

# Cómo reducir el gasto en medicamentos

## Lecciones para aprendices de brujo



Por Federico Tobar\*

En la gestión de salud, la tecnología constituye un arma de doble filo. Por un lado, puede generar beneficios para los pacientes. Pero, por otro, afecta la sostenibilidad de las respuestas. En este artículo, se analizan alternativas posibles para controlar el gasto en medicamentos en sistemas y servicios

**E**n un poema escrito en 1797, Johann Wolfgang von Goethe introdujo la figura del aprendiz de brujo que intenta un conjuro para que su escoba haga el trabajo por él, pero la magia se le vuelve en contra. En la modernidad, aquella maldición fue extendida y replicada innumerables veces. Sin embargo, ninguna ha resultado tan profunda y poderosa como la que se extiende sobre la gestión en salud. Solo que, en este caso, las escobas rebeldes son los medicamentos.

Sistemas y servicios de salud son víctimas de su propia eficacia. Al lograr que las personas vivan más, y a veces mejor, multiplican las demandas por cuidados. El de la salud es el mercado que incorpora mayores incentivos a la innovación por los altos retornos registrados por los nuevos desarrollos. No obstante, consolida una demanda inelástica que fuerza a pagar precios que tienden al infinito (por ejemplo, una dosis

de onasemnogene abeparvovec -Zolgensma- cuesta el equivalente a 35 kilos de oro). Dicho de otra manera, conseguir un nuevo paciente al que se le prescriba este medicamento equivale, para el proveedor, una ganancia igual o superior a la que obtendría asaltando un banco, pero sin correr el riesgo de ir preso.

A diferencia de cualquier otro sector de actividad, en salud, la incorporación de tecnología no suplanta al recurso humano. Por el contrario, demanda una especialización creciente que también se asocia a costos mayores.<sup>1</sup> El resultado es que producir salud es cada vez más caro, y también más complejo. No sólo hay que dar respuesta a demandas crecientes con presupuestos limitados, sino que también los costos son crecientes.

Los aprendices de brujo contemporáneos no tienen una vida fácil. En lugar de dormirse en sus laureles, los gestores de salud difícilmente consiguen dormir.

\* Asesor de Financiamiento para el Desarrollo del Fondo de Población de las Naciones Unidas.

El burnout de los gerentes de salud es apenas menor que el de los profesionales de la asistencia médica,<sup>2</sup> que, a su vez, resulta comparable al registrado por los soldados en el frente de batalla<sup>3</sup>.

La situación es más desafiante aún en aquello que brillantemente Vicente Otún Rubio distinguió como macrogestión sanitaria.<sup>4</sup> Los ministros de Salud manejan una porción mínima del gasto en salud y sus decisiones se limitan a un espectro muy acotado, pero sufren fuertes presiones. Podemos afirmar que el cargo de ministro de Salud es el más difícil de ejercer de los rangos ministeriales. Entre todos los más de 25 mil ministros de todas las áreas que hubo en 177 países del mundo desde 1966 hasta 2024, los de salud han sido, en forma consistente, los que menos han durado en sus cargos.<sup>5</sup> Además, los ministros de Salud sufren el síndrome de las abejas, que pierden su aguijón luego de picar. A nivel mundial, sólo 261 ministros de Salud fueron convocados más de una vez (la mitad que los cancilleres, por ejemplo). Y sólo hubo tres casos que hicieron de ser ministro de Salud una carrera, porque fueron convocados por tres gobiernos democráticos: Gines González García (Argentina), Jeremy Hunt (Reino Unido) y Yaakov Litzman (Israel).

## La función de producción en salud

La falla del embrujo sanitario puede ser atribuida a las peculiaridades de la función de producción de salud. Es decir, a la forma en que los insumos del sistema —recursos financieros, humanos y materiales y los determinantes sociales— se convierten en resultados observables en el estado de salud de la población. «La función de producción en salud ha tendido a volverse crecientemente intensiva en el uso de tecnología, tanto diagnóstica como terapéutica. Esto implica que una proporción cada vez mayor de los resultados en salud está asociada al desarrollo y la incorporación de innovaciones médicas (imágenes, biotecnología, farmacéutica avanzada, telemedicina, inteligencia artificial, etc.).<sup>7</sup>

