innovador	-	-
3	Hipertensión arterial <i>Atenolol 50 mg por 30 días</i>	Genérico	2.4	5.0
		Innovador	3.8	8.1
4	Infección vías respiratorias adultos <i>Amoxicilina 250 mg 3 veces al día por 7 días</i>	Genérico	1.5	3.2
		Innovador	-	-
5	Infección vías respiratorias niños <i>Co-trimoxazole susp. 10 ml/día por 7 días</i>	Genérico	0.6	1.3
		Innovador	1.7	3.7
6	Gonorrea <i>Ciprofloxacino 500 mg una sola dosis</i>	Genérico	0.3	0.6
		Innovador	0.6	1.3
7	Artritis <i>Diclofenac 25 mg dos veces al día por 30 días</i>	Genérico	3.6	7.6
		Innovador	6.2	13.3
8	Depresión <i>Amitriptilina 25 mg tres veces al día por 30 días</i>	Genérico	5.5	11.7
		Innovador	6.8	14.5
9	Asma bronquial <i>Salbutamol inhalado 0.1mg/dosis por 200 dosis</i>	Genérico	1.2	2.5
		Innovador	1.4	2.9
10	Úlcera péptica <i>Ranitidina 150 mg dos veces al día por 30 días</i>	Genérico	4.6	9.9
		Innovador	8.4	18.0
11	Amebiasis <i>Metronidazole 500 mg 3 veces al día por 10 días</i>	Genérico	0.2	0.5
		Innovador	0.5	1.0
12	Candidiasis vaginal <i>Fluconazol 150 mg dosis única</i>	Genérico	1.5	3.1
		Innovador	4.4	9.4

Como puede observarse, un trabajador urbano no calificado del sector de la industria y el comercio con un salario mínimo de \$5.81 diarios, requerirá 4.6 días de trabajo para costear el tratamiento de una úlcera péptica durante treinta días con un medicamento genérico; para el mismo tratamiento un trabajador rural con un salario mínimo de \$2.72 diarios, requerirá 9.9 días de trabajo.

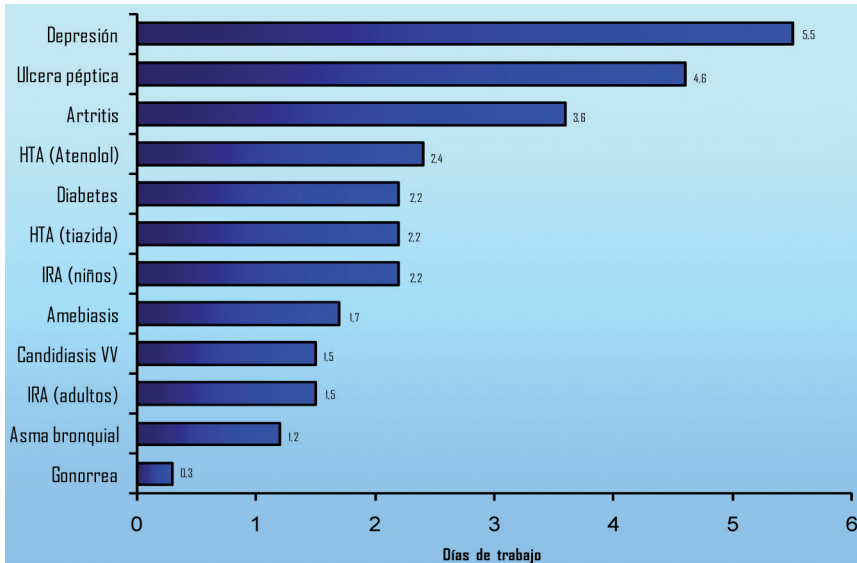
Si en cualquiera de los casos el tratamiento se hace con el medicamento innovador, se requerirá 8.4 días de trabajo en el sector urbano y 18 días en el sector rural.

En las gráficas No. 16 y 17 se puede apreciar también el equivalente en días de trabajo de un trabajador urbano para las enfermedades descritas en el cuadro No. 17, cuando se compran medicamentos de marca innovadora y medicamentos genéricos respectivamente.

Gráfica No. 16
Capacidad de pago de un trabajador urbano no calificado
para el tratamiento de enfermedades seleccionadas
(con medicamentos innovadores)



Gráfica No. 17
Capacidad de pago de un trabajador urbano no calificado
para el tratamiento de enfermedades seleccionadas
(con medicamentos genéricos)



5.5. Estructura del precio

5.5.1. Márgenes acumulados

Los márgenes acumulados se calcularon con base en los Precios Unitarios del Fabricante (PUF) reportados por importadores locales, comparándolos con los Precios Unitarios Medianos del Sector (PUMS) o precio mediano de venta al detalle encontrado en el estudio, expresado como porcentaje de incremento con respecto al precio del fabricante, calculado mediante la siguiente fórmula:

$$\text{Margen Acumulado} = [(PUMS \div PUF) - 1] \times 100$$

Por ejemplo, para ciprofloxacina:

$$\begin{aligned} \text{Margen Acumulado} &= [(1.5137 \div 0.03) - 1] \times 100 \\ &= (50.4567 - 1) \times 100 \\ &= 49.4567 \times 100 \\ &= 4,945.67 \end{aligned}$$

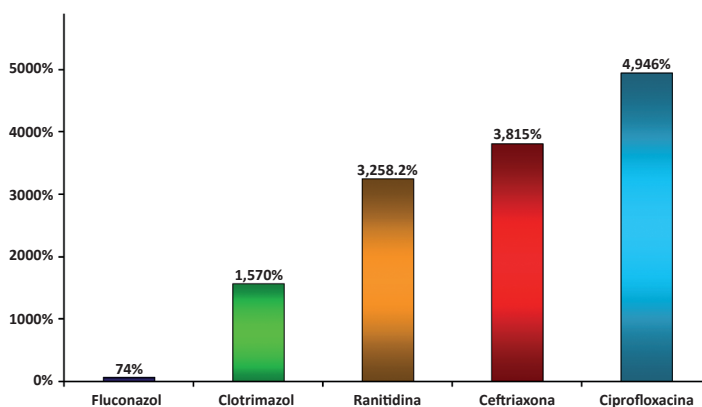
Los márgenes acumulados de cinco medicamentos genéricos se presentan en el cuadro No. 18, donde es posible apreciar un incremento que oscila entre 74 y casi 5,000 por ciento por encima del precio del fabricante.

Cuadro No. 18
Impacto en el precio final al consumidor de la acumulación de todos los componentes que integran la estructura del precio de los medicamentos genéricos

Medicamento	Precio unitario de fabricante (PUF)	Precio unitario mediano en el sector privado lucrativo (PUMS)	% de margen: PUF/PUMS
Ciprofloxacina	0.0300	1.5137	4,945.7 %
Ceftriaxona	0.4700	18.4000	3,815.0 %
Ranitidina	0.0134	0.4500	3,258.2 %
Clotrimazol	0.0110	0.1837	1,570.0 %
Fluconazol	4.8850	8.5000	74.0 %

La gráfica No. 18 facilita la apreciación visual del margen acumulado al precio de venta del fabricante en el lugar de producción (precio FOB) para cinco medicamentos como porcentaje del precio final al consumidor.

Gráfica No. 18
Margen acumulado



5.5.2. Componentes del precio

Debido a que en el sector público los medicamentos no tienen oficialmente un precio de venta al usuario, únicamente se presentan los componentes del precio en el sector privado lucrativo, tanto para medicamentos genéricos como de marca innovadora que se comercializan en el mercado farmacéutico nacional.

Estos datos nos permitirán analizar las variaciones en el precio generadas por cada uno de los componentes que se van agregando al precio del fabricante desde su importación hasta el momento en que está disponible en el punto de venta al detalle (farmacias privadas).

Todos los precios de venta al detalle que se presentan en este estudio, incluyen los descuentos habituales que las farmacias privadas suelen ofrecer a sus consumidores y que oscilan entre el 15 y 20% del precio marcado en el envase.

En el cuadro No. 19 se detallan los componentes que afectan el precio de la ceftriaxona genérica (vial de 1 gr para uso intramuscular).

En la gráfica 19 se hace una presentación comparada de estos componentes agregados a lo largo de la cadena de comercialización del medicamento, de acuerdo a los datos obtenidos de una droguería nacional sobre cuatro medicamentos importados por dicha droguería.

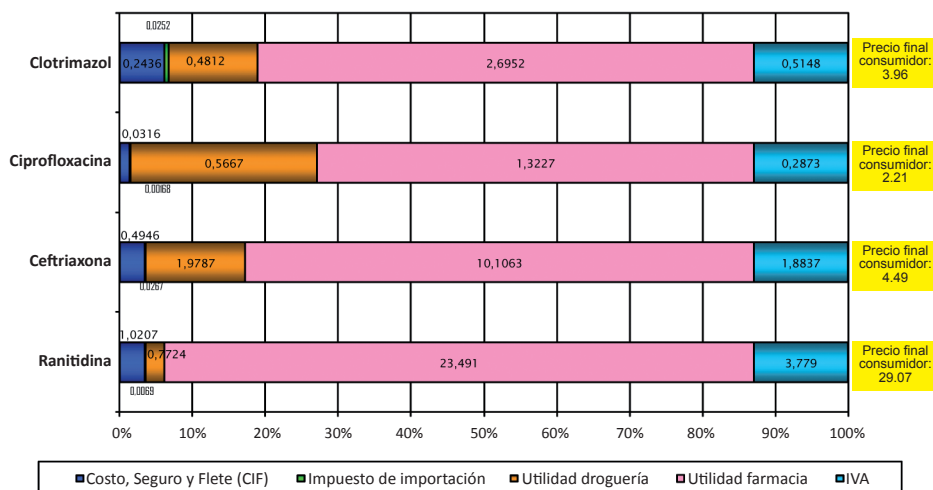
Cuadro No. 19

*Componentes del precio de los medicamentos:
Ceftriaxona 1 gr (genérico)*

COMPONENTES	Base del coste	Cuantía del Coste	Precio	Margen acum.en (%)
Componente 1: Precio de venta del fabricante (FOB)			0.47	0.00%
Componente 2: Impuesto aduanal (DAI)	Porcentaje	5%	0.4935	5.00%
Componente 3: Seguro y flete	Porcentaje	4.99%	0.5181	10.24%
Componente 4: Otros aduanales: Almacenamiento, fumigación, embarque, agente aduanal	Fijo	0.0019	0.52	10.64%
Componente 5: Visado del CSSP	Fijo	0.0002	0.5202	10.69%
Componente 6: Margen del importador/distribuidor/ mayorista	Porcentaje	380.00%	2.50	431.29%
Componente 7: Margen del vendedor al detalle (farmacias privadas)	Porcentaje	552.00%	16.28	3,364.04%
Componente 8: IVA	Porcentaje	13.00%	18.40	3,814.36%
Precio final al consumidor (PUMS)			\$18.40	Cada gr.

Gráfica No. 19

Componentes del precio final al consumidor de cuatro medicamentos genéricos de una misma casa farmacéutica



Los componentes consignados en la gráfica anterior corresponden a cuarto de los medicamentos genéricos del estudio. En el caso de la ranitidina el impuesto aduanal es cero debido a que a los medicamentos importados del área centroamericana o de México no se les aplica este impuesto por ampararse en el tratado de libre comercio.

En todos los casos el precio de importación considerado corresponde al precio CIF, el cual incluye el costo del fabricante más el costo del seguro y flete. Los datos fueron obtenidos mediante entrevistas a importadores, distribuidores y puntos de venta al detalle.

Como puede apreciarse, el precio de venta al público es considerablemente elevado comparado con el precio CIF. Tampoco existe un patrón uniforme o una normativa que regule los componentes que los diferentes intermediarios involucrados en la comercialización, van agregando al precio del fabricante.

Puede apreciarse que con excepción del impuesto al valor agregado que representa un incremento del 13% al precio final al consumidor, los demás aranceles (arancel de importación, visado de la JVQF y otros gastos aduanales) no representan una carga significativa al precio de venta al público.

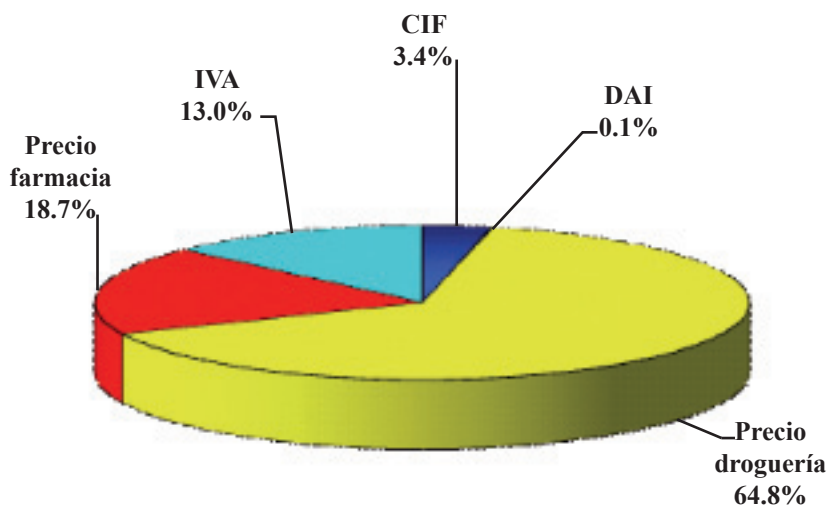
Los componentes que más incrementan el precio de venta al público son los márgenes agregados tanto por las droguerías como por los puntos de venta al detalle (farmacias privadas).

En general, como puede observarse en la gráfica 20, en el caso de los medicamentos de marca innovadora el componente porcentualmente más alto del precio final al consumidor corresponde a la suma del margen agregado por las droguerías y la prima de marca, que se presentan fusionados debido a que no fue posible obtener el precio del fabricante de estos medicamentos, debido a lo cual el precio del fabricante que se ha tomado como referencia es el precio del genérico equivalente.

En el caso de los medicamentos genéricos equivalentes, como puede apreciarse en la gráfica No. 21, el componente más alto corresponde al agregado por las farmacias.

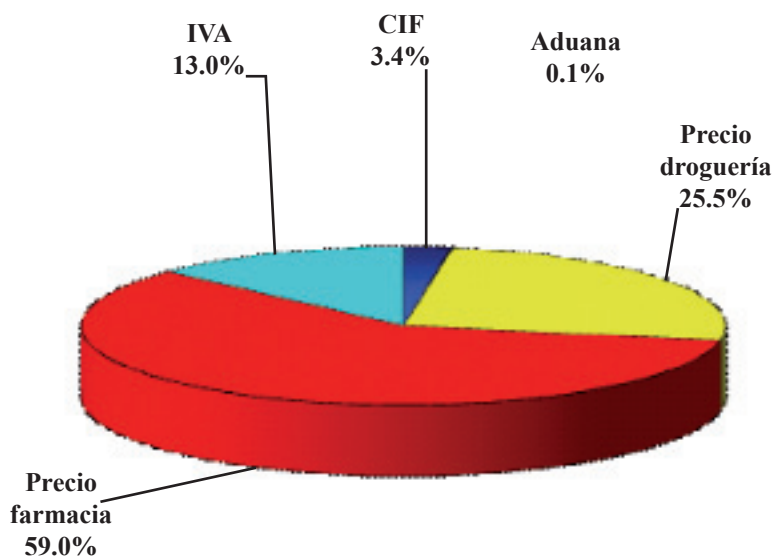
Gráfica 20

Valor mediano del porcentaje de cada uno de los componentes del precio final al consumidor de los medicamentos de marca innovadora



Gráfica 21

Valor mediano del porcentaje de cada uno de los componentes del precio final al consumidor de los medicamentos genéricos equivalentes



5.6. Comparaciones internacionales de precios de medicamentos

Para comparar los resultados del estudio en El Salvador con los realizados en otros países, se aplicaron los siguientes criterios de equivalencia:

1. Que los datos a comparar fueran producto de la aplicación rigurosa de la misma metodología de nuestro estudio, diseñada por OMS/HAI.
2. Que todos los países seleccionados hubieran utilizado la misma fuente de precios internacionales de referencia para los medicamentos (MSH).
3. Que los estudios se hubieran realizado entre los años 2003 y 2006, previo ajuste de los precios obtenidos en el año del estudio correspondiente, a los valores de la guía de precios de referencia de nuestro estudio (MSH 2005).
4. Que los países representaran diferentes regiones geográficas.

Se compararon los datos obtenidos en los siguientes aspectos:

- Precios de venta al detalle de productos de marca innovadora y de medicamentos genéricos en el sector privado con fines de lucro.
- Capacidad de pago de pautas de tratamiento seleccionados, medida de acuerdo al salario mínimo urbano para un trabajador no calificado.

5.6.1. Precios de venta al detalle en el sector privado con fines de lucro

En 30 estudios equivalentes¹³ realizados a nivel mundial, se encontró que los salvadoreños pagan los precios más altos tanto por los medicamentos de marca innovadora como por sus equivalentes genéricos.

En el caso de los medicamentos de marca innovadora, los precios en El Salvador fueron superiores en 17 de estos 24 medicamentos (71%) en los 30 países con los que se comparó nuestro estudio. En el caso de los medicamentos genéricos, nuestros precios resultaron superiores en 20 de 24 medicamentos (83%).

Las excepciones en medicamentos de marca innovadora son: Bactrim y Zovirax, precios superiores en 6 países; Ciproxina, precios superiores en 3 países; Zantac y Ventolín, precios superiores en 2 países; Capotén y Modecate, precios superiores en 1 país.

En medicamentos genéricos las excepciones fueron: Trimetropim-Sulfa, precios superiores en 5 países; Omeprazole y Aciclovir, precios superiores en 2 países y Ciprofloxacina, precios superiores en 1 país.

Para ilustrar mejor lo anterior, en los cuadros No. 20 y 21 se presentan

13 Ver criterios de equivalencia en la metodología, apartado 4.8.

los IMP de seis medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos, para cinco países de diferentes regiones geográficas. Lo mismo puede apreciarse en las gráficas No. 22 y 23 para el Tegtretol (carbamecepinga) y glibenclamida genérica respectivamente, cuyos IMP se comparan con los IMP de los 30 estudios equivalentes al nuestro.

De los medicamentos presentados en el cuadro No. 20, el único que tuvo un precio ligeramente más alto que en El Salvador fue el salbutamol de marca innovadora (Ventolin) en el estudio realizado en Perú; sin embargo, en el caso del salbutamol genérico, al igual que en el resto de medicamentos, el IMP fue considerablemente más alto en nuestro país.

Cuadro No. 20
Precio comparado de seis medicamentos de marca innovadora en países seleccionados

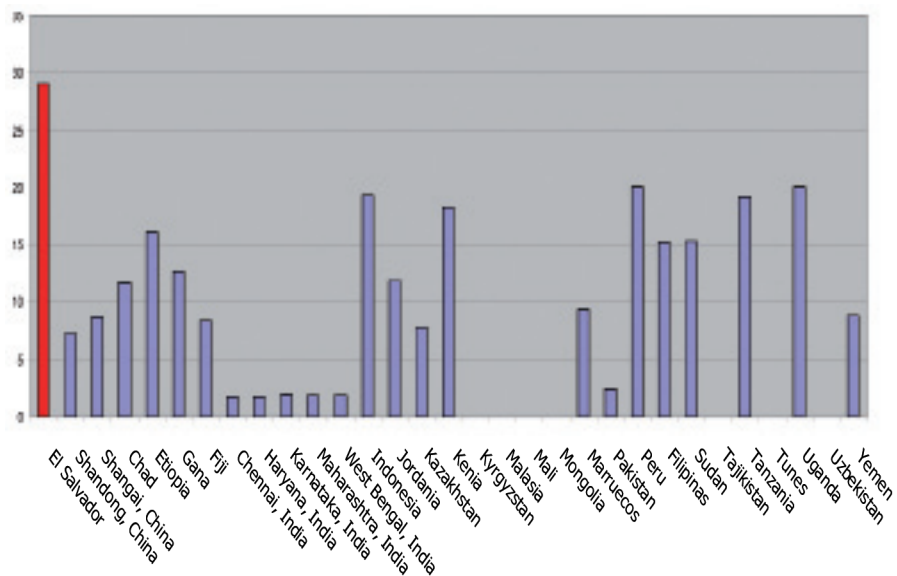
Medicamento	El Salvador	Yemen	Perú	India	Filipinas
Fluconazol	201.65	88.34	--	5.78	79.8
Hidroclorotiacida	--	--	--	--	--
Captopril	31.17	13.91	24.57	--	26.09
Amoxicilina	--	--	28.72	5.41	8.07
Salbutamol	4.89	2.64	5.21	1.13	3.99
Losartan	2.94	--	2.46	--	--

Cuadro No. 21
Precio comparado de seis medicamentos genéricos en países seleccionados

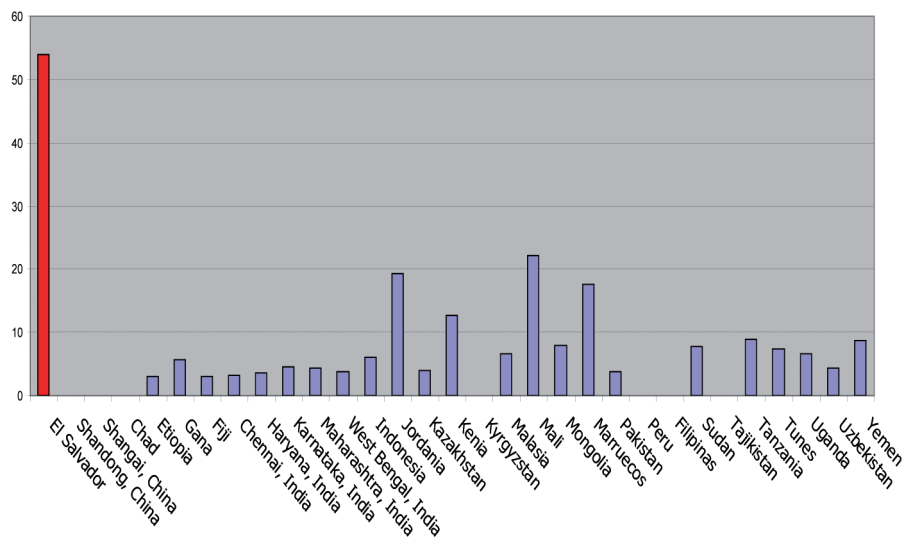
Medicamento	El Salvador	Yemen	Perú	India	Filipinas
Fluconazol	66.77	7.96	3.68	7.08	--
Hidroclorotiacida	166.68	1.95	31.32	-- (*)	52.12
Captopril	28.89	3.48	3.32	4.58	10.04
Amoxicilina	27.78	2.27	6.15	5.97	5.59
Salbutamol	4.23	1.05	2.23	1.11	3.02
Losartan	1.56	0.42	0.58	0.54	0.17

(*) El estudio considerado (Maharashtra 2005) no exploró el precio de hidroclorotiazida, pero otros estudios en diferentes regiones de India muestran un IMP entre 6.1 y 10.4.

Gráfica No. 22
Precio comparado del Tegretol 200 mg en 31 estudios equivalentes



Gráfica No. 23
Precio comparado de glibenclamida genérica 5 mg en 31 estudios equivalentes



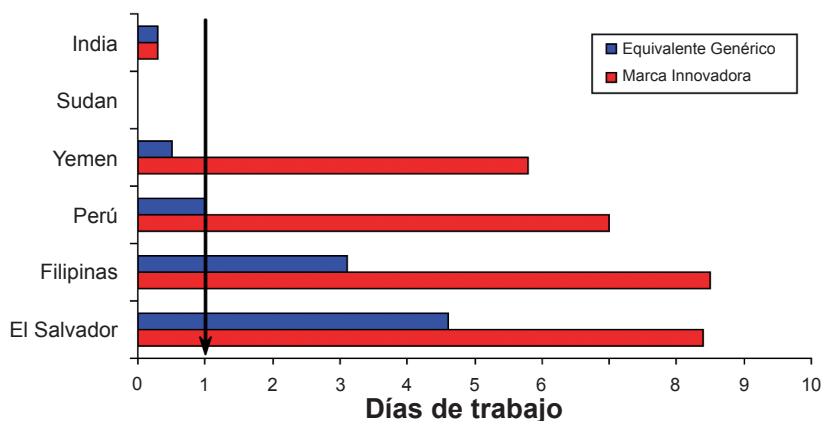
5.6.2. Capacidad de Pago

El tener capacidad de pago (medida esta como el número de días de trabajo requeridos para pagar el precio de un tratamiento por un trabajador urbano no calificado con salario mínimo) es un requisito indispensable para lograr el acceso a los medicamentos esenciales. En este apartado se comparó la capacidad de pago de diferentes países para un grupo de condiciones médicas para los cuales se requiere el uso de medicamentos esenciales. La OMS ha determinado que una capacidad de pago igual o mayor a un día de trabajo es un factor de inaccesibilidad.

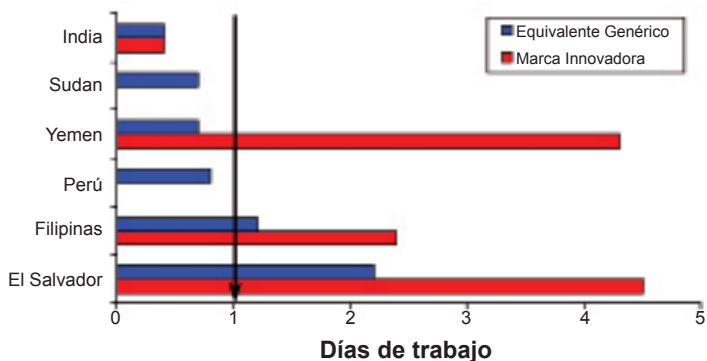
Cuadro No. 22
Capacidad de pago en días de trabajo para dos condiciones médicas (úlceras pépticas y diabetes mellitus) en cinco países seleccionados

País	Ranitidina 150 mg x 2 x 30 días		Glibenclamida 5 mg x 2 x 30 días	
	Marca Innovadora	Equivalentes Genéricos	Marca Innovadora	Equivalentes Genéricos
El Salvador	8.4	4.6	4.5	2.2
Yemen	5.8	0.5	4.3	0.7
Perú	7.0	1.0	--	0.8
India	0.3	0.3	0.4	0.4
Filipinas	8.5	3.1	2.4	1.2

Gráfica No. 24
Capacidad de pago en días de trabajo para un tratamiento con ranitidina 150 mg dos veces al día por 30 días



Gráfica No. 25
Capacidad de pago en días de trabajo para un tratamiento con glibenclamida 5 mg dos veces al día por 30 días

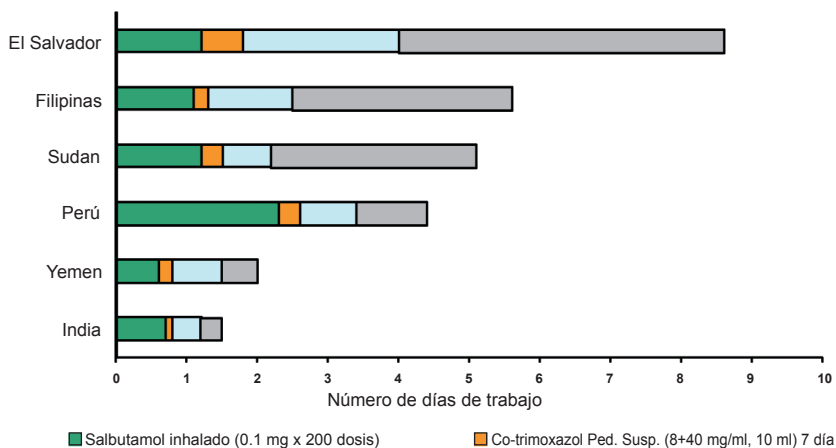


El cuadro No. 22 y las gráficas No. 24 y 25, muestran los días de trabajo que un empleado urbano no calificado con salario mínimo en El Salvador requiere para costear el tratamiento de dos enfermedades en comparación con otros cinco países seleccionados, tanto con medicamentos de marca innovadora como con sus equivalentes genéricos.

Los datos muestran una menor capacidad de pago en nuestro país para adquirir cualquiera de los medicamentos, a excepción de la versión innovadora de la ranitidina en Filipinas, que resultó ligeramente más elevada. Aunque en las gráficas y en la tabla que se presentan solo se consideran dos enfermedades, el comportamiento es igual para todos los otros medicamentos que se emplean para el tratamiento de las doce enfermedades seleccionadas en el estudio realizado en El Salvador. También es posible apreciar que a diferencia de otros países, en El Salvador se requiere más de un día de trabajo para costear los medicamentos necesarios para el tratamiento de úlcera péptica y diabetes mellitus pautado por la OMS, lo cual evidencia un alto grado de inaccesibilidad.

La gráfica No. 26 refleja el impacto en la economía familiar al tener que costear el tratamiento para cuatro enfermedades presentadas simultáneamente en comparación con los mismos países considerados anteriormente.

Gráfica No. 26
Capacidad de pago en días de trabajo para el tratamiento de cuatro enfermedades en una familia con un ingreso de un salario mínimo urbano



6. Discusión

6.1. Disponibilidad

El estudio determinó la disponibilidad de cada uno de 43 medicamentos estudiados, es decir, el porcentaje de establecimientos que disponían de cada uno de dichos medicamentos, así como la disponibilidad mediana (punto medio) tanto de medicamentos de marca innovadora como de sus equivalentes genéricos.

Para una mejor comprensión de la disponibilidad se utilizó la siguiente clasificación:

- **Baja** si el medicamento se encontraba en menos del 50% de los establecimientos,
- **Regular** si la disponibilidad se encontraba entre el 50 y 75% de los establecimientos, y
- **Buena** si se encontraba en más del 75% de los establecimientos.

En el sector público, la disponibilidad mediana de genéricos encontrada fue regular (67.3%) y nula para los de marca innovadora (0.0%). Esto también se evidencia en la gráfica No. 2, donde podemos apreciar que el 74.4% de los medicamentos genéricos tuvieron una disponibilidad de regular a buena,

mientras el 93% de los medicamentos de marca innovadora tuvieron una baja disponibilidad. A pesar de no haber una política expresa de incentivar la compra de medicamentos genéricos, la diferencia encontrada en disponibilidad entre medicamentos genéricos y de marca innovadora refleja en la práctica una mayor tendencia del sector público a priorizar la compra de genéricos, derivada probablemente del presupuesto reducido asignado a medicamentos en contraste con la elevada necesidad por los mismos.

Al desagregar los datos correspondientes al Ministerio de Salud Pública y al Seguro Social, encontramos una disponibilidad considerablemente mayor en el ISSS. Esto es consecuencia de la inversión realizada por cada institución en la compra de medicamentos, que en 2006 fue mucho mayor para el ISSS (\$58 millones para 17% de la población), que para el MSPAS (\$34 millones para el 80% de la población).¹⁴

En el caso del Ministerio de Salud, la disponibilidad mediana encontrada fue regular (57.7%), solo 19 medicamentos (44.2%) tuvieron buena disponibilidad, 5 (11.6%) una disponibilidad regular y 19 medicamentos (44.2%) obtuvieron una disponibilidad mala (46.5%); mientras que la disponibilidad mediana en el Instituto del Seguro Social encontrada fue buena (80.8%), 25 medicamentos (58.1%) con buena disponibilidad, 8 medicamentos (18.6%) con disponibilidad regular y 10 medicamentos (23.3%) tuvieron disponibilidad mala.

Al desagregar la disponibilidad por niveles de atención, encontramos en el ISSS una disponibilidad uniforme en todos los niveles de su red de servicios. En el caso del MSPAS, constatamos una distribución inequitativa entre el primer nivel y los niveles superiores si incluimos los medicamentos antirretrovirales en todos los niveles. Sin embargo, al excluir estos últimos, la disponibilidad se uniformizó en los diferentes niveles de atención.

De acuerdo a la información obtenida, en el MSPAS la participación del primer nivel en el seguimiento a los pacientes con VIH está limitada al diagnóstico y referencia de dichos pacientes. El monitoreo clínico y la terapia antiretroviral está limitada a los establecimientos de segundo y tercer nivel en un programa especial de atención integral a cargo de equipos multidisciplinarios. Esta es la razón de las diferencias de disponibilidad encontradas entre los diferentes niveles de atención. La disponibilidad encontrada para los tres antiretrovirales considerados en la muestra de medicamentos en los establecimientos de segundo y tercer nivel considerados fue del 50%. El ISSS tiene un programa de terapia antiretroviral homólogo al del MSPAS.

En relación con este tipo de programas, en países como los africanos con una alta incidencia de VIH/SIDA, la distribución de medicamentos

14 Cuentas nacionales en salud 2000, pág. 15.

antiretrovirales se realiza en todos los niveles de atención, lo que obviamente aumenta el acceso de la población afectada a dichos medicamentos.

Cuando se desagregó por zonas geográficas la disponibilidad de medicamentos, el ISSS mantuvo una disponibilidad uniforme en las diferentes regiones, mientras que en el MSPAS se encontró una desigual distribución regional de la disponibilidad, siendo mayor en la región metropolitana en comparación con las demás regiones del país. Esto podría deberse a una mayor cobertura en la región metropolitana respecto a las otras regiones del país o a que los mecanismos de adquisición y distribución sean excesivamente centralizados, lo que podría generar retrasos para la llegada de los medicamentos al nivel local.

En nuestro estudio, la disponibilidad mediana de los medicamentos de marca innovadora en el sector privado lucrativo se encontró muy baja (23.1%), incluso 11 medicamentos (25.6% de los 43) no se encontraron en su versión innovadora y en general la disponibilidad de estos medicamentos es mala pues solo tres medicamentos (7% de los 43 medicamentos) tuvieron buena disponibilidad. Por otra parte, la disponibilidad mediana de genéricos encontrada fue regular (69.2%), aunque 13 medicamentos (30.2%) tuvieron mala disponibilidad y tres de ellos no se encontraron en el mercado ni en su forma original ni en su equivalente genérico (antiretrovirales), lo cual también es atribuible al programa especial para la terapia antiretroviral del MSPAS.

En el sector privado sin ánimo de lucro (ONG's) que distribuye únicamente medicamentos genéricos, la disponibilidad mediana de los medicamentos estudiados fue aun más baja (20.0%), debido a que estas instituciones tienen un cuadro básico bastante limitado pues solo prescriben medicamentos del primer nivel que no requieren receta médica, como los analgésicos, vitaminas, anticonceptivos, suero oral, etc.

6.2. Precio de venta de los medicamentos

El análisis de los resultados tiene como base la comparación de los precios encontrados en el estudio con los precios internacionales de referencia publicados por MSH en 2005 para medicamentos genéricos. La OMS ha establecido como aceptable en el caso de los medicamentos genéricos, un precio al público inferior a 2.5 veces el precio internacional de referencia. En el caso de los medicamentos de marca innovadora no hay una norma aceptada por la OMS pero algunos estudios similares a este, han considerado como límite aceptable un precio al público inferior a 5.0 veces el precio internacional de referencia; el mayor margen en este caso se atribuye a la prima de marca (*brand premium*), que es el margen que los laboratorios farmacéuticos fabricantes de

estos medicamentos agregan justificándolo por los costos derivados de la investigación de innovaciones farmacéuticas.

En el caso del sector público no es posible hacer análisis relacionados con el precio al usuario, porque como se cita en diferentes apartados, este sector no comercializa los medicamentos. Es importante mencionar que un componente importante de las cuotas de recuperación de costos (cuotas voluntarias o cobros por servicios en los diferentes niveles de atención de la red de servicios del MSPAS) es utilizado para compra de medicamentos que no están eventualmente disponibles en estos establecimientos, pero no es posible determinar la dimensión de este componente y por tanto tampoco es posible identificar como se refleja en el gasto de bolsillo del usuario en el sector público.

En el sector privado con fines de lucro los precios encontrados de todos los medicamentos de marca innovadora considerados en el estudio (a excepción de dos medicamentos, losartan y salbutamol) superan ampliamente el máximo aceptable por encima del PIR, que es 5 veces este precio. La mitad de los medicamentos de la muestra tuvieron precios por encima de 50 veces el PIR y un 25% de la muestra tuvo un precio de más de 100 veces el PIR. El medicamento innovador más caro (fluconazol) tenía un IMP de 201 veces el PIR pero se encontró precios máximos al público de hasta 237 veces superior al PIR (precio de venta al público de \$30.19 cada tableta de 200 mg contra un PIR de \$0.13 por tableta de 200 mg).

En el caso de los genéricos también se encontró que a excepción de dos medicamentos (losartan y sales de rehidratación oral), todos los medicamentos de la muestra tienen precios superiores al máximo aceptable de 2.5 veces el PIR. La mitad de los medicamentos de la muestra (mediana de los IMP) se encontraron con precios por encima de 28 veces el PIR y un 25% con precios superiores a 53 veces el PIR. El medicamento genérico con mediana de IMP más alto fue la hidroclorotiazida con un valor de 167 veces el PIR y precios máximo de venta al público de hasta 480 veces el PIR (precio de venta al público de \$120 por 100 tabletas de 25 mg, contra un PIR de \$0.25 por 100 tabletas de 25 mg.). No obstante que la hidroclorotiazida tuvo la mediana de IMP más elevada, se encontraron medicamentos con precios máximos de venta al público de hasta 618 veces el PIR, como el caso de la prednisolona (precio de venta al público de \$370.60 por 100 tabletas de 5 mg, vrs. un PIR de \$0.60 por 100 tabletas de 5 mg.)

En la mayor parte de los países que cuentan con un mercado de genéricos, lo que habitualmente sucede cuando se vence la patente de un medicamento de marca innovadora, es que el precio de dicho se reduce desde un 20 hasta un 80%, dependiendo del número de competidores que entran al mercado, sean estos nacionales o extranjeros.

Esto no está sucediendo en El Salvador, ya que los medicamentos

de marca innovadora continúan vendiéndose a precios elevados aunque la patente ya haya vencido e independientemente del número de genéricos que comercializan el principio activo de cualquier medicamento de marca innovadora. Esto constituye una deformación del mercado, pues equivale a reconocer que los comercializadores de medicamentos genéricos estén agregando al costo del medicamento una "prima de marca" cuando dichos comercializadores no han incurrido en ningún gasto de investigación.

El alto precio de los medicamentos genéricos y su poca influencia para reducir los precios de los medicamentos de marca innovadora sólo es explicable si:

1. Existe un pacto no escrito entre los importadores de medicamentos de marca innovadora y los comercializadores de medicamentos genéricos, para mantener altos niveles de ganancias en ambos tipos de medicamentos.
2. Existe un abuso deliberado a los consumidores por parte de los comercializadores de genéricos, tolerado por un Estado que sublima el libre mercado y lo privilegia sobre el derecho a la vida y la salud de la población.
3. El abuso a que se hace referencia en el literal anterior persiste por desconocimiento del Estado de la situación de abuso a los consumidores.

Los resultados de este estudio demuestran que la hipótesis contemplada en el literal c) no debería seguir siendo considerada, de tal modo que el Estado debería proceder a salvaguardar los derechos del consumidor, lo cual podría hacer a través de varios mecanismos.

En el sector privado sin ánimo de lucro se comercializan medicamentos genéricos cuyo precio es considerablemente menor que en el sector lucrativo debido a que el margen de ganancia incorporado es sustancialmente menor al del sector privado con fines de lucro (farmacias), como se puede apreciar en el apartado sobre estructura de precios. Esto se refleja en la mediana de los IMP de 24 medicamentos genéricos encontrados, que reflejó un valor de 15.88 contra 28.33 del sector privado lucrativo. De la misma manera, el estudio reportó un IMP máximo de 80 contra 166 en el sector privado lucrativo y un mínimo de 0.58 contra 1.56 en el sector lucrativo. Estos hallazgos reflejan una diferencia sustancial en el precio final al consumidor entre los sectores lucrativo y no lucrativo.

En el sector privado no lucrativo, aunque los datos obtenidos provienen de un solo establecimiento (las otras ONG's no venden los medicamentos a sus usuarios), y como ya se ha citado, los precios son inferiores, se mantiene una considerable variabilidad del índice de precios, lo cual se aprecia en el amplio intervalo intercuartil entre los medicamentos estudiados en este sector.

6.3. Eficiencia del sistema de compras

Los precios de adquisición de los medicamentos se obtuvieron de los organismos institucionales especializados que para tal efecto funcionan en el MSPAS y el ISSS. En el sector privado con fines de lucro fueron obtenidos de los documentos contables proporcionados por propietarios de: cadena de farmacias privadas, laboratorio farmacéutico nacional y empresa farmacéutica mediana importadora de medicamentos.

Para proceder al análisis de la eficiencia de compras, se recurrió a la mediana del Índice del Precio de Adquisición (IPA), que resulta de dividir el precio unitario de adquisición entre el precio internacional de referencia. De acuerdo a lo establecido por la OMS/HAI, con base en estudios similares a nivel global, el valor máximo aceptable para este índice es de 1.20, por debajo del cual la compra se considera eficiente; por encima de este valor el sistema de adquisiciones se considera ineficiente.

Como puede apreciarse en el cuadro 17, el IPA de medicamentos genéricos en el sector público fue de 1.28, superando ligeramente el valor máximo; mientras que el IPA para tres medicamentos de marca innovadora encontrados en este sector fue de 1.94.

Sin embargo, debido a que las compras en el sector público se realizan de forma separada para el MSPAS y el ISSS, consideramos necesario analizar separadamente la mediana de los IPA de cada una de estas instituciones. Para el caso, la Mediana de los IPA para el MSPAS fue de 1.00, mientras que para el ISSS fue de 1.34. Esto podría interpretarse como que las compras son eficientes en el MSPAS y ligeramente ineficientes en el caso del ISSS. Sin embargo se encontraron IPA para algunos medicamentos de hasta 19.65 y 71.43 en el MSPAS e ISSS respectivamente, lo cual hace necesario un análisis de los medicamentos que son adquiridos con un índice por encima del límite máximo aceptable de 1.20.

A pesar de que el volumen financiero de compras en el ISSS es considerablemente mayor que en el MSPAS, su sistema de adquisición muestra una mayor ineficiencia que el del MSPAS, puesto que el 50% de las compras reportadas por el ISSS son ineficientes en comparación con el 38.5% de las compras reportadas por el MSPAS.

En los últimos años, se ha apreciado una tendencia creciente de países con diversos grados de integración geográfica o económica, a asociarse para presentar un frente de negociación común ante los fabricantes de medicamentos, obteniendo así precios de adquisición más favorables. Por ejemplo los países del Caribe y algunos países africanos y asiáticos.

En el sector privado con fines de lucro, la mediana de los IPA encontrada de una muestra de cinco medicamentos genéricos importados fue de 0.62, lo que demuestra una alta eficiencia en el sistema de adquisiciones en este sector; mientras que en el sector privado sin fines de lucro la mediana de los IPA encontrada fue de 4.4, lo que se explica por el hecho de que el sector privado sin fines de lucro adquiere sus medicamentos en el mercado local comprándolos al sector privado lucrativo. A pesar de ello, el IMP de venta al consumidor en las farmacias privadas, como ya se mencionó en el apartado 5.1, es casi el doble del IMP de venta al consumidor en el sector privado sin fines de lucro.

6.4. Capacidad de pago

El análisis de la capacidad de pago en término de días de trabajo para un trabajador urbano con salario mínimo resulta particularmente importante para evidenciar la necesidad de una política de medicamentos en el país, ya que la población salvadoreña tiene un bajo nivel de empleo estable como se refleja en el hecho de que solo un 17% de la población está cubierta por el ISSS. El resto de la población con trabajo se encuentra en el sector informal o no tiene trabajo lo que los coloca en alto nivel de fragilidad socioeconómica que los puede incluso hacer descender en la escala social cuando alguno de los miembros de su grupo familiar enfrenta una enfermedad que habitualmente requiere un gasto de bolsillo considerable en medicamentos.

Tanto en el MSPAS como en el ISSS los medicamentos teóricamente no se comercializan, expidiéndose gratuitamente a los usuarios del sistema público. Sin embargo, ambas instituciones experimentan periódicamente crisis de disponibilidad (por ejemplo la crisis de disponibilidad del ISSS denunciada en el marco de la campaña ciudadana por el derecho a la salud por la red APSAL y con el apoyo de más de 20 organizaciones sociales que presentaron en junio 2007 una demanda ante la CSJ por desabastecimiento de insulina, antirretrovirales y otros medicamentos en el ISSS)¹⁵ y un presupuesto de inversión relativamente bajo para las necesidades de medicamentos que enfrentan. Ello supone que los usuarios de la red pública de servicios o no reciben los medicamentos indicados o tienen que recurrir al presupuesto familiar para adquirirlos en el sector privado lucrativo.

Esto es particularmente cierto para las enfermedades crónicas como diabetes e hipertensión arterial con una alta incidencia en la población (43,923 casos de hipertensión arterial y 20,083 casos de diabetes para el período de

15 Diario Co Latino. Organizaciones sociales demandan a director del ISSS - Wednesday, June 27, 2007 hora 13:49.

enero a diciembre de 2005¹⁶). Por otra parte, enfermedades relacionadas con estas entidades como enfermedades cerebrovasculares, enfermedades isquémicas del corazón e insuficiencia renal, ocuparon como causa de mortalidad hospitalaria las posiciones 3, 8 y 9 respectivamente en el periodo de enero a diciembre de 2005, según datos del MSPAS¹⁷.

Estas muertes se podrían reducir con un control médico adecuado a la población afectada por dichas enfermedades con un tratamiento efectivo que incluya medicamentos hipoglicemiantes (ej., metformina 500 mg) y antihipertensivos (ej., hidroclorotiacida 25 mg más atenolol 50 mg). Sin embargo, en su versión genérica, dicho tratamiento requiere 7.8 días de trabajo al mes para un empleado urbano con salario mínimo si este debe recurrir a farmacias privadas debido a la baja disponibilidad de estos medicamentos en los establecimientos del sector público. El número de días de trabajo se duplica para los trabajadores no calificados del área rural. En ambos casos (rural y urbano) los costos se duplican nuevamente al recurrir a versiones innovadoras de estos mismos medicamentos.

Por otro lado, a menudo encontramos a más de un miembro del grupo familiar adoleciendo de alguna enfermedad crónica y enfermedades como el asma bronquial en niños suelen complicarse con infecciones respiratorias agudas, lo cual deteriora aun más la capacidad de pagar por un tratamiento médico. Por ejemplo, si consideramos una familia con una persona adulta diabética con reflujo gastroesofágico o gastritis y un menor asmático con una infección respiratoria aguda que requiere la adquisición de varios medicamentos al mismo tiempo (glibenclamida 5 mg, ranitidina 150 mg, salbutamol inh y cotrimoxazol pediátrico), esta familia, si es de extracción urbana, requeriría 8.6 días de trabajo para adquirir los medicamentos en su versión genérica y de 16 días para la versión innovadora. Si la familia es de extracción rural, los costos del tratamiento se elevan a 18.2 días de trabajo si se utilizan medicamentos genéricos y 34.2 días de trabajo si se utilizan medicamentos de marca innovadora.

Para tener una idea más realista del impacto de la enfermedad en la economía de los hogares, debe tenerse presente que los costos analizados en este estudio se refieren únicamente a la compra de los medicamentos. A ello habría que agregar en el caso del sector público, los cobros que se implementan en el sistema de recuperación de costos (por ejemplo, "cuotas voluntarias" y remisión al sector privado para realización de exámenes de laboratorio y gabinete no disponibles en el sector público). En el sector privado estos costos son aun más onerosos y deterioran aun más la capacidad de pago.

16 Memoria de labores MSPAS, 2005-2006

17 Memoria de labores del MSPAS, 2005 – 2006.

Existe una creciente polémica por las inequidades generadas al interior de los sistemas nacionales de salud, debido a programas especiales para garantizar la entrega de medicamentos a pacientes afectados por enfermedades específicas, lo cual casi siempre ocurre con altos costos que deterioran la capacidad de los sistemas para atender otras enfermedades. Un ejemplo de esto en El Salvador lo constituyen los programas de atención integral a pacientes con VIH/SIDA implementados por el MSPAS y el ISSS. El reporte epidemiológico del MSPAS consolidado para el 2005 reportó 1,194 casos de VIH y 430 de SIDA, lo cual contrasta en el mismo reporte con los 20,083 casos de diabetes mellitus.

6.5. Estructura del precio

Los datos obtenidos de importadores locales de medicamentos permitieron analizar el precio de adquisición o Precio Unitario del Fabricante (PUF) de cinco medicamentos genéricos importados. Por otra parte, también se determinaron los precios finales al consumidor y por tanto el Precio Unitario Mediano del Sector (PUMS), lo cual a su vez permitió determinar el Margen Acumulado para estos cinco medicamentos, que expresa el incremento en porcentaje sobre el precio de adquisición.

Los márgenes calculados son congruentes con los IPA reportados que fueron eficientes para todos los medicamentos, excepto para el fluconazol que fue adquirido a un precio muy alto, lo que explica porqué su margen acumulado es mucho menor al de los demás medicamentos a pesar de su elevado precio en el mercado. El margen acumulado varía desde 74% para el fluconazol hasta casi 5,000% para la ciprofloxacina, no obstante que el margen máximo aceptable propuesto por OMS/HAI es de 150%.

En resumen, los márgenes acumulados de los cinco medicamentos estudiados, con excepción del fluconazol, son exageradamente elevados en comparación con el precio de adquisición que es una fracción mínima del precio final al consumidor. Este hallazgo constituye un indicador de la gravedad del problema generado por los elevados precios de los medicamentos en el mercado y pone en evidencia que el origen de estos altos precios en el país, al menos en el caso de los medicamentos genéricos, no se encuentra en los precios de adquisición elevados sino en los márgenes incontrolados que se agregan a lo largo de la cadena de distribución. Esto refleja la necesidad de una Política Nacional de Medicamentos que se oriente, entre otros objetivos, a evitar el lucro excesivo a costa de la salud de la población y reduzca las graves consecuencias que los elevados precios de medicamentos tienen, tanto en el gasto nacional en salud como en la economía de los hogares, especialmente de

los hogares pobres.

El margen acumulado al precio de adquisición se desagregó en los siguientes componentes:

- | | |
|---|----|
| 1. Precio de venta del fabricante (FOB) | |
| 2. Impuesto aduanal (DAI) | |
| 3. Seguro y flete | 1. |
| 4. Otros costos aduanales: almacenamiento, fumigación, embarque, agente aduanal, etc. | 2. |
| 5. Visado de CSSP. | 3. |
| 6. Margen del importador/distribuidor mayorista | 4. |
| 7. Margen del vendedor al detalle (farmacias privadas) | 5. |
| 8. Impuesto al valor agregado (IVA) | 6. |
| | 7. |
| | 8. |

El precio del medicamento colocado en el país (precio CIF), constituye una fracción muy pequeña del precio final al consumidor en los medicamentos genéricos. En el caso de los medicamentos de marca innovadora, ante la imposibilidad de obtener el precio del fabricante, se tomó como referencia el costo del genérico más barato. De manera que en el presente estudio se reporta en un solo componente el margen del importador y el margen agregado por el fabricante conocido como "prima de marca".

Además los componentes que más contribuyen a elevar el margen acumulado son el margen correspondiente a las droguerías y/o distribuidores mayoristas y el margen correspondiente a las farmacias privadas. Tanto en los medicamentos genéricos como en los de marca innovadora, ambos componentes constituyen más del 80% del margen acumulado total, observándose que en el caso de los genéricos el mayor margen agregado corresponde a las farmacias (59%), mientras que en los de marca innovadora el mayor margen agregado corresponde a las droguerías (65%). Debe recordarse que el precio final al consumidor considerado en el análisis ya incluye los "descuentos" que habitualmente ofrecen las farmacias a sus clientes y que normalmente es del orden del 15% cuando se compra en efectivo y del 10% cuando se utiliza tarjeta de crédito o débito.

En el caso del elevado margen que agregan las farmacias a los medicamentos genéricos se infiere que lo que los vendedores al detalle están haciendo para multiplicar sus ganancias, es vendiendo los medicamentos genéricos a un precio ligeramente inferior al precio de los medicamentos de marca innovadora; lo cual es permitido o estimulado por la total falta de control de los márgenes de ganancia y por la ausencia de políticas que protejan al consumidor de los abusos por parte de los comercializadores de medicamentos.

Tanto en los medicamentos genéricos como en los de marca innovadora, el margen agregado por el Impuesto al Valor Agregado (IVA) es considerable (13%) y su naturaleza regresiva genera un mayor impacto en la economía de los hogares a medida que estos descienden en la escala social. Es importante hacer notar que como este impuesto se agrega al final, el valor absoluto resultante del mismo es considerablemente mayor a medida que aumentan los márgenes agregados por los otros componentes.

Igualmente es posible apreciar que el porcentaje del margen acumulado correspondiente al visado del CSSP es sumamente bajo por lo que es justificable un incremento razonable siempre y cuando se reduzcan los otros componentes y se utilicen los fondos resultantes para fortalecer los instrumentos deficitarios en el Consejo tales como el control de calidad y monitoreo de precios por falta de recursos adecuados.

Por otra parte mientras más tempranamente se incide en el costo del medicamento más impacto tiene esto en el precio final al consumidor, por ejemplo si se reduce el precio de adquisición, esto reduce en cascada el resto de componentes que constituyen el margen acumulado, incluyendo el IVA.

Igualmente debemos hacer notar que la elevada competencia en el mercado de medicamentos genéricos no ha contribuido a reducir el precio de venta al consumidor encontrado en nuestro estudio, como se esperaría de un menor margen agregado por los distribuidores y vendedores al detalle, resultante de esta competencia. Esto reafirma lo considerado por otros autores de lo imperfecto del mercado de medicamentos, que habitualmente no obedece a las leyes de la oferta y la demanda, por lo que se requiere de mecanismos adicionales de control, que como ya se ha dicho, eviten el abuso a los consumidores.

6.6. Comparaciones internacionales

Se encontraron 30 estudios equivalentes al realizado en El Salvador desde 2003 hasta la fecha, en los cuales comparamos el IMP para cada uno de 24 medicamentos del listado básico sugerido por la OMS, corrigiéndose los IMP de años anteriores a nuestro estudio para poder compararlos con los precios de referencia de la base de datos MSH2005 utilizada en los estudios de 2006.

En todos los países se encontraron medicamentos con IMP superiores a lo recomendado por la OMS, pero en pocos casos supera 20 veces el precio de referencia para el caso de los de marca innovadora y 10 veces el precio de referencia en los genéricos equivalentes. Esto contrasta con los datos encontrados en El Salvador, donde el precio mediano para los medicamentos de marca innovadora fue de 52.2 veces superior al precio de referencia

internacional y 28.3 veces para sus equivalentes genéricos. Es importante hacer notar que en los países que mostraron precios más altos que El Salvador en algunos medicamentos tanto de marca innovadora como genéricos, la diferencia de precios fue muy pequeña.

Lo anterior pone en evidencia que en general, El Salvador posee los precios más altos tanto en medicamentos de marca innovadora como en sus equivalentes genéricos con muy contadas excepciones.

En los estudios citados la relación entre las medianas de precios de los medicamentos de marca innovadores y sus equivalentes genéricos fue de 3:1 o superior. El hecho de que en El Salvador esta relación entre la mediana del precio de los medicamentos de marca innovadora y sus equivalentes genéricos sea menor de 2:1, pone también en evidencia que el mercado de medicamentos genéricos no está contribuyendo a reducir los precios de los medicamentos ni aumentado su accesibilidad a la población, sino que es un factor adicional generador de ganancias para los comercializadores locales de medicamentos genéricos.

El análisis de la capacidad de pago se basó en la comparación con cinco países, del costo en días de trabajo para que una familia (donde solo un miembro posee ingresos y estos corresponden al salario mínimo de un trabajador urbano) adquiera medicamentos genéricos en farmacias privadas. Como puede apreciarse en el cuadro No. 22 y las gráficas No. 24 y 25, un trabajador urbano no calificado con salario mínimo en El Salvador requiere mucho más tiempo de trabajo para costear el tratamiento de estas dos enfermedades que sus homólogos en los otros cinco países seleccionados, tanto con medicamentos de marca innovadora como con sus equivalentes genéricos. Una excepción fue la versión innovadora de la ranitidina en Filipinas que resultó ligeramente más elevada.

Aunque en las gráficas y en la tabla que se presentan solo se consideran dos enfermedades, el comportamiento es igual para todos los otros medicamentos que se emplean para el tratamiento según las pautas de la OMS, de las doce enfermedades seleccionadas en el estudio realizado en El Salvador. También es posible apreciar que a diferencia de otros países, en El Salvador se requiere más de un día de trabajo para costear los medicamentos necesarios para el tratamiento de úlcera péptica y diabetes mellitus pautado por la OMS, lo cual evidencia un alto grado de inaccesibilidad.

Esta situación se agrava aun más debido a que las enfermedades usualmente no afectan a una sola persona en una familia. Si comparamos la capacidad de pago de una familia donde un pariente es diabético (tratamiento con glibenclamida), otro padece úlcera péptica (tratamiento con ranitidina) y su hijo asmático requiere tratamiento por una infección respiratoria (salbutamol

inhalado más co-trimoxazole), tendremos una situación más cercana a la realidad. El análisis se basa en la comparación, con los mismos cinco países, del costo en días de trabajo para adquirir medicamentos genéricos en farmacias privadas, en una familia donde solo un miembro posee ingresos y estos corresponden al salario mínimo de un trabajador urbano del sector comercio y servicios.

La dificultad para obtener los precios de los fabricantes ha impedido poder hacer una comparación precisa entre cada uno de los componentes del precio encontrados en los países considerados. Por ejemplo algunos de ellos han determinado el precio CIF de manera retroactiva partiendo del precio de venta al consumidor restando los otros componentes del precio. Sin embargo, a pesar de las imprecisiones que estos cálculos pudieran tener, en general podemos afirmar que en ninguno de los estudios se encontraron márgenes de costo y ganancia tan elevados como los encontrados en el presente estudio para los componentes del precio correspondientes a los distribuidores o mayoristas y a los vendedores al detalle.

Los elevados precios de los medicamentos encontrados en El Salvador en comparación con otros países, se correlacionan con los elevados márgenes que se agregan por parte de los importadores, distribuidores y vendedores al detalle, evidenciando la necesidad de establecer mecanismos que eviten la inflación artificial del costo de los medicamentos disminuyendo su accesibilidad en toda la población e impactando sobre todo en la salud y la economía familiar de los segmentos poblacionales con mayor grado de fragilidad social.

El carácter regresivo del impuesto al valor agregado (IVA) tiene un mayor impacto a medida que el precio se infla con cada margen agregado, puesto que es un porcentaje fijo del precio final al consumidor y constituye por sí mismo un componente importante de dicho precio.

Para proteger a sus ciudadanos de los abusos en la comercialización de los medicamentos, algunos países como Estados Unidos obligan a los fabricantes a publicar los precios promedio de venta de los medicamentos que producen, lo que a su vez impide que los distribuidores y los vendedores al detalle incrementen sus márgenes desmesuradamente. Otros países como Colombia limitan los márgenes que los diferentes intermediarios pueden agregar al precio y otros como Venezuela establecen precios máximos de venta al consumidor.

7. Conclusiones

- En El Salvador, los precios de los medicamentos reportados por nuestro estudio, tanto en su versión genérica como innovadora tienen una amplia

variabilidad, pero en términos generales son sumamente elevados (en comparación con los precios internacionales de referencia publicados por *Management Science for Health* 2005), con valores que oscilan entre 5 y 600 veces dicho precio, estimándose que no deberían exceder 2.5 veces el precio de referencia para los genéricos y 5 veces para los de marca innovadora.

- El precio de los medicamentos genéricos se mantiene por encima del 50% del precio del medicamento innovador, lo cual indica que el mercado de medicamentos genéricos:
 - No ha contribuido a reducir el precio de los medicamentos de marca innovadora;
 - No está generando un mayor acceso a medicamentos esenciales para la población.

Los altos precios de los medicamentos genéricos no se deben a precios de adquisición elevados sino a márgenes incontrolados agregados a lo largo de la cadena de distribución, evidenciando la necesidad de evitar el lucro excesivo a costa de la salud de la población y reducir las graves consecuencias que los elevados precios de medicamentos tienen, tanto en el gasto nacional en salud como en la economía de los hogares, especialmente de los hogares pobres.

- Aunque en el sector público los medicamentos no se comercializan, la disponibilidad en el MSPAS fue buena solamente para el 46% de los medicamentos estudiados y en el ISSS solo para el 55% de los mismos, lo cual obliga a los usuarios en muchos casos a adquirirlos en el sector privado o a prescindir de éstos.
- De los medicamentos cuyos precios fueron reportados en el sector público, el 58% en el ISSS y el 38.5% en el MSPAS fueron adquiridos de forma ineficiente, a pesar de que el ISSS invierte casi el doble de recursos financieros en la compra de medicamentos.
- Aunque en el sector privado se tuvo dificultades para obtener los precios de compra al fabricante, se encontró una alta eficiencia en el proceso de adquisición de medicamentos genéricos, lo que sugiere que el precio de origen o de fábrica no es un factor determinante en el elevado precio encontrado en el mercado de los medicamentos genéricos. En el caso de los medicamentos de marca innovadora no fue posible obtener los precios de venta del fabricante a los distribuidores locales.

- La OMS ha establecido como límite máximo el equivalente a un día de trabajo para adquirir los medicamentos necesarios para tratar una enfermedad. Según el estudio en El Salvador se requiere en promedio 4.2 días de trabajo para que un trabajador público no calificado con salario mínimo adquiera medicamentos de marca innovadora y 2.4 días para medicamentos genéricos a fin de tratar el 90% de las enfermedades sugeridas por la OMS para medir la capacidad de pago, lo cual refleja el impacto del alto precio de los medicamentos en la economía familiar y la urgencia de una acción estatal en su regulación, sobre todo tomando en consideración el alto número de personas en situación de desempleo o subempleo que no gozan de un salario mínimo estable.
- Siendo el sistema de adquisición aceptablemente eficiente, el elevado precio final de los medicamentos al consumidor está en relación directa con el margen acumulado agregado al precio de adquisición que varía entre el 74 y el 5,000% (mediana de 3,200%), distribuidos en forma variable a lo largo de la cadena de comercialización.
- El precio del fabricante de los medicamentos genéricos importados no es un factor relevante en el precio final al consumidor, ya que además de que dicho precio es aceptable de acuerdo a los precios internacionales de referencia, el mecanismo de adquisición por los importadores locales es eficiente. En el caso de los medicamentos de marca innovadora importados no fue posible obtener datos sobre el precio del fabricante.
- El factor más importante en el precio final al consumidor lo constituye el amplio margen aplicado tanto por importadores y/o distribuidores como por las farmacias privadas. En el caso de los genéricos el margen agregado por las farmacias privadas constituye en promedio, el 60% y el del importador el 25% del precio final al consumidor. En el caso de los de marca innovadora esta situación se invierte correspondiendo en promedio al margen agregado por las farmacias privadas el 19% y al del importador el 65% del precio final al consumidor; aunque debido a que no dispusimos de la información del precio del fabricante de medicamentos de marca innovadora, no es posible establecer cuánto de este último porcentaje corresponde al representante local y cuánto a la “prima de marca”.
- Los costos e impuestos aduanales son sumamente bajos (0.1% del precio final al consumidor) especialmente cuando los medicamentos proceden de

países con tratados de libre comercio que no pagan dichos impuestos.

- El visado para el registro de medicamentos en el CSSP es insignificante y no tiene relación con el tipo de medicamento, procedencia o volumen de compra. Esto limita considerablemente los ingresos a esta entidad u otras instituciones públicas (Defensoría del Consumidor, Laboratorio Central del MSPAS) que podrían emplear estos fondos en el control de calidad de los medicamentos y en una vigilancia más estrecha para prevenir abusos en la cadena de comercialización.
- El Impuesto al Valor Agregado, al ser un componente fijo del precio final al consumidor lo incrementa sensiblemente (13%), impactando directamente en la economía de los hogares.
- La comparación de los datos del estudio con los de otros estudios equivalentes en 30 países, evidencia que El Salvador tiene los precios más altos del mundo tanto para los precios de medicamentos de marca innovadora como para los medicamentos genéricos especialmente para estos últimos, lo que evidencia que la comercialización nacional de los medicamentos genéricos no está contribuyendo a reducir los precios ni a propiciar el acceso a los mismos, sino mas bien a ampararse en los altos precios de los medicamentos de marca innovadora para elevar sus márgenes de utilidad.
- La misma conclusión es válida para la capacidad de pago que también fue la más baja de todos los estudios que incluyó la comparación.
- Existe una política por parte de las compañías farmacéuticas internacionales para no divulgar los datos de sus costos, “prima de marca” y precios de venta a los representantes locales, quienes también refuerzan esta política en el país, por lo que no es posible precisar como se distribuye el margen agregado entre estos actores a lo largo de la cadena de comercialización, ni tampoco realizar las comparaciones internacionales.

8. Recomendaciones

- Realizar acciones desde el Estado tendientes a eliminar los abusos al consumidor derivadas de los altos precios de los medicamentos, tales como:

- Regular el precio de los medicamentos de modo que las ganancias de los comercializadores de estos se mantengan en límites razonables, especialmente con los medicamentos genéricos.
 - Incrementar el presupuesto asignado a medicamentos en el sector público para aumentar la disponibilidad de medicamentos esenciales en los establecimientos de salud de todos los niveles de atención.
 - Paralelamente a las medidas anteriores, poner en práctica un programa de estímulos al uso de los medicamentos genéricos y un programa efectivo de control de calidad de los mismos a cargo de una institución autónoma de respeto y credibilidad.
- Profundizar en las causas de la baja disponibilidad de medicamentos en el sector público realizando estudios sobre niveles de inversión *per cápita* en medicamentos y eficiencia de los mecanismos de distribución, cruzándolos con información relacionada con el número de casos atendidos, prescripciones a los mismos y porcentaje de pacientes que recibió tratamiento completo.
 - Incrementar la eficiencia de los sistemas de adquisición de medicamentos en el sector público:
 - Unificando los criterios de selección y distribución de medicamentos esenciales en las redes de servicios.
 - Compartiendo buenas prácticas en los procesos de licitación, adjudicación y capacidad de negociación
 - Unificar las compras a diferentes niveles (sector público, países centroamericanos, etc.)
 - Recomendar a los organismos de defensa del consumidor gubernamentales y no gubernamentales:
 - Presionar por una mayor transparencia en la información sobre los precios de adquisición o importación.
 - Estudiar y recomendar mecanismos de regulación para los diferentes componentes de los márgenes agregados en cada uno de los eslabones de la cadena de comercialización.
 - Monitoreo y difusión permanente de los precios de venta al detalle de medicamentos esenciales tanto genéricos como de marca innovadora.
 - Unificar esfuerzos con el Observatorio de Políticas Públicas y Salud de la UES para realizar periódicamente estudios sobre disponibilidad y precio de medicamentos con la metodología utilizada en este estudio como una forma efectiva de monitoreo y del impacto que puedan tener las políticas públicas que se formulen para mejorar la disponibilidad y el precio.

- Eliminar el IVA a los medicamentos.
- Revisar el visado del registro de los medicamentos para que el Estado pueda hacer un programa real de monitoreo de la calidad que incluya inspección de Buenas Prácticas de Manufactura, análisis de control de calidad y vigilancia de cada uno de los eslabones de la cadena de comercialización.
- Las recomendaciones anteriores debería ser incluidas en una Política Nacional de Medicamentos que además debería incluir elementos derivados de otros estudios orientados a lograr un acceso equitativo, mayor calidad y uso racional de medicamentos y que debería incluir al menos los siguientes componentes:
 - Selección de medicamentos esenciales basada en guías clínicas de seguridad y costo-beneficio.
 - Asequibilidad de los medicamentos.
 - Financiamiento adecuado en el sector público
 - Sistema de suministro eficientes
 - Regulación y aseguramiento de la calidad
 - Uso racional
 - Investigación
 - Formación de recursos humanos que intervienen en la cadena
 - Monitoreo y evaluación permanente de los precios y de la calidad de los medicamentos.
 - Seguimiento al impacto de los tratados de libre comercio y los acuerdos de propiedad intelectual de la OMC sobre el precio de los medicamentos.

9. Referencias bibliográficas

1. Acceso a ARV: Detalles prácticos de la reducción de precios para países en vías de desarrollo. MSF. Ginebra. 5.ª ed, diciembre de 2003 [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: <http://mednet2.who.int/tbs/global/s4909s.pdf>
2. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Marzo 2004, Organización Mundial de la Salud. Ginebra. <http://mednet2.who.int/tbs/ndp/s4964s.pdf>
3. Archana Patel, Vijay Thawani, Kunda Gharpure. Medicines pricing, availability and affordability. Report of four regions. Maharashtra, India, 2004. http://www.haiweb.org/medicineprices/surveys/200501IG/survey_report.pdf

4. Capítulos I, II y III, artículos 7 a 17. Código de Salud. El Salvador. Diario Oficial No 86, tomo 299. Mayo 1988. http://www.mspas.gob.sv/pdf/ley_salud8.pdf
5. Cruz, BE, Chávez MM, Rodríguez RP et al. Síntesis del Informe de Desarrollo Humano El Salvador. <http://www.gestiopolis1.com/recursos8/docs/eco/impacto-de-la-macroeconomia-en-el-desarrollo-humano.htm>
6. Distribución Poblacional y establecimientos de salud distribuidos por SIBASI año 2006. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, 2006. http://www.mspas.gob.sv/sibasi_elsalvador2006.asp
7. Drugs for Neglected Diseases Initiative (DNDI). Disponible en: http://www.researchappeal.org/dndi_pdf/new_drugs.pdf
8. Espinoza, E and Vargas F: On the right to health in El Salvador: no to privatization. J. Epidemiol. Community Health 2003 57: 81.
9. Espinoza, E: "Una Propuesta de Salud para la Nación". Mimeo. San Salvador, El Salvador, Marzo 1994
10. Estadísticas Demográficas. Población y Vivienda. Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Ministerio de Economía, El Salvador. <http://www.digestyc.gob.sv/>
11. Estimación del gasto nacional en salud en El Salvador, año 2000. Cuentas Nacionales en Salud. Unidad de Economía de la Salud, Dirección de Planificación, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, San Salvador, El Salvador. Abril 2003.
12. Estudio de oferta y demanda del sector farmacéutico El Salvador. Cámara de Comercio e Industria de El Salvador, Enero 2002. <http://www.intracen.org/sstp/Survey/pharma/estudioSAL.pdf>
13. Formulario modelo de la OMS 2004. OMS. <http://mednet2.who.int/gsdllcollect/whot/eml/wmf/Spanish/index.htm>

14. Fuentes de precios de pruebas diagnósticas y medicamentos seleccionados para personas afectadas por el VIH/SIDA. Proyecto conjunto de UNICEF, el Secretariado de ONUSIDA, la OMS y MSF. OMS. Mayo de 2003. WHO/EDM/PAR/2003.2) [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EDM_PAR_2003.7_spa.pdf (español) o en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/Sources&PricesE.pdf (inglés)
15. Holguín Zamorano, Germán. TLC y Salud: La Verdad. Editorial Misión Salud. 2ª Edición, Marzo 2007, Bogotá, Colombia. <http://www.comunicacionpositiva.org/documentos/tlcsalud.pdf>
16. How to develop and implement a national drug policy. Second edition. World Health Organization. Geneva 2001. <http://www.who.int/medicinedocs/collect/edmweb/pdf/s2283e/s2283e.pdf>
17. Informe de Desarrollo Humano 2006. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. <http://www.undp.org/spanish/publicaciones/informeanual2006/desarrollo-humano.shtml>
18. Ingresos mensuales en concepto de remesas familiares. Banco Central de Reserva de El Salvador. http://www.bcr.gob.sv/estadisticas/Sector_externo/sectorexterno_remesas_familiares.html
19. Lara López, E, Tolentino JA Global Policy Network. Country Reports. El Salvador. Noviembre 2005. <http://www.gpn.org/data/elsalvador/el-salvador-data.pdf>
20. "La Reforma de Salud: Hacia su equidad y eficiencia". Análisis del Sector Salud en El Salvador. Informe Final ANSAL. USAID, BM, BID, OPS. San Salvador, El Salvador, Mayo 1994
21. Manual de Precios de los Medicamentos, una nueva forma de medirlos. Organización Mundial de la Salud/Health Action International, año 2003. Disponible en: http://www.haiweb.org/medicineprices/manual/manuals/MedicinePrices_es.pdf
22. Medicamentos esenciales. Lista Modelo de la OMS (revisada en abril de 2003) [fecha de consulta 17 de mayo de 2004]. OMS. Disponible en: http://www.who.int/medicines/publications/EML14_SP.pdf

23. Memoria de labores 2005-2006, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. San Salvador, El Salvador, Junio 2006. http://www.mspas.gob.sv/memorias_lab.asp
24. Millenium development goals indicators. Official United Nations site for the MDG indicators, Goal 8, target 17. <http://unstats.un.org/unsd/mdg/Host.aspx?Content=Indicators/OfficialList.htm>
25. "Modelo de protección social para El Salvador". Sindicato de Trabajadores del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, STISSS, San Salvador, El Salvador, septiembre de 1999.
26. Moran M, Ford N. The G8 and access to medicines: no more broken promises. *Lancet* 2002; 359: 2188-2194. <http://www.accessmed-msf.org/prod/publications.asp?scntid=14520031538265&contenttype=PARA&>
27. Panadeiros, Mónica: "La organización del sistema de salud en El Salvador: Una propuesta de reforma". Fundación Salvadoreña para el Desarrollo Económico y Social, FUSADES. San Salvador, El Salvador, Noviembre de 1998.
28. Propuesta Ciudadana por la Salud, Colegio Médico de El Salvador. San Salvador, El Salvador, Junio 1999
29. "Propuesta de lineamientos para la Reforma del Sistema de Salud en El Salvador". Comisión Nacional de Salud, CONASA. San Salvador, El Salvador, Febrero 1999.
30. Propuesta de Reforma Integral de Salud. Consejo de Reforma del Sector Salud. San Salvador, El Salvador, diciembre 15 de 2000. http://www.mspas.gob.sv/avance_reforma.asp
31. Propuesta Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud. El Salvador marzo de 2007.
32. Temas clave para el Plan de Nación. Reforma del Sector Salud, págs. 274-275. El Salvador, enero de 1999.

33. Ubicación geográfica de los centros de atención médica del ISSS. Estadísticas 2006, pag. 35. Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Mayo 2007. http://www.issv.gob.sv/estadistica/BOLETIN_2006.pdf
34. Uranga, Nora. Acceso a medicamentos esenciales: un derecho de todos. Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 263-269 Abril/junio 2004. <http://www.aepap.org/inmigrante/RPAP22-Acceso%20medicamentos.pdf>
35. WHO Medicines Strategy, Countries at the Core, 2004-2007. World Health Organization, 2004. http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_EDM_2004.5.pdf

10. Anexos

Todos los anexos: Listado de medicamentos, detalle de las unidades de análisis encuestadas, instrumentos para determinar la disponibilidad y precio de los medicamentos, el listado de países con estudios equivalentes con el nuestro y un glosario de los términos técnicos pueden ser consultados en el estudio completo que se encuentra en el siguiente vínculo:

<http://www.scribd.com/doc/6000855/Disponibilidad-y-Precio-de-Medicamentos-Esenciales-en-El-Salvador>