

# Consumo de medicamentos y equidad en materia de salud en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina

Valeria Alonso<sup>1</sup>

## RESUMEN

**Objetivo.** Medir la equidad manifestada por los patrones de consumo de medicamentos en el Área Metropolitana de Buenos Aires, Argentina, a la luz de las transformaciones operadas en el mercado farmacéutico argentino después de la desregulación de la economía en 1991.

**Metodología.** Se procesaron y analizaron fuentes estadísticas secundarias: se utilizaron dos encuestas domiciliarias que contenían un módulo sobre la utilización de servicios de salud y gastos asociados diseñado por el Ministerio de Salud y aplicado al Área Metropolitana de Buenos Aires en 1989 y 1995.

**Resultados.** Se constató un aumento del carácter socialmente regresivo del gasto de bolsillo en medicamentos entre 1989 y 1995, en un mercado farmacéutico que ha duplicado sus precios medios en el nuevo contexto de liberación de precios y apertura de las importaciones. Esta regresión se manifestó en el crecimiento del gasto directo de la compra de medicamentos, el aumento de la parte correspondiente a los medicamentos en la estructura del gasto privado para la salud y el incremento desigual del peso relativo de dicho gasto en los ingresos familiares.

**Conclusiones.** El gasto de bolsillo en medicamentos resulta un indicador eficiente de equidad financiera para el estudio de la protección de la población urbana argentina frente al riesgo de enfermar, y puede contribuir a la adecuación del marco regulador del mercado farmacéutico, mediante la incorporación de criterios sociales de evaluación a la ecuación farmacológica de seguridad y eficacia terapéutica.

## Palabras clave

Equidad en el acceso, gastos en medicamentos, Argentina.

La desregulación económica establecida en la Argentina en 1991 se caracterizó por la liberación de los precios y la apertura del mercado interno; sus efectos en el mercado farmacéutico fueron el incremento de los precios de los medicamentos y la importación de

especialidades farmacéuticas. Estas modificaciones del mercado se produjeron en un nuevo marco regulador sanitario, orientado a mejorar los procedimientos de autorización y registro, el control de calidad de los productos y la fiscalización sanitaria.

Décadas de barreras a la importación y de control de precios en el mercado farmacéutico argentino llegaron a su fin con la firma en 1991 del Decreto 2284 de desregulación económica (1). Su texto introduce modificaciones sustantivas en la normativa sanitaria que regulaba el funcionamiento del mer-

cado farmacéutico argentino desde mediados de la década de 1960 (2, 3).

Este decreto flexibilizó las condiciones de habilitación de las farmacias en el territorio nacional, autorizó la venta de medicamentos de expendio libre (sin receta) fuera del ámbito de las farmacias, y extendió la autorización para la importación de medicamentos a farmacias, droguerías, hospitales públicos y privados y obras sociales. Se esperaba que las nuevas medidas fomentaran la competencia dentro de los diferentes mercados y provocaran la estabilización de los precios, con lo que

<sup>1</sup> Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). La correspondencia debe dirigirse a: Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Sánchez de Bustamante 27, (1173) Buenos Aires, Argentina. Teléfono: (54-11) 4861 2126. Fax: (54-11) 4862 0805. Correo electrónico: valsol@clacso.edu.ar, valonso@annat.gov.ar. URL: <http://www.cedes.org>

mejoraría el acceso de la población de más bajos recursos a los bienes y servicios. Sin embargo, la literatura especializada sobre el mercado farmacéutico coincide en señalar que el crecimiento del sector durante los primeros años de la década de 1990 se apoyó más en el incremento de sus precios medios que en sus volúmenes de venta (4–6). Así, las unidades vendidas decayeron de 466 millones en 1991 a 406 millones en 1995 (–12,9%), mientras que la facturación se incrementó en el mismo período de US\$ 2 132 a US\$ 3 644 millones (68,9%). Los precios minoristas medios, según presentación, se incrementaron de US\$ 4,48 en 1991 a US\$ 8,63 en 1995, es decir, hubo un aumento relativo de 92,6% (6).