Dentro de las tecnologías médicas, los medicamentos adquieren cada vez mayor protagonismo. El gasto en medicamentos representa cada año una por-

ción mayor de los presupuestos de servicios. Cada generación consume cuatro veces más remedios que la anterior y estos son cada vez más caros. Por un lado, porque los medicamentos nuevos matan a los viejos y siempre, inexorablemente, son más caros. En algunos casos se usan para tratar enfermedades que eran desconocidas antes de que se introdujera el mismo medicamento. En otros casos, el consumo se expande con cambios en los rangos de salud y enfermedad que redefinen umbrales (como los niveles de colesterol aceptables o la tensión arterial).

Esta metástasis del gasto farmacéutico, a menudo referida como inflación farmacéutica, es un fenómeno mundial, una pandemia, y se registra en mayor escala sobre los medicamentos biológicos, cuya facturación crece el doble de rápido que en los productos de síntesis química. Medicamentos que cuestan miles de dólares y cuyo marketing ha conseguido que la discusión se centre en el precio a pagar antes que en la conveniencia de incorporarlos.

## Medidas para controlar el gasto en medicamentos

Los gestores de salud pueden asumir tres objetivos complementarios para controlar su gasto en medicamentos: fortalecer la selección, eficientizar la compra y optimizar la utilización. Un cuarto objetivo se refiere a la regulación de precios, pero queda reservado a la macrogestión.

### Fortalecer la selección racional de medicamentos

Intervenir sobre la selección es, además de una preocupación clínica por garantizar la mejor respuesta (más eficaz y segura), también una preocupación económica centrada en la eficiencia. Se trata, en una explicación simplificada, de aplicar el principio de Pareto para reducir la cantidad de ítems tecnológicos utilizados en un servicio. Existen metodologías bastante consolidadas para racionalizar el vademécum de medicamentos en hospitales (creación y consolidación de Comités Farmacoterapéuticos, construcción de Listas Básicas por nivel de atención, clasificación en Vitales, Esenciales y No esenciales -VEN-, estudios de sustitución apuntando a la minimización de costos

y otras evaluaciones farmacoeconómicas, implantación de guías clínicas con revisión periódica, etc.).

Un conocido estudio del Vanderbilt University Medical Center concluyó que el gasto en medicamentos de los hospitales puede ser reducido en un 6% a través de criterios de sustitución de medicamentos guiados por evaluación de minimización de presupuestos<sup>8</sup>. Se trata de un margen reducido porque se analizó en hospitales que trabajan con guías clínicas estrictas, de modo que se minimiza la variación de la práctica clínica. En los casos donde el temor a demandas por mala praxis es menor y la variabilidad de la práctica clínica mayor, el nivel de ahorro que se puede obtener racionalizando en listado hospitalario alcanza al 85%. Esto es lo que documentó un análisis VEN sobre las prescripciones del Kenyatta National Hospital (en Kenia).<sup>9</sup>

Pero el mayor margen de control de la inflación farmacéutica se obtiene a través de la evaluación de tecnologías sanitarias. Como afirma Esteban Lifstchitz, hay medicamentos que incluso regalados resultarían caros<sup>10</sup>. Sin embargo, los desafíos en la evaluación de tecnologías sanitarias no son tanto técnicos como políticos. Porque lo ideal no es que cada servicio o sistema haga su propia evaluación para definir qué tecnología usar y cuál es el precio correcto por pagar, sino que se haga una única evaluación para definir su incorporación o no en el mercado. La experiencia internacional nos muestra que una vez que un producto ingresa al mercado, el aparato comercial y legal del oferente (productor o importador) se las ingeniará para que, tarde o temprano, alguien termine pagándolo. A menudo quienes terminan tomando la decisión sobre la cobertura son jueces que ejercen ilegalmente la medicina a través de sus dictámenes.

## Compras eficientes

La eficiencia de la compra consiste en lograr que los medicamentos e insumos adecuados se adquieran al menor costo posible o al menos a un costo que resulte sostenible para los presupuestos sanitarios. Hay dos determinantes de la eficiencia en las compras de medicamentos e insumos que son: a) las economías de escala y b) los niveles de competencia logrados.

