
PRESENTACIÓN

Políticas farmacéuticas en México: que 20 años no es nada*

Hace 20 años, en octubre de 1988, la entonces Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), el Instituto Nacional de Salud Pública de México y las organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud (OPS/OMS), a través del Programa de Acción de Medicamentos Esenciales, organizaron la I Conferencia Latinoamericana de Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales en la Ciudad de México.¹ Esta Conferencia se desarrolló en momentos en que México era un ejemplo mundial por sus esfuerzos para promover una política farmacéutica que buscaba lograr los objetivos promovidos por la OMS de “garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos esenciales a toda la población y promover su uso racional”, a la vez que fomentaba el desarrollo de la industria farmacéutica nacional.²

En ese momento México, bajo el liderazgo de los doctores Guillermo Soberón y Mario Lieberman, había librado batallas importantes en el marco de la crisis de 1982 para desarrollar una política farmacéutica que, a través del impulso de los elementos básicos de una política promovidos por la OMS, permitiera mitigar la crisis de desabastecimiento del país y sentar las bases para lograr un sistema que abasteciera a las instituciones del sector público de manera sostenible y que fomentara el desarrollo de la industria nacional.

Esta política promovió acciones concertadas en el sector salud (SSA, IMSS, ISSSTE, SEDENA, PEMEX) a través del desarrollo del Cuadro Básico de Medicamentos para el sector salud, donde se limitó el número de medicamentos, se usaron obligatoriamente los nombres genéricos y se clasificaron de acuerdo con su nivel de uso (centros de salud y hospitales); se consolidó un sistema

de garantía de calidad; se desarrolló un sistema de compras consolidadas para el sector que favorecía la adquisición de medicamentos de la industria farmacéutica nacional y se realizaron algunas acciones para promover el uso racional de los medicamentos. En el sector privado se inició la depuración del registro de medicamentos, se fortalecieron las capacidades de la SSA para controlar la calidad de los medicamentos y se puso en marcha un sistema de control de precios, así como incentivos para la investigación y el desarrollo de medicamentos.

Fue en los años ochenta, previos al Tratado de Libre Comercio (TLC), cuando se consideró al sector farmacéutico como estratégico, de manera que los conceptos de soberanía y autodeterminación estaban en el centro del debate; se pensaba que el fomento de las capacidades de investigación y el desarrollo de las universidades y la industria nacional serían los pilares del desarrollo del acceso universal a medicamentos esenciales por parte de la población de México y que esto contribuiría al desarrollo económico del país.

Sin embargo, en los momentos del auge de la implementación de esta política, que suscitó acciones legales y críticas por parte de las compañías multinacionales, el gobierno de México negociaba el TLC que tenía como uno de sus pilares centrales, promovido por la industria multinacional, la protección de la propiedad intelectual a través de la Ley de Patentes, lo que limitó en la práctica su implementación.³

Han pasado veinte años y el sistema político y económico mexicano ha cambiado; el sector salud se ha reformado y se han transformado sustantivamente sus políticas y acciones. El TLC ha cambiado

* In memoriam del Dr. Mario Lieberman, soñador y luchador incansable. Se presentan aquí las opiniones personales de la autora, que de ninguna manera representan la posición del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).

significativamente el modelo económico del país y la lógica del sector farmacéutico. La industria nacional se ha ajustado, fortaleciendo la industria de genéricos intercambiables y similares; los cuadros básicos se han ido transformando y la compra consolidada, todavía efectiva e importante, se ha descentralizado. Hoy en día el control de precios se transformó en precio máximo al público en los medicamentos de patente.

En 2005, la Secretaría de Salud publicó el documento "Hacia una política farmacéutica integral para México" que marcó un hito en la historia de la política reciente donde, después de muchos años, el gobierno toma posiciones pero que, como dicen Moise y Docteur en su artículo *Las políticas de precios y reembolsos farmacéuticos en México OCDE, 2007* publicado en este número, el documento se sigue revisando, refinando, al tiempo que se implementa, lo que limita los esfuerzos de México y, más aún, la evaluación de sus resultados.

Este número especial de *Salud Pública de México*, dedicado a las políticas farmacéuticas en México, llega en un momento oportuno para analizar los avances y retos en esta área y reforzar la necesidad de una política farmacéutica nacional con acciones concretas para lograr la disponibilidad y accesibilidad a medicamentos esenciales de buena calidad a toda la población y su uso racional, asignatura todavía pendiente y que es central para el logro del ejercicio del derecho a la salud de la población y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de México.