El incremento sostenido de los precios puede vincularse con las características que distinguen al mercado farmacéutico en general y al argentino en particular. A escala global, la fragmentación del mercado farmacéutico por bandas o clases terapéuticas (definidas por su eficacia clínica, i.e. medicamentos oncológicos, antibióticos, etc.) hace que la competitividad disminuya en proporción directa con la magnitud de los oligopolios. Como los productos no son intercambiables entre las clases terapéuticas, la formación de oligopolios por bandas impide la activación de los mecanismos de competencia (7). Por su parte, el incremento de precios de los medicamentos afecta al equilibrio del sistema de salud de los países en desarrollo (8). Sus efectos amenazan la capacidad de financiamiento de la seguridad social e influyen sobre los ingresos familiares, lo cual afecta a la equidad financiera del sistema en su conjunto.

Según mediciones de 1997, Argentina destinaba 8,2% de su producto interno bruto al financiamiento de la salud, con un gasto anual per cápita de US\$ 676. La proporción correspondiente al gasto privado para la salud ha mostrado un incremento sostenido durante los últimos años y superó el 42% del gasto total en 1997 (9). El gasto en medicamentos resulta un componente clave de la estructura del gasto privado para fines de salud en la Argentina, a raíz del aumento de su peso

relativo y de su vinculación con los diferentes tipos de seguro de salud de la población. El costo de los medicamentos ambulatorios no está cubierto por los hospitales públicos, aunque sí por la seguridad social y los sistemas de medicina de pago por adelantado, los cuales, según la modalidad, cubren aproximadamente 50% de ese gasto, con la excepción de los medicamentos de venta sin receta, cuyo costo no está cubierto por ninguno de esos tres subsistemas.<sup>2</sup>

Los resultados de encuestas domiciliarias han indicado que la proporción de los ingresos familiares dedicada a gastos de bolsillo en medicamentos es más alta en los sectores pobres de la población urbana argentina debido a que carecen de seguro de salud, ya sea social o privado (10). Según datos nacionales de 1995, las tres cuartas partes de la población urbana que no contaba con seguro de salud social o privado debió pagar de su bolsillo los medicamentos que consumió, y esta proporción aumentaba a medida que disminuía el nivel socioeconómico y que la cobertura social o privada de los seguros de salud era menos frecuente (11).

Desde una perspectiva teórica que hace hincapié en que para evaluar la equidad financiera de los sistemas de salud se deben analizar los dispositivos sociales de distribución solidaria de los costos de la atención, se hace necesario estudiar el peso relativo del gasto en medicamentos dentro de la composición del gasto privado en salud, y sus modificaciones en el Área Metropolitana de Buenos Aires, a la luz de las transformaciones operadas en el mercado farmacéutico argentino después de la desregulación de la economía en 1991. Estas modificaciones ocurrieron en un contexto social cada vez más precario, y fueron mayores aun en el Área Metropolitana debido al impacto del desempleo en el Gran Buenos Aires. La tasa nacional de desempleo se disparó a principios del año 1995 hasta cerca de 18% (12, 13) y la pérdida

sistemática de puestos de trabajo ha tenido efectos negativos en los ingresos y la cobertura de los seguros de salud de la población. Los ingresos per cápita de los hogares (IPCH) tuvieron una caída de 5,5% en el Área Metropolitana entre 1989 y 1995 (14), mientras que la cobertura social de los seguros de salud decreció 16% durante ese mismo período (15, 16).

Los resultados obtenidos acerca del comportamiento de estos indicadores pueden contribuir a la integración de una perspectiva de equidad en el diseño de políticas sobre medicamentos, teniendo en cuenta que los lineamientos del sector farmacéutico durante el período analizado han seguido principalmente criterios farmacológicos. La incorporación de la dimensión social del consumo de medicamentos, mediante el monitoreo de sus fluctuaciones en la última década, resulta apropiada para la adecuación de los lineamientos normativos en la materia.

En este contexto, el presente trabajo se propone aportar pruebas empíricas de las transformaciones operadas en la estructura del gasto privado en materia de salud y su impacto sobre los ingresos de los hogares. Sus objetivos se orientaron a medir el grado de equidad manifestado por los patrones de consumo de medicamentos en los diferentes grupos socioeconómicos y por la cobertura de seguros de salud, antes y después de la desregulación económica en el Área Metropolitana de Buenos Aires.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Se procesaron y analizaron los datos de fuentes estadísticas secundarias. Se utilizó la información de dos encuestas domiciliarias que contenían un módulo diseñado por el Ministerio de Salud de la Nación sobre la utilización de servicios de salud y los gastos asociados. Estas encuestas fueron aplicadas en el Área Metropolitana de Buenos Aires en 1989 y 1995, antes y después de la entrada en vigor de la desregulación económica de 1991 (15, 16).

