

Análisis de la Circular 04 de 2006 de la CNPM y Nuevo régimen de precios de medicamentos en Colombia

XII FORO FARMACÉUTICO

Estudio de la Política de Precios de Medicamentos en Colombia

Econometría S.A.

Cartagena - Junio 23 de 2005



**Respuestas a 3 interrogantes:
¿quién financió el estudio?
¿a quién beneficia?
¿por qué fracasará?**

**Ponencia de la FMC frente a la
Circular 04 de 2006 de la
Comisión Nacional de Precios
de Medicamentos
y el “Estudio de la Política de
Precios de Medicamentos en
Colombia” que le sirvió de base**

Actualización: 1 de mayo de 2007

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

¿quién financió el estudio en que se basa la Circular 4/2006?

El “*Estudio de la Política de Precios de Medicamentos en Colombia*” que sirvió de base a la Circular 04 de 2006, fue adelantado por Econometría S.A. y financiado por los siguientes actores de la OFERTA farmacéutica:

- AFIDRO – Asociación de Farmacéuticas Multinacionales
- ASINFAR – Asociación de Farmacéuticas Nacionales
- Cámara de la Industria Farmacéutica de la ANDI (Multinacionales+Nacionales)

Los Ministerios de Comercio, Protección Social y Hacienda, AVALARON pero NO financiaron el estudio de Econometría. Algo inédito y sorprendente.

No hubo ninguna participación de representantes de la DEMANDA (Alcaldías, Gobernaciones, EPSs, IPSs, organizaciones médicas o de pacientes) ni de la intermediación (distribuidores, cooperativas de droguistas, etc.)

- COINCIDENCIAS: El Representante personal del Presidente de la República en la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos tiene vínculos especiales con Econometría y uno de los autores del estudio es Presidente de la Cámara de la Industria Farmacéutica de la ANDI (2007)

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

¿A quién beneficia el Art. 35 de la Circular 04 de 2006?

El Art.35 -el más importante de la nueva norma- dispone la Derogatoria INMEDIATA del Régimen de Control Directo Automático para medicamentos con “menos de tres oferentes en el mercado”:

El Art. 2º de la Circular No.2 de 2005 derogado por el Art.35 de la Circular 04/2006 decía:

*“Con excepción de los medicamentos de venta libre, cuando un medicamento que se produzca, importe o se comercialice, actualmente o en el futuro, tenga **menos de tres oferentes con el mismo principio activo en el mercado**, entra al Régimen de Control Directo de Precios y deberá presentar la correspondiente solicitud de precio máximo de venta al público, de acuerdo con la metodología establecida en esta Circular”.*

- **Los medicamentos con menos de 3 oferentes con el mismo principio activo en el mercado, que podrían abusar de una “posición dominante en el mercado”, entraban automáticamente al régimen de Control Directo. El Estado tenía el derecho de conocer la estructura de los precios solicitados y el poder de APROBAR o RECHAZAR el precio propuesto para productos “monopólicos”.**
- **Con el nuevo régimen, los medicamentos que podrían abusar de una “posición dominante en el mercado”, entrarán en régimen de Libertad Regulada y -solo si se portan mal- pasarán a régimen Control Directo.**
- **El Art.35 de la Circular 04/2006 deroga una norma de protección antimonopólica: El Estado, que podía conocer la estructura del precio solicitado y el poder de APROBAR o RECHAZAR los precios de productos monopólicos, ahora solo podrá hacerlo después de un largo trámite.**

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

En la práctica **LIBERA** todos los precios de medicamentos

Según la Circular 04 de 2006, “quedarán” en Libertad Regulada:

- A) Los medicamentos que sean necesarios para proteger la salud pública, en particular en casos como VIH/SIDA, tuberculosis, malaria y otras epidemias, así como circunstancias de extrema urgencia y emergencia nacional. *No se mencionan explícitamente los ONCOLOGICOS que antes se encontraban en este régimen. La Circular 01/2004 pasó los Oncológicos de Control Directo a Libertad Regulada y publicó una lista de 55 medicamentos del cáncer en este régimen. La Circular 02/2004 redujo esta lista a 9 y ahora la Circular 04/2006 ni los menciona.*
- B) Los “altamente dominantes”, que se encuentren en una “clasificación terapéutica relevante” con un índice de concentración de Herfindhal-Hirschman superior a 0,45 en unidades y valores. *Índice HH mayor que 0,5 se considera “mercado altamente concentrado con evidencia de posición dominante”*
Con la normatividad anterior estos productos entraban en “Control Directo”, sin más enredos.
- C) Los que al momento de su ingreso al mercado carezcan de sustitutos. *Antes, estos productos entraban automáticamente en CONTROL DIRECTO. Ahora entran en LIBERTAD REGULADA y para que puedan pasar a CONTROL DIRECTO, tienen que estar en una “Clasificación Terapéutica Relevante”, compararse su precio con 8 “países de referencia” y demostrarse el abuso. Es decir, pasamos a un sistema COMPLEJO, ONEROSO e INOCUO.*

En la práctica, la Circular 04 de 2006 **ELIMINA** la regulación de precios de medicamentos, favorece el interés comercial de los laboratorios y será “catastrófico” para la sostenibilidad del SGSSS.

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Limita estructuralmente la regulación de precios en Colombia

La Circular 04 de 2006 limita la regulación de precios a “**Clasificaciones Terapéuticas Relevantes**”. Ordena:

- Crear el “**Grupo Técnico Asesor (GTA) de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos**” de 6 miembros (3 de MinComercio +3 de MinProtección Social), dirigido por el Secretario Técnico de la CNPM (MinComercio)
- El GTA recomendará las **Clasificaciones Terapéuticas Relevantes (CTR)** para la política de precios. *El GTA publicó 5 actas de reuniones del 2006 y 2 a mayo de 2007. No se conocen aún las Clasificaciones Terapéuticas Relevantes ni precios de referencia.*

Concentrar la regulación solo en “clasificaciones terapéuticas relevantes” definidas por un organismo que aún no funciona y con base en un sistema de información que aún no existe, significa desmontar el Régimen de Control Directo de precios de medicamentos.

El estudio de ECONOMETRIA dictamina que **SOLO los productos con “problemas de mercado” (con evidencia de poder para fijar precios) ameritan regulación**. Los de “salud pública” (vacunación, enfermedades endémicas e infecciosas) no serían objeto de regulación sino de gasto público. Los de “alto costo” (cáncer, SIDA, IRC, SNC) no ameritan regulación sino aseguramiento y los “medicamentos esenciales”(POS) tampoco ameritan regulación sino vigilancia de calidad.

Según el equipo económico de OBSERVAMED y la FMC cualquier producto “sin competencia” tiene “poder de mercado para fijar precios” y amerita regulación, independientemente de su grupo terapéutico. La visión de Econometría es economicista, favorable para quienes quieren ver los medicamentos como mercancía, pero -en esencia- es falsa y perjudicial para la salud pública

ARGUMENTOS CONTRA LA REGULACION DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS
PROBLEMAS ESPECIALES FRENTE A LA REGULACIÓN DE PRECIOS Según estudio de Econometría S.A.

PROBLEMA	DESCRIPCIÓN	REGULACIÓN
Salud Publica	Vacunación, enfermedades endémicas e infecciosas	No es un problema de regulación sino de gasto público.
Alto Costo	Enfermedades de alto costo pero baja incidencia. Cáncer, Sida, Diálisis, Sistema Nerviosos Central	No es un problema de regulación sino de Aseguramiento
Medicamentos Esenciales	POS	El POS genera un incentivo a la oferta de genéricos o productos de bajo costo, por lo cual el problema no es de regulación de precios sino de vigilancia de la calidad.
Problemas de mercado	Evidencia de poder de mercado para fijar precios.	Es el único argumento para justificar la regulación. Algunos productos de las anteriores categorías pueden tener este problema.

¿No existen vacunas y antibióticos que pueden abusar de su condición monopólica?

¿No regulación, solo mejor aseguramiento?

La idea es clara: DEBILITAR LA REGULACION

Entonces, ¿Es problema del INVIMA? →

Según la FMC, TODO producto exclusivo tiene “poder de mercado” y ese “poder” debe ser siempre →

¿A quién le interesa debilitar el sistema de regulación de precios de medicamentos?

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Sistema de Precios de Referencia impreciso e impracticable

La Circular 04/2006 crea un “Sistema de Precios de Referencia” con 8 “Países de Referencia” para comparar precios de farmacéuticos. Los “Países de Referencia” se seleccionarán:

- Por similitud de PIB per-cápita en paridad de poder de compra
- **Pertenencia a la OMPI** Organización Mundial de Propiedad Intelectual!
- Proximidad a Colombia y
- Disponibilidad de información.

¿Será que estos mercados tienen similitudes ESTRUCTURALES que los hagan comparables?. Economistas! ¿partamos del supuesto de que son similares?

Se entenderá que existe similitud de PIB per-cápita en paridad de poder de compra “si no es inferior a la mitad o superior al doble del colombiano”. **Con el ejemplo del pan de 100 pesos, serían comparables los países donde vale más de 50 y menos de 200**
¿supone esto que los mercados farmacéuticos son estructuralmente comparables?

Los países que se analizarán en el 1er. Período bienal serán 9: Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Panamá, Perú y Venezuela. **¿Cuánto costará la información del primer período bienal? ¿Más de 2.000 millones? ¿y los próximos períodos?. Si la fuente es IMS, solo muestra el mercado privado minorista. ¿y lo institucional?. ¿Y todo esto solo para ver si alguna multinacional no coordina bien?**

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Sistema de Precios de Referencia impreciso e impracticable

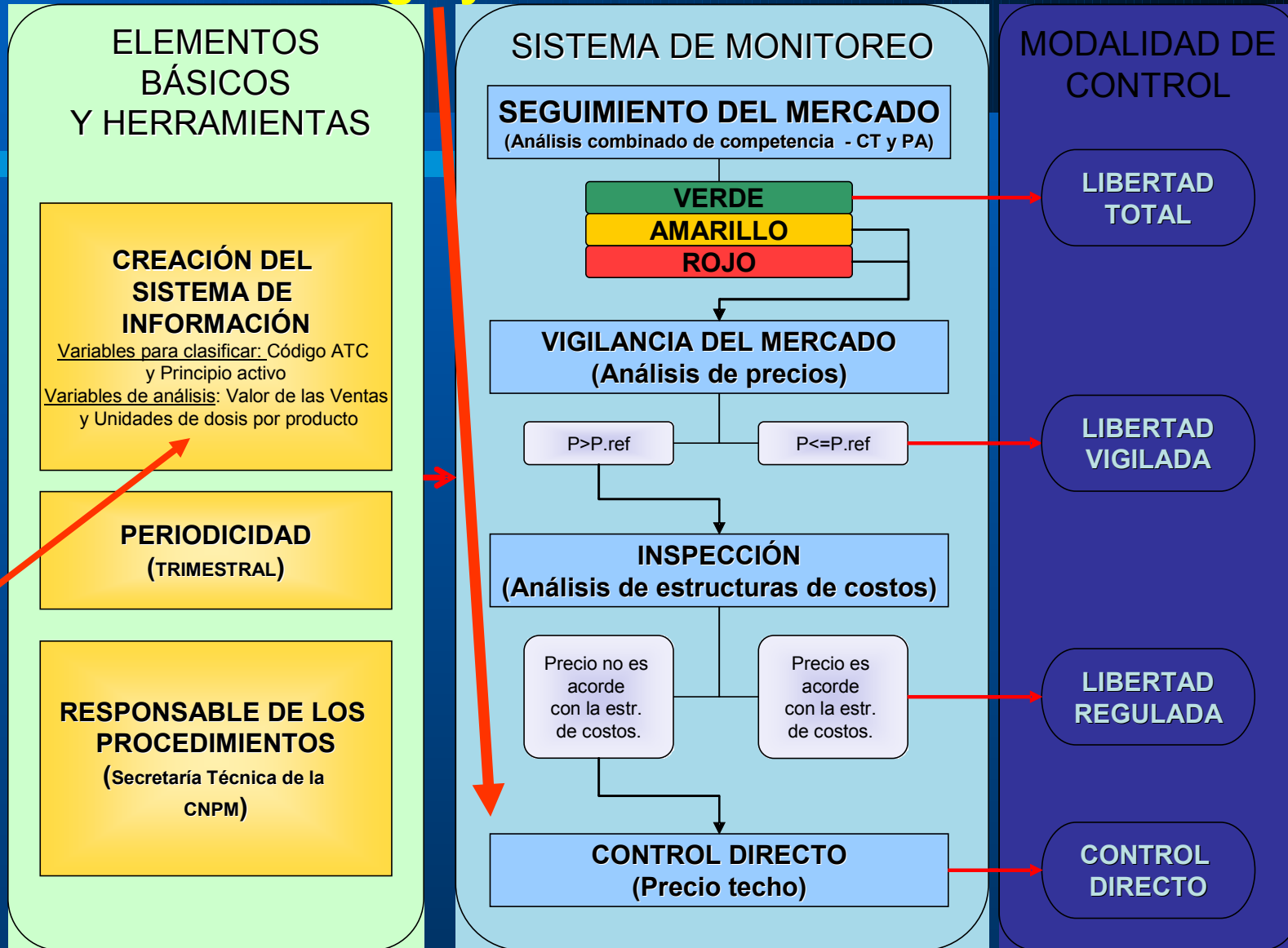
La Circular 04/2006 crea un “Sistema de Precios de Referencia” con **imprecisiones que generan dudas sobre su viabilidad y utilidad:**

- Para definir los precios “techo” del régimen de control directo se utilizarán los precios, netos de impuestos indirectos, de medicamentos iguales [igual composición, concentración, forma farmacéutica y Presentación? IMS maneja precios por “unidades” (Ej.Caja x 20 tabs.) NO “unitarios” o “por dosis” (Ej.1 tab.)¿Qué pasa si la presentación difiere?]
- El precio de referencia internacional será el promedio de los tres (3) precios unitarios más bajos de medicamentos iguales, producidos directa o indirectamente, por la misma casa matriz en los países de referencia, en el mismo canal de distribución En US\$, usando tasas de cambio nominales. Esto supone una similitud (que puede no existir) entre los canales de distribución en los países de referencia y CONTROL solo para productos de multinacionales que cometan el error de manejar en Colombia precios superiores al promedio de 3 países vecinos.
- Mientras no exista este precio se tomará el precio promedio del trimestre anterior ¿de cual precio? ¿PPD? ¿PSP? (ya no existen), ¿el máximo facturado o mínimo?
- Se utilizará el Índice de Herfindahl-Hirschmann para medir el grado de concentración de la oferta en las clasificaciones terapéuticas relevantes ¿A cuál nivel de la Clasificación ATC? Este índice puede mostrar resultados totalmente diferentes según el nivel de la Clasificación ATC a que se aplique.

ESQUEMA DE REGULACIÓN APLICABLE SOLO AL MERCADO PRIVADO MINORISTA

La Circular 04/2006 alarga y enreda el camino del Control

La Circular 04/2006 crea un nuevo Sistema de Información y ordena cambios al sistema de reportes, donde los laboratorios buscan introducir el concepto de “protección a la libre empresa”.



Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Indice HH también impreciso e impracticable

La Circular 04/2006 adopta el “**Indice de Herfindahl-Hirschmann**” para medir el grado de concentración de los mercados:

- *La Norma NO indica si el cálculo de este índice debe ser a 4° o 5° nivel ATC. Queda implícito que es a 4° nivel porque solo allí los productos exclusivos o “monopólicos” hacen parte de mercados “competitivos”.*
- El Grupo Técnico Asesor revisará que en las **Clasificaciones Terapéuticas Relevantes** los productos sean sustitutos entre sí bajo criterios anatómicos y farmaco-terapéuticos de acuerdo con el SISMED de MinProtección y la clasificación internacional ATC. **A mayo de 2007 los reportes al SISMED incluyen el CUM o Código Unico del Medicamento con un “número trazador” que aún no incluye Código ATC. Cuándo definirá el GTA las “Clasificaciones Terapéuticas Relevantes”?**

Sobre el “Nivel de Clasificación ATC” a que deben hacerse los análisis de competitividad del mercado farmacéutico, los expertos económicos del Observatorio del Medicamento y la Federación Médica Colombiana insisten en que la medición de este índice debe hacerse a 5° nivel de la Clasificación ATC (Principio Activo) y no a 4to. Nivel como pretenden algunas farmacéuticas. Ejemplo: **A 4° nivel ATC (Acción farmacológica principal: “Medicamentos usados en disfunción eréctil”) el Índice HH puede mostrar “competitividad” incluyendo moléculas como Papaverina, Sildenafil, Tadalafil, Vardenafil, Yohimbina, etc., que NO tienen alternatividad terapéutica real. A 5° nivel ATC (Principio Activo) el Índice HH del segmento de mercado de Sildenafil muestra competitividad, pero los segmentos de Tadalafil (Cialis) y Vardenafil (Levitra) son Monopólicos.**

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Índice HH a 4° nivel favorece a productos monopólicos

MEDICIÓN DE LA CONCENTRACIÓN DE LOS MERCADOS MEDIANTE EL ÍNDICE DE HERFINDAHL - HIRSMANN

Empresa (i)	Ventas(v _i)	Participación(p _i)	Cuadrado(p _i ²)
firma 1	50	0.25	0.06250
firma 2	50	0.25	0.06250
firma 3	50	0.25	0.06250
firma 4	50	0.25	0.06250
Suma	200	1.00	0.250
EE=HH invertido			4

Empresa (i)	Ventas(v _i)	Participación(p _i)	Cuadrado(p _i ²)
firma 1	81	0.41	0.16403
firma 2	46	0.23	0.05290
firma 3	26	0.13	0.01690
firma 4	21	0.11	0.01103
firma 5	12	0.06	0.00360
firma 6	5	0.03	0.00063
firma 7	5	0.03	0.00063
firma 8	2	0.01	0.00010
firma 9	1	0.01	0.00003
firma 10	1	0.01	0.00003
Suma	200	1.00	0.250
EE=HH invertido			4.00

Empresa (i)	Ventas(v _i)	Participación(p _i)	Cuadrado(p _i ²)
firma 1	93	0.47	0.21840
firma 2	12	0.06	0.00364
firma 3	12	0.06	0.00364
firma 4	12	0.06	0.00364
firma 5	12	0.06	0.00364
firma 6	12	0.06	0.00364
firma 7	12	0.06	0.00364
firma 8	12	0.06	0.00364
firma 9	11	0.06	0.00306
firma 10	11	0.06	0.00306
Suma	199	1.00	0.250
EE=HH invertido			4.00

El índice

$$HHI_e = \sum_{i=1}^n \frac{x_i^2}{X^2}$$

Es una medida del grado de concentración (dispersión) de la producción del mercado.

Su inverso es el número de empresas equivalentes, que generarían el mismo resultado en términos de precios y cantidades, que la estructura industrial observada.

Es vital definir el NIVEL del análisis de la competitividad

Niveles de CLASIFICACION ATC:

- 1. Órgano o sistema en que actúa
- 2. Grupo Terapéutico Principal
- 3. Sub-Grupo Terapéutico
- 4. Acción Terapéutica principal
- 5. Identifica el Principio Activo

Ejemplo de CLASIFICACION ATC

- 1. Sistema Génito-Urinario
- 2. Urológicos
- 3. Otros Urológicos-Antiespasmódicos
- 4. Med.usados en Disfunción Eréctil
- 5. Alprostadil, Papaverina, Sildenafil...