**a. Economías de escala.** Los medicamentos e insumos son bienes transables de producción industrial. Su costo de producción resulta proporcional al volumen. Aunque los requerimientos de insumos son variables (en función de la cantidad de productos), también hay costos fijos y costos hundidos que comienzan a tener una incidencia menor en la formación del precio final del producto a medida que el volumen de unidades aumenta. Por estos motivos, cuanto mayor sea una compra en volumen, menor debería resultar el costo final. Ello justifica la búsqueda de agregar demanda en las compras. Mientras las compras locales y de pequeña cantidad suelen obtener precios apenas inferiores a los de los revendedores minoristas, las compras regionales (que agregan mayor volumen) obtienen precios menores y las que agregan escala a nivel nacional consiguen precios aún menores.

**b. Niveles de competencia.** Cuantos más oferentes participan cotizando ofertas, hay una mayor probabilidad de obtener precios menores. Al analizar una serie de compras del programa Remediar de Argentina, se consiguió cuantificar cómo incide sobre el precio de adquisición, un incremento en la cantidad de oferentes.<sup>11</sup> Cuando se controlan las otras variables que interfieren (como escala, lugar y plazos de provisión, requisitos técnicos, administrativos y financieros, etc.), se verifica que cada vez que se duplica la cantidad de oferentes se consigue adquirir a un precio 12.7% menor. Pero cuando se revisan y debaten experiencias de adquisición de medicamentos se suele asumir que lo que detenta mayor capacidad de conquistar eficiencia son las características de la convocatoria o tipo de proceso. Se estimó que el precio promedio de la oferta del oferente local (que incluye firmas tanto nacionales como internacionales) está 9.3% por encima del precio promedio de la oferta de una oferente internacional comparable, para idénticos valores para el resto de las variables. Esto es relativamente consistente con regulaciones que buscando favorecer la compra

nacional otorgan una preferencia de entre el 10% y el 20% a los oferentes nacionales.

En otras palabras, para pagar menos por las adquisiciones es más relevante promover la competencia entre diferentes oferentes que reunir escala.

### Optimizar la utilización

La utilización se desagrega en tres momentos: prescripción, dispensación y consumo. El primero es el mayor determinante del gasto en medicamentos. Tradicionalmente se ha asumido que es la lapicera del médico la que define el gasto en salud (aunque ahora, en tiempos de prescripción electrónica, debiéramos decir su computadora). Un reporte publicado en *The Lancet* concluye que el análisis de las recetas y su retroalimentación para una selección racional (a través de los que se denomina estudios de utilización DUR, por sus siglas en Inglés Drug Utilization Research) constituye una práctica común en sistemas de salud de países desarrollados, pero puede llegar solo al 10% de las recetas emitidas en países en desarrollo.<sup>12</sup> El solo hecho de procesar las recetas, identificar patrones prescriptivos, comparar la prescripción con la nor-

mativa (guías clínicas y protocolos) y luego devolver la información a los prescriptores (por medio de cartas) no solo mejora la calidad y seguridad de la atención, sino que puede permitir ahorros de entre el 3% y el 8% del gasto en medicamentos.<sup>13 14</sup>