El Área Metropolitana de Buenos Aires comprende la Capital Federal y

<sup>2</sup> Actualmente, el Ministerio de Salud puso en marcha un programa de distribución gratuita de un botiquín de medicamentos ambulatorios en los centros de atención primaria del sector público.

los partidos del Gran Buenos Aires. Según el Censo Nacional de Población y Vivienda de 1991, la región concentra 38,4% de la población urbana de todo el país y 33,5% de la población total. En relación con la cobertura de los servicios de seguro de salud, la misma fuente indica que 47,2% de la población del Área Metropolitana está cubierta solo por la seguridad social, 6,7% tiene la cobertura de algún servicio privado, 11,7% posee doble cobertura —la de la seguridad social y la del sistema privado— y el 34,3% restante solo tiene la cobertura del sistema público (17).

La encuesta de utilización de servicios de salud y el gasto asociado recababa información relacionada con los seguros de salud, la utilización de servicios —consultas a médicos y otros profesionales de la salud, ingresos hospitalarios, otros bienes y servicios de salud, y medicamentos—, y con el gasto de bolsillo y el financiamiento de esas prestaciones. Los cortes temporales de la mayoría de los indicadores de utilización y gasto fueron de un mes, con la excepción de las hospitalizaciones, que se extendían a un año.

Se compararon la compra de medicamentos ambulatorios y sus modalidades de financiamiento en 1989 y 1995. Los porcentajes de compra se calcularon por persona en relación con el total de la población, y los de fuente de financiamiento por persona con respecto al total de los compradores de medicamentos. Entre las fuentes de financiamiento se separaron para fines del análisis los resultados porcentuales correspondientes al financiamiento directo, es decir, aquel en el que todo el costo del medicamento es asumido por el comprador, sin reintegro por ningún sistema de seguro de salud.

El tratamiento del gasto privado para fines de salud siguió las orientaciones conceptuales de la Organización Mundial de la Salud, según las cuales se debe diferenciar la participación del gasto directo o de bolsillo en bienes y servicios de salud, de los gastos indirectos en contribuciones voluntarias a los seguros médicos privados (9).

En ambas bases de datos se analizó el peso relativo de los diferentes tipos

de gasto de bolsillo para servicios de salud en relación con el gasto privado total para la salud y con el IPCH.<sup>3</sup> Con el primer indicador se estableció la estructura del gasto privado para fines de salud y sus modificaciones entre 1989 y 1995. El segundo permitió calcular el peso relativo de cada tipo de gasto de bolsillo para la salud en relación con los ingresos de las personas en ambos años. Esta información se agrupó por quintiles de IPCH.

Se calculó el promedio por persona del gasto de bolsillo en cada uno de los servicios de salud, agrupados en medicamentos, consultas médicas, otras consultas de salud (dentista, psicólogo, quinesiólogo, fonoaudiólogo, etc.), otros servicios (estudios y tratamientos y otros gastos de salud<sup>4</sup>), y la afiliación voluntaria a algún sistema de atención médica.

El peso relativo de los distintos tipos de gasto de bolsillo dentro del gasto privado total de salud también se computó según la cobertura de seguro de salud de la población encuestada (“solo seguridad social”, “afiliación voluntaria” y “cobertura pública”). Se excluyó el gasto en afiliación voluntaria a fin de poder observar el comportamiento de los otros gastos sin la incidencia de este último en el gasto total, según la condición de afiliación.<sup>5</sup> Se consideraron los resultados con coeficientes de variación inferiores a 10%.

## RESULTADOS

La compra de medicamentos en la Argentina puede tener distintas fuentes de financiamiento, según el tipo de medicamento y si se dispensa o no por prescripción. Los medicamentos para

pacientes ambulatorios, que requieren receta médica para su comercialización, son parcialmente financiados por la seguridad social o los esquemas de medicina de pago por adelantado, pero no por el sistema público. Los medicamentos de venta libre no son cubiertos por ninguno de los tres subsistemas.

Se considera que el financiamiento de los medicamentos es directo cuando el comprador paga de su bolsillo el medicamento en el momento de la compra, sin ningún reintegro por parte de su sistema de seguro de salud. La distribución social del financiamiento directo de algún bien o servicio de salud constituye un buen indicador para el análisis de la equidad financiera en materia de salud.

En 1989 y 1995, la compra de medicamentos ambulatorios creció considerablemente en las cinco categorías de ingresos del Área Metropolitana de Buenos Aires (cuadro 1). Este crecimiento puede indicar un mayor acceso de la población a los medicamentos gracias a una recuperación de su capacidad adquisitiva, o un aumento de la medicación<sup>6</sup> de la población urbana, posiblemente debido a la inducción de la demanda mediante la oferta de medicamentos.

No obstante, se observó que el financiamiento directo de la compra de medicamentos aumentó para la misma población de 56,6% en 1989 a 64,4% en 1995 (cuadro 2), lo que indica una reducción de la cobertura de estos bienes por los sistemas de seguro de salud. La participación del financiamiento directo de los medicamentos disminuyó por quintil de IPCH y esta tendencia se mantuvo en términos generales durante todo el período. Así, la participación del financiamiento directo fue mayor en los estratos de más bajos ingresos, tanto en 1989 como en 1995.

Los medicamentos eran el mayor componente del gasto privado en salud del Área Metropolitana de Buenos Aires en 1989. En 1995 aumentó aun

<sup>3</sup> El gasto directo en salud para cada tipo de servicio se calculó restando los reintegros al total gastado.

<sup>4</sup> De la categoría “otros gastos en salud” se excluyó el gasto por hospitalizaciones en un año, con el objetivo de privilegiar el gasto mensual.

<sup>5</sup> Este procedimiento se explica por la importancia del gasto en afiliación de los sectores que contribuyen voluntariamente a los esquemas de medicina prepagada, lo que distorsiona la comparación de los otros tipos de gastos en salud por condición de afiliación, especialmente el gasto en medicamentos, que constituye el otro componente importante de la estructura del gasto.

<sup>6</sup> Por medicación se entiende la apelación excesiva al tratamiento farmacológico para aliviar malestares que podrían tratarse por otros medios. El término fue introducido en la literatura por González García (18).

**CUADRO 1. Porcentaje de la población total que compró medicamentos, según ingresos per cápita del hogar (IPCH). Área metropolitana de Buenos Aires, 1989 y 1995**

Año	Estrato de IPCH <sup>a</sup>					Total
	1	2	3	4	5	
1989	20,5	25,6	27,8	26,7	31,1	25,8
1995	39,9	43,6	44,2	48,6	46,0	44,5

Fuente: Basado en datos de las referencias 15 y 16.

<sup>a</sup> Los ingresos aumentan progresivamente del estrato 1 al 5.

**CUADRO 2. Porcentaje de compradores que financiaron totalmente de su bolsillo la compra de medicamentos, según ingresos per cápita del hogar (IPCH). Área metropolitana de Buenos Aires, 1989 y 1995**

Año	Estrato de IPCH <sup>a</sup>					Total
	1	2	3	4	5	
1989	63,3	59,6	55,2	52,9	51,1	56,6
1995	62,7	70,0	65,0	63,5	61,0	64,4

Fuente: Basado en datos de las referencias 15 y 16.

<sup>a</sup> Los ingresos aumentan progresivamente del estrato 1 al 5.

**CUADRO 3. Estructura porcentual del gasto privado para la salud. Área metropolitana de Buenos Aires, 1989 y 1995**

Año	Tipo de gasto				Afilación voluntaria
	Medicamentos	Consulta médica	Otras consultas	Otros gastos de salud	
1989	27,7	8,9	21,8	19,1	22,5
1995	36,4	9,7	18,9	14,3	20,7

Fuente: Basado en datos de las referencias 15 y 16.

más su proporción dentro del gasto total, a expensas de la disminución de otros componentes (cuadro 3). El aumento de la participación del gasto en medicamentos (de 27,7% a 36,4%) fue el principal factor que suscitó el crecimiento del gasto de bolsillo dentro de la estructura del gasto privado de salud del Área Metropolitana (de 77,5% en 1989 a 79,4% en 1995), según la suma de todos sus componentes. De manera que el gasto diferido en contribuciones voluntarias a los sistemas privados de seguro de salud disminuyó de 22,5% a 20,7% en ese período.

Si se excluye el gasto por afiliación voluntaria, la participación relativa del gasto en medicamentos creció de 35,7% en 1989 a 45,9% en 1995 en toda el Área Metropolitana de Buenos Aires y

se mantuvo en el primer lugar en la estructura del gasto de bolsillo para la salud (cuadro 4). Este crecimiento parece haberse operado a expensas de la disminución de la participación relativa del gasto de bolsillo en otras consultas de salud y, especialmente, de estudios, tratamientos y accesorios terapéuticos (incluidos en la categoría "otros gastos en salud"). En este lapso se mantuvo el mayor peso relativo de los medicamentos dentro del gasto de bolsillo para la salud de aquellos que recibían atención en el sistema público, aun cuando durante este período se destacó el aumento de la participación de este gasto en el sector que cuenta con seguro de salud privado.

El análisis de la estructura del gasto privado para fines de salud de la po-

blación que declaró ingresos indica un aumento proporcional del gasto destinado a medicamentos en todas las categorías de ingresos, con una participación total que creció de 28,9% en 1989 a 35,6% en 1995 (cuadro 5).<sup>7</sup>

La tendencia ascendente del gasto en medicamentos dentro de la estructura proporcional del gasto privado para la salud mantiene —e incluso intensifica— su carácter regresivo en todos los estratos socioeconómicos de la población del Área Metropolitana de Buenos Aires. Este carácter regresivo del gasto en medicamentos se aprecia en su mayor peso relativo en los estratos de menores ingresos (cuadro 5). La relación inversa entre los ingresos y el peso relativo del gasto en medicamentos se mantuvo en 1989 y 1995, y se destaca el gasto de los dos estratos de ingresos más bajos (1 y 2) en 1995, cercanos a 50% del gasto privado en salud. En 1989, el gasto de bolsillo en medicamentos ocupó el primer lugar dentro de la estructura del gasto privado en salud en los tres primeros estratos (los de menores ingresos), así como en todos los estratos, excepto el quinto, en 1995. Si se toma en cuenta la distinción entre el gasto de bolsillo directo y el gasto indirecto en afiliación voluntaria, diferido en el tiempo con respecto a la utilización de los servicios (9), la magnitud del peso proporcional del gasto de bolsillo en medicamentos en su relación negativa con respecto a los ingresos indica la intensificación de procesos que generan una inequidad en el acceso a la atención de salud de la población urbana después de la desregulación económica.

El peso proporcional del gasto privado en salud dentro de los IPCH aumentó en toda el Área Metropolitana en 2,9 puntos porcentuales entre 1989 y 1995 (de 8,0% a 10,9%), mientras que el correspondiente al gasto en medicamentos aumentó en 1,6 puntos durante el mismo período (de 2,3% en

<sup>7</sup> En este otro caso, los resultados totales variaron respecto al análisis según la cobertura de seguro de salud, ya que se incluyó el gasto en afiliación voluntaria y se excluyeron los encuestados que no declararon ingresos (17% de la muestra de 1989 y 11% de la de 1995).

**CUADRO 4. Estructura porcentual del gasto de bolsillo en salud, según tipo de seguro de salud. Área metropolitana de Buenos Aires, 1989 y 1995**

Tipo de seguro	Tipo de gasto							
	Medicamentos		Consulta médica		Otras consultas		Otros gastos de salud	
	1989	1995	1989	1995	1989	1995	1989	1995
Solo seguridad social	35,9	46,1	11,4	13,7	29,3	20,5	23,4	19,6
Afiliación voluntaria	25,6	43,0	8,2	9,5	29,5	36,0	36,8	11,6
Cobertura pública	40,5	48,4	13,4	12,1	22,4	18,0	23,7	21,4
Total	35,7	45,9	11,4	12,3	28,2	23,9	24,7	18,0

*Fuente:* Basado en datos de las referencias 15 y 16.

**CUADRO 5. Estructura porcentual del gasto privado en salud, según estrato de ingresos per cápita del hogar (IPCH). Área metropolitana de Buenos Aires, 1989 y 1995**

Estrato de IPCH	Tipo de gasto									
	Medicamentos		Consulta médica		Otras consultas		Otros gastos de salud		Afiliación voluntaria	
	1989	1995	1989	1995	1989	1995	1989	1995	1989	1995
1	48,2	49,7	10,5	10,6	13,7	9,2	17,2	18,3	10,4	12,2
2	42,5	49,1	9,3	6,9	15,5	8,4	20,1	22,6	12,6	13,1
3	37,4	41,8	15,1	8,4	16,2	23,0	17,2	14,1	14,1	12,7
4	26,9	36,0	7,3	12,0	28,2	23,9	17,2	14,5	20,4	13,8
5	16,3	22,9	6,1	11,0	30,2	20,8	19,5	12,1	27,9	33,3
Total	28,9	35,6	8,8	10,3	23,7	19,2	18,5	15,0	20,2	19,8

*Fuente:* Basado en datos de las referencias 15 y 16.

*Nota:* Se incluyó el gasto en afiliación voluntaria y se excluyeron los encuestados que no declararon ingresos (17% de la muestra de 1989 y 11% de la de 1995).

1989 a 3,9% en 1995) (cuadro 6). Mientras el peso del gasto total en salud dentro de los IPCH se mantuvo estable en el estrato más rico (7,2% en ambos años), casi se duplicó en el más pobre (de 13,1% en 1989 a 22,2% en 1995). El gasto de bolsillo en medicamentos pareció incidir de manera más contundente sobre la inequidad financiera, y aumentó solo 0,5 puntos porcentuales en el estrato más rico (de 1,2% en 1989 a 1,7% en 1995 en el estrato de mayor ingreso), mientras que casi se duplicó en el más pobre (de 6,3% en 1989 a 11,0% en 1995) (cuadro 6).

## DISCUSIÓN

La apertura de las economías de los países en desarrollo ha afectado al sector de la salud y a las condiciones de vida de la población. Se ha señalado que la recuperación del crecimiento económico durante la década de 1990 no se ha traducido en un mayor desa-

**CUADRO 6. Porcentaje de los ingresos per cápita del hogar (IPCH) destinado al gasto total de salud y en medicamentos, según estratos de IPCH. Área metropolitana de Buenos Aires, 1989 y 1995**

Estrato de IPCH	Medicamentos		Gasto total de salud	
	1989	1995	1989	1995
1	6,3	11,0	13,1	22,2
2	4,1	7,2	9,7	14,6
3	3,3	5,1	8,9	12,3
4	1,8	5,1	6,5	14,1
5	1,2	1,7	7,2	7,2
Total	2,3	3,9	8,0	10,9

*Fuente:* Basado en datos de las referencias 15 y 16.

rollo social en América Latina (19), según algunos autores que han analizado la evolución de los indicadores de pobreza y de distribución de los ingresos a lo largo de toda la década en los distintos países de la Región.<sup>8</sup> Sin em-

bargo, también se ha subrayado la necesidad de obtener pruebas empíricas de que existe una relación entre la globalización y la salud en diferentes contextos económicos y geográficos (21).

El presente estudio es una contribución a uno de los principales desafíos que plantea el abordaje de la equidad financiera en materia de salud: la estimación de la distribución social del componente privado en el financia-

<sup>8</sup> Aplicando el coeficiente de Gini sobre los ingresos per cápita del hogar, Székely encontró que solo dos países de América Latina han reducido la desigualdad en el período 1989-1999 (20).

miento de los sistemas de salud. Esta constituye una de las mediciones más difíciles, ya que depende de la información de estudios de población de los que no siempre se dispone de manera sistemática en todos los países.

El aprovechamiento de las fuentes disponibles ha permitido analizar las variaciones de los indicadores del gasto en medicamentos y su financiamiento en la población del Área Metropolitana de Buenos Aires —la región de mayor concentración urbana de la Argentina— en el marco de la reorientación de la política económica nacional desde principios de la década de 1990. La información obtenida es particularmente útil para evaluar el impacto de la desregulación del mercado farmacéutico en los patrones de consumo de medicamentos de la población. Estos resultados pueden aportar elementos útiles para elaborar intervenciones político-institucionales que contribuyan a mejorar la equidad distributiva en el financiamiento de los medicamentos, así como de otros bienes y servicios de salud.

El incremento de los precios medios de los medicamentos después de la desregulación del mercado farmacéutico parece haber tenido un efecto adverso sobre la equidad de su estructura de financiamiento, paralelamente con el deterioro de la cobertura de seguros de salud y de los ingresos, generado por la restricción del mercado formal de trabajo. Esto se manifestó en el aumento del financiamiento directo de la compra de medicamentos de 1989 a 1995 en el Área Metropolitana de Buenos Aires, en el mantenimiento del carácter regresivo de la participación del financiamiento directo de medicamentos según los ingresos y en el crecimiento de la participación del gasto en medicamentos dentro de la estructura del gasto privado en salud del Área Metropolitana —que es el principal factor responsable del crecimiento del gasto de bolsillo en salud— a expensas de la disminución del gasto indirecto en contribuciones voluntarias a los sistemas privados de atención médica.

El peso del gasto directo en medicamentos sobre el IPCH se incrementó en el Área Metropolitana de Buenos Aires de manera desigual: en el estrato más rico este aumento fue de 0,5 puntos porcentuales, mientras que en el más pobre casi llega a duplicarse. Así, el gasto en medicamentos se presenta como el principal componente del crecimiento del gasto privado en salud en el estrato más pobre de la población y tuvo un gran impacto sobre la equidad del financiamiento de la atención de salud de la población estudiada.

Se concluye que la tendencia regresiva que ya mostraba el gasto de bolsillo en medicamentos en 1989 se mantuvo y se incrementó después de la desregulación de la economía argentina. La tendencia observada en el Área Metropolitana refleja la situación general del país. Según una encuesta nacional de 1996–1997 (22), los hogares más pobres gastan más en medicamentos y accesorios terapéuticos que en servicios de salud, mientras que los más ricos destinan la mayor parte de su gasto de salud al financiamiento de los servicios de atención. A su vez, los hogares en zonas de menores ingresos destinan un mayor porcentaje de su gasto a los bienes de salud, mientras que en las zonas de mejores ingresos el gasto se concentra en los servicios de salud.

Entre los atributos deseables de los indicadores de equidad se destacan su adecuación al problema y su sensibilidad al cambio, así como su sencillez y fácil comprensión (23); para el caso argentino, el gasto de bolsillo en medicamentos parece adecuarse a estos requisitos. La utilidad del gasto de bolsillo en medicamentos como posible indicador de equidad en materia de salud radica en su sensibilidad a las variaciones, tanto del grado de cobertura que ofrecen los servicios de seguro de salud que sustentan su estructura de financiamiento, como de los ingresos de los hogares y de los precios al público de los productos. Estudios semejantes en países con perfiles tan disímiles como China, Kazajstán y Vietnam

también mostraron que el gasto directo en medicamentos constituye un indicador de equidad financiera en el campo de la salud (24–26).

Este escenario plantea interrogantes acerca de las posibilidades de realizar intervenciones para mejorar los sistemas de financiamiento en el ámbito de la salud, algo que va más allá del control de los precios de los medicamentos. Mediante la incorporación a las normativas sanitarias específicas de indicadores de equidad financiera en materia de salud y de acceso a medicamentos se alcanzaría un abordaje novedoso que permitiría tener en cuenta los criterios farmacológicos de evaluación de los productos y las dimensiones sociosanitarias relativas a los patrones de su consumo.

La inclusión de estudios de efectividad en función del costo entre los requisitos de evaluación para la inscripción de nuevos productos podría contribuir a reducir a un mínimo el impacto negativo que tiene la desregulación del mercado farmacéutico sobre la equidad del financiamiento de los medicamentos en un sistema de salud con una reducida cobertura del seguro de salud y en una sociedad que enfrenta el aumento progresivo del desempleo.

**Agradecimientos.** La investigación se desarrolló en el Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, Argentina, bajo la dirección de Daniel Maceira. El proyecto fue financiado por la Alianza para la Investigación en Políticas y Servicios de Salud, Foro Mundial para la Investigación en Salud, en colaboración con la Organización Mundial de la Salud, y por el Programa para el Mejoramiento de las Encuestas de Hogares y la Medición de las Condiciones de Vida en América Latina y el Caribe (MECOVI-Argentina, BID-INDEC). Parte de sus resultados fueron presentados en la Segunda Conferencia Internacional de la Sociedad Internacional para la Equidad en Salud, celebrada en Toronto, Canadá, en junio de 2002.

## REFERENCIAS

1. Argentina, Poder Ejecutivo Nacional. Desregulación Económica. Reforma Fiscal. Decreto No. 2284 de 1991. Boletín Oficial, 1 de noviembre de 1991.
2. Argentina, Poder Legislativo Nacional. Medicamentos. Importación y Exportación. Ley No. 16463 de 1964. Boletín Oficial, 8 de agosto de 1964.
3. Argentina, Poder Legislativo Nacional. Farmacias. Actualización de la Reglamentación. Ley No. 17565 de 1967. Boletín Oficial, 12 de diciembre de 1967.
4. Basualdo E. Las ventas de medicamentos durante la convertibilidad. Bol Inv Secret Pren AAPM-RA 1994;1:3-13.
5. Bisang R, Burachik G, Katz J. Hacia un nuevo modelo de organización industrial. El sector manufacturero argentino en los años 90. Buenos Aires: Alianza - CEPAL; 1996.
6. Fundación ISALUD, Instituto Universitario de la Salud. El mercado de medicamentos en la Argentina. Buenos Aires: ISALUD; 1998.
7. Maceira D. Brand loyalty, price response and entry in pharmaceutical markets without patent protection: the Argentinean case. Ph.D. Dissertation, Boston University. Ann Arbor, Michigan: UMI Dissertation Information Service; 2000.
8. Katz J, ed. Apertura económica y desregulación en el mercado de medicamentos. Buenos Aires: Alianza - CEPAL; 1997.
9. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: Improving performance. Geneva: WHO; 2000.
10. Jorrat R. Exploraciones sobre las bases sociales del gasto en salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Programa Nacional de Asistencia Técnica para la Administración de los Servicios Sociales en la Argentina; 1994.
11. Bitrán R. Argentina, estudio de financiamiento del sector salud. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social, Banco Interamericano de Desarrollo, Banco Mundial; 1995.
12. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario Estadístico de la República Argentina. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1994.
13. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Anuario Estadístico de la República Argentina. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1997.
14. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Índice de precios al consumidor GBA. Empalme de las series base 1943, 1960, 1974 y 1988 con la serie base 1999=100. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2000.
15. Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social - Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Módulo de utilización y gasto en servicios de salud [base de datos]. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 1989.
16. Argentina, Ministerio de Salud y Acción Social - Centro de Opinión Pública, Universidad de Buenos Aires. Módulo de utilización y gasto en servicios de salud [base de datos]. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social; 1995.
17. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Censo Nacional de Población y Vivienda. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1991.
18. González García G. Remedios políticos para los medicamentos. Buenos Aires: Fundación ISALUD, Instituto Universitario de la Salud; 1994.
19. Ocampo JA. Equidad y solidaridad: objetivos esquivos del desarrollo latinoamericano. Valdivia, Chile: CEPAL; 2001.
20. Székely M. The 1990's in Latin America: another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Washington, D.C.: Development Inter-American Bank; 2001. (Documento de trabajo 454).
21. Woodward D, Drager N, Beaglehole R, Lipson DJ. Globalization and health: a framework for analysis and action. Geneva: World Health Organization; 2001. (CMH Working Paper Series WG4:10).
22. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. Encuesta Nacional de Gasto de los Hogares 1996/97. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 1997.
23. Almeida-Filho N. Inequalities in health based on living conditions: Analysis of scientific output in Latin America and the Caribbean and annotated bibliography. Washington, D.C.: Pan American Health Organization; 1999. (Research in Public Health Series No. 19).
24. Hu S, Chen W, Cheng X, Chen K, Zhou H, Wang L. Pharmaceutical cost-containment policy: experiences in Shanghai, China. Health Pol Plan 2001;16(2 Supl):4-9.
25. Sari N, Langerbrunner J. Consumer out-of-pocket spending for pharmaceuticals in Kazakhstan: Implications for sectoral reform. Health Pol Plan 2001;16(4):428-434.
26. Ha N, Berman P, Larsen U. Household utilization and expenditure on private and public health services in Vietnam. Health Pol Plan 2001;17(1):61-70.

Manuscrito recibido el 31 de julio de 2002. Aceptado para publicación, tras revisión, el 21 de febrero de 2003.

### ABSTRACT

#### Drug consumption and health equity in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina

**Objective.** To assess the level of equity in drug consumption patterns in the Metropolitan Area of Buenos Aires, Argentina, given the transformation of the Argentine pharmaceutical market since the deregulation of the country's economy in 1991.

**Methodology.** For this study, data from secondary statistical sources were processed and analyzed. The secondary sources used were two household surveys that contained a module on the utilization of health services and the associated expenditures. The surveys had been designed by the Ministry of Health and were applied in the Metropolitan Area of Buenos Aires in 1989 and 1995.

**Results.** There was a socially regressive increase in out-of-pocket expenditures on drugs between 1989 and 1995, in a market where average drug prices doubled in the midst of relaxed price controls and more open imports. The regressive character of drug expenditures was shown in the growth in direct spending for drug purchases, the increase in the proportion of private health expenditures devoted to drugs, and the unequal increase among the different economic strata in the proportion of family income going toward drugs.

**Conclusions.** Out-of-pocket expenditures on drugs are an efficient indicator of equity for studying the financial protections that urban Argentines have when they become ill. This kind of indicator of financial equity could help improve the regulatory framework of the pharmaceutical market by incorporating social evaluation criteria along with analyses of pharmaceutical safety and therapeutic efficacy.