Por otra parte, este número de la revista permitirá valorar los temas y tomar posición acerca de las cuestiones centrales que emergen entre los países desarrollados y en desarrollo y que han evolucionado a partir de la Ronda de Doha, donde se ratificó la preeminencia de los problemas de salud pública frente a los intereses comerciales, lo que abre la posibilidad de revisar las alternativas que México tiene para la producción y abastecimiento de medicamentos tan importantes como los antirretrovirales (ARV) donde, como lo demuestran los datos de la OPS/OMS, México está pagando los precios más altos o segundos más altos en la región por tres de las cuatro combinaciones terapéuticas de ARV más usadas.⁴

La lectura de este número de *Salud Pública de México* llama a reflexionar sobre la posición que debe tomar México en el contexto internacional, donde se están agudizando las contradicciones entre los países en desarrollo y las compañías multinacionales, como en el caso de la ministra de Salud de Indonesia Siti Fadilah Supari quien, en la Asamblea Mundial de la Salud de 2007, anunció que su país dejaría de compartir los virus de la influenza H5N1 con los Centros Colaboradores de la OMS que concentran los virus de todos los países para su

análisis y preparación para la producción de las vacunas por compañías comerciales porque, una vez producidas, estas empresas no garantizan la disponibilidad de las vacunas para los países en desarrollo como Indonesia. La ministra calificó este sistema como injusto y llamó a revisarlo para lograr tratos más equitativos.⁵

Este número presenta información sobre los temas principales que deben discutir, en el plano nacional, los diferentes actores sociales para colocar a México en la producción farmacéutica internacional a través de la promoción y el apoyo de la investigación científica, como apunta Eduardo González Pier en su artículo *Política farmacéutica saludable*, pero especialmente para lograr los objetivos del sistema de salud en general y la política farmacéutica nacional, como plantean otros autores.

Molina y colaboradores afirman en su artículo *Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano* que el mercado farmacéutico mexicano es el más grande de América Latina, ya que alcanzó 10 billones de dólares en 2006, con una tasa de crecimiento de 13% a dólares constantes. A pesar de la robustez del mercado, el consumo de medicamentos per capita es mucho menor en México (89 dólares en promedio) que en el resto de los países industrializadas (más de 500 dólares) y el análisis de los precios de estos veinte años demuestra dos momentos diferenciados: el primero que coincide con mantener el control de precios donde la tasa de crecimiento alcanzó un máximo de 50%, mientras que a partir de 1993 el precio se sextuplicó a consecuencia de la liberalización de los controles.

El estudio de Moise y Docteur llama la atención sobre los retos que tiene el sistema de salud mexicano para mantener y aumentar la cobertura del sector público, especialmente ahora que aumenta el número de afiliados al Seguro Popular en Salud (SPS), sobre todo porque 88% del total del gasto en medicamentos era gasto de bolsillo –el más alto, por mucho, de los países de la OCDE.

Los mismos autores informan que el mercado está dividido en 50/50 entre el público y el privado, pero que el valor de venta es de 12%/88%, respectivamente. Diversos artículos de este número dan cuenta del alto precio de los medicamentos (particularmente en el sector privado donde es de 66% a 75% más que en el sector público) y que llega a su máxima expresión en el caso de los ARV, como señalan Bautista y colaboradores en el artículo *Costing of scaling up HIV/AIDS treatment in Mexico*.

La revista también presenta evidencia del desafío para abastecer al SPS. Gómez Dantes y colaboradores en su artículo *Surtimiento de recetas a los afiliados al Seguro Popular de Salud de México* informan que en poco más de un tercio de las entidades federativas existe un

mayor surtimiento de recetas en población afiliada al SPS en atención primaria que en la no afiliada, mismo que llega a casi 90%, mientras que en los servicios de hospitalización 44% de los pacientes afiliados al SPS recibieron el surtimiento completo de sus recetas al momento de egresar del hospital en comparación con 18.5% de los no afiliados. Si bien es mayor la cobertura, ésta resulta todavía más baja que la de los servicios de la seguridad social.

Por otro lado, Tobar en su artículo *Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud* describe la importancia del proceso de provisión a través de la selección racional, los sistemas de compra transparente y agregados y los diferentes sistemas de distribución; y enfatiza la importancia de la utilización que incluye la prescripción, dispensación y consumo. Este autor se refiere a lecciones de las experiencias de América Latina, haciendo hincapié en el éxito de aquellas que concibieron a la asistencia farmacéutica como una oportunidad para reformular el modelo de atención y entender que la provisión gratuita de medicamentos en el primer nivel de atención tiene un alto impacto redistributivo.

Un grupo de artículos presenta iniciativas para promover el uso adecuado de medicamentos con acciones dirigidas tanto a los/as prestadores/as de servicios como a los consumidores/as, ya sea a través del programa de educación médica continua: *Evaluación de un programa de educación médica continua para la atención primaria en la prescripción de hipoglucémicos*, de Castro y colaboradores; de intervenciones gerenciales: *Uso de antibióticos en México: revisión de problemas y políticas*, de Dreser y colaboradores; o bien garantizando que las etiquetas de los medicamentos tengan información útil y comprensible para los consumidores: *Nuevas etiquetas de medicamentos para apoyar la automedicación. El caso de un analgésico pediátrico*, de González de Cossío.

Finalmente, el artículo de Wirtz y colaboradores, *Medicines in Mexico, 1990-2004: systematic review of research on access and use*, presenta un análisis de las investigaciones sobre el tema de uso y acceso donde se demuestra que, del total de artículos sobre el tema, son pocos los que resultan significativos, pero que éstos identifican cinco problemas relacionados con las políticas: prescripción irracional, automedicación peligrosa, acceso inequitativo, desabastecimiento en los servicios públicos y la venta y mercadeo de medicamentos peligrosos.

En síntesis, este número de *Salud Pública de México* invita a seguir profundizando en el tema de las políticas farmacéuticas y lograr, en el corto plazo, que estos análisis convoquen a los diferentes sectores de la sociedad a comprometerse a garantizar que las personas que

necesitan medicamentos tengan acceso a productos de buena calidad y que se usen adecuadamente, coadyuvando así al ejercicio del derecho a la salud de todos/as las/los mexicanas/os.

Lo anterior requiere del liderazgo y compromiso del gobierno para definir e implementar una política farmacéutica nacional integral desde una perspectiva de salud pública y no sólo desde la económica; una política que ponga como su objetivo central el derecho a la salud. La creación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud en febrero de 2008, cuyo objetivo es negociar anualmente los precios de los medicamentos y otros insumos del Cuadro Básico y del Catálogo de Insumos, que cuentan con patente vigente y que son objeto de adjudicación directa,⁶ puede representar una acción en este sentido.

Asimismo se hace necesario profundizar en el análisis de diferentes aspectos relacionados con la introducción del SPS, que enfatiza el acceso a los medicamentos. Esto da la oportunidad de reorganizar los sistemas de compras, distribución y surtimiento de recetas, particularmente la regulación efectiva de los precios de medicamentos en el sector público y privado. Por otro lado, el SPS debe promover activamente el uso adecuado de medicamentos para lograr su objetivo principal: mejorar la salud de la población sin seguridad social.

Por otra parte, también es indispensable entender la posición de México en el mercado farmacéutico internacional, tomar las oportunidades que representa ser uno de los mercados más grandes del mundo, fomentar la investigación y desarrollo por parte de las universidades e industria, con apoyo del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACyT) y apoyar a la industria productora de medicamentos genéricos, cuyo impacto en la disponibilidad y acceso debe estudiarse ya que no se incluyó en este número.

Por último, es fundamental contar con una sociedad civil organizada que fortalezca sus acciones de investigación, auditoría social y desarrollo de propuestas para mejorar la disponibilidad, acceso y uso adecuado de medicamentos y que sea invitada a un diálogo con los otros actores sociales. Se requiere que la academia forme a personal de salud y economía con conocimientos para la implementación de la política farmacéutica nacional, a la vez que profundiza en la investigación que permita darle seguimiento y evaluar su impacto en la salud de las personas.

Sólo así podremos no dejar pasar otros veinte años para ver cambios positivos y significativos que garanticen la disponibilidad, accesibilidad y uso adecuado de

medicamentos de buena calidad a todas las personas que lo requieran y que coadyuve a lograr el ejercicio del derecho a la salud de todos y todas y al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio de México.

Nadine Gasman, MD, MPH, Dr PH.*

Referencias

1. Gasman N, Liberman M, eds. Memorias de la I Conferencia Latinoamericana de Políticas Farmacéuticas y Medicamentos Esenciales. Organización Mundial de la Salud, Secretaría de Salud de México e Instituto Nacional de Salud Pública. México: OMS/SSA/INSP, 1988.
2. World Health Organization. The World Drug Situation. Ginebra: WHO, 1988.
3. Gasman N. Drifting through time: Pharmaceutical policies in Mexico. *Dev Dialogue* 1995(1):223-256.
4. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Países latinoamericanos logran descuento de hasta 75% en tratamiento para VIH/SIDA. [Latin American countries achieve reduction up to 55% in treatment for HIV/AIDS] [Consultado en agosto 2008]. Disponible en: <http://www.paginasyboletines.com/fondo/2005/edicion22/documentos/boletinops.pdf>.
5. www.who.int/entity/mediacentre/multimedia/podcasts/2007/transcript_14/en/
6. Diario Oficial. ACUERDO por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. México DF, 26 de febrero 2008.

* Médica salubrista representante del Fondo de Población de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNFPA) en Guatemala.