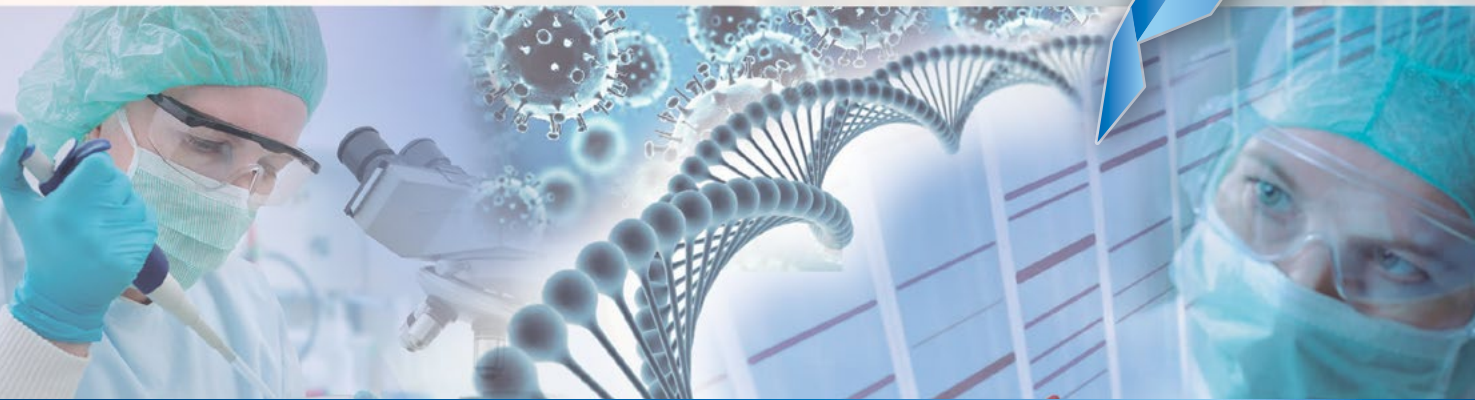
En cuanto a la dispensación, el mayor margen para lograr ahorros es la denominada gestión por dosis unitaria que se implementa en hospitales donde la farmacia central prepara y dispensa cada dosis exacta para cada paciente, envasada y etiquetada individualmente, en vez de entregar frascos o cajas completas a las farmacias de piso o servicios clínicos.

La literatura internacional permite afirmar que un hospital que implemente distribución en dosis unitaria puede esperar ahorros netos del 10–20% en gasto de medicamentos el primer año, y en casos bien gestionados (con automatización y devolución eficiente) puede acercarse al 25–30%, especialmente en áreas de alto consumo como UCI y oncología.<sup>15 16</sup>

Finalmente, hay un amplio margen en la gestión sanitaria para promover el consumo racional de medicamentos por parte de los pacientes: a) Proveer envases adecuados a los tratamientos, en los que no



FUNDACION  
BIOQUIMICA  
ARGENTINA



Desde 1992 comprometidos con la Ciencia, la Salud y la Calidad de Vida

### Programas de la FBA


 <b>ERRORES</b> Programa de Detección de Errores Congénitos	 <b>PEEC</b> Programa de Evaluación Externa de la Calidad "Dr. Daniel Mazzotta"	 <b>PAL</b> Programa de Acreditación de Laboratorios "Dr. Norberto Cabutti"	 <b>PROECO</b> Programa de Educación Continua	 <b>PECIL</b> Programa de Evaluación de Calidad de Procesos de Laboratorios	 <b>PROCAL</b> Programa de Control de Alimentos	 <b>BIOSEGA</b> Biosseguridad y Seguridad en Instituciones de Salud y Medio Ambiente	 <b>PROCORDIS</b> Programa de Control de Enfermedades Cardiovasculares	 <b>PROSAR</b> Programa de Salud Sexual y Reproductiva	 <b>PROES</b> Programa de Estímulos para el Avance de las Ciencias del Laboratorio Clínico	 <b>OBIOS</b> Observatorio Bioquímico de la Salud
---	--	--	--	--	--	---	---	---	---	--

falten ni sobren dosis, b) promover la adherencia en el uso de medicamentos a través de educación y comunicación con el paciente<sup>17</sup>, c) prevenir interacciones y reducir la polimedición. Como es de esperarse, el impacto sobre el gasto farmacéutico resulta mucho mayor cuando se fortalece la gestión de enfermedades crónicas. Por ejemplo, incorporar programas de “Medication Therapy Management” (MTM) reportan ahorros de 8–15% en gasto farmacéutico anual en pacientes polimeditados, por evitar prescripción de duplicados y mejorar la adherencia.<sup>18</sup> En ese sentido, vale la pena destacar el uso reciente de aplicativos de celulares y mensajes de texto a los pacientes para controlar el uso adecuado de medicamentos.<sup>19</sup>

En conclusión, el gestor de salud puede lograr reducciones del 5–15% del gasto en medicamentos en servicios hospitalarios o comunitarios, con picos mayores (20–30%) en programas de antibióticos o de prescripción en polimeditados.

## ¿Cómo vencer el hechizo?

Los gerentes de salud tienen maneras de reducir el gasto en medicamentos. Sí, es cierto que gestionar insumos resulta más fácil allí donde el Estado asume un compromiso con el acceso, la seguridad y la calidad de los productos. Pero aún si esas condiciones no se cumplieran, resta un margen de maniobras que se pueden asumir para reducir el impacto de la inflación farmacéutica sobre los presupuestos de servicios y sistemas.

El conjunto de medidas que se pueden implementar es amplio. La capacidad de reducir el gasto final en medicamentos dependerá, en un tercio, de lo que se implemente a través del fortalecimiento de la selección racional. Un segundo tercio será función de la capacidad que desarrollen para comprar mejor. Y, finalmente, otro tercio dependerá de sus capacidades para optimizar el uso final de los medicamentos. 

## Referencias

- Baumol, W. J. (1993). Health Care, Education and the Cost Disease: A Looming Crisis for Public Choice. *Public Choice*, 77(1), 17–28.
- Shanafelt, T. D., et al. (2019). Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clinic Proceedings*, 94(11), 1900–1911.
- Sargent, M. C., et al. (2004). Stress and Coping among Physicians Compared with Military Norms. *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 46(12), 1225–1233.
- Ortún Rubio, V. (1998). La gestión sanitaria en sus tres esferas: Macro, meso y micro. Conferencia inaugural del XVI Congreso Nacional de la Sociedad Española de Calidad Asistencial, Santander, 13-16 de octubre de 1998.
- Tobar F (2025) Epidemiología de los ministros de salud. Analisis en base a Who-Governs: <https://www.cambridge.org/core/journals/american-political-science-review/article/who-governs-a-new-global-dataset-on-members-of-abinets>
- Grossman, M. (1972). On the Concept of Health Capital and the Demand for Health. *Journal of Political Economy*, 80(2), 223–255.
- Musgrove, P. (1996). Public and Private Roles in Health: Theory and Financing Patterns. World Bank Discussion Paper No. 339. Washington, DC: World Bank.
- Vanderbilt University Medical Center. (2014, August 21). Pharmacy-targeted initiatives lead to lower drug expenses. VUMC Reporter. Recuperado de <https://news.vumc.org/2014/08/21/pharmacy-targeted-initiatives-lead-to-lower-drug-expenses/>
- Nyabuti, A. O., Oketch, O. B., & Kaseje, D. O. (2018). ABC-VEN analysis of pharmaceutical inventory management at Kenyatta National Hospital, Kenya. *African Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 12(9), 109–119. <https://doi.org/10.5897/AJPP2018.4882>
- Lifschitz, E. Agencias de evaluación de tecnologías sanitarias. Lecciones aprendidas en países de Latinoamérica y Europa. Fundación Sanatorio Güemes / FSG. 2017.
- Tobar F. Lecciones aprendidas en la provisión de medicamentos para la atención primaria de la salud. *Salud Publica Mex* 2008;50 supl 4:S463-S469.
- The Lancet. (2010, 12 de junio). Rational use of medicines. *The Lancet*, 375(9731). [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)60944-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)60944-0) The Lancet+2The Lancet+2
- Guo, J. J., et al. (1995). Retrospective drug utilization review and the behavior of prescribers. *Social Science & Medicine*, 41(5), 683–693.
- Grégoire, J.-P., Moisan, J., Potvin, L., Chabot, I., Verreault, R., et al. (2006). Effect of drug utilization reviews on the quality of in-hospital prescribing: a quasi-experimental study. *BMC Health Services Research*, 6, 33.
- Martínez López-de Letona, J., Bujalance Zafra, M. J., & Domínguez Gil Hurlé, A. (2008). Sistema de distribución de medicamentos en dosis unitaria en hospitales: impacto en la seguridad y en el costo. *Revista Española de Salud Pública*, 82(6), 681–691.
- Bonilla Morales, A., & Ruiz-Pérez, I. (2001). Análisis económico del sistema de dosis unitaria en hospitales de América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 10(2), 94–101.
- Cutler, R. L., et al. (2018). Economic impact of medication non-adherence by disease groups: a systematic review. *BMJ Open*, 8(1), e016982.
- Machtiger, E. L., et al. (2007). Adherence to HIV antiretroviral therapy: a qualitative review of interventions. *AIDS*, 21(5), 681–693.
- Finitisis, D. J., Pellowski, J. A., & Johnson, B. T. (2014). Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy (ART): a meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS One*, 9(2), e88166. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0088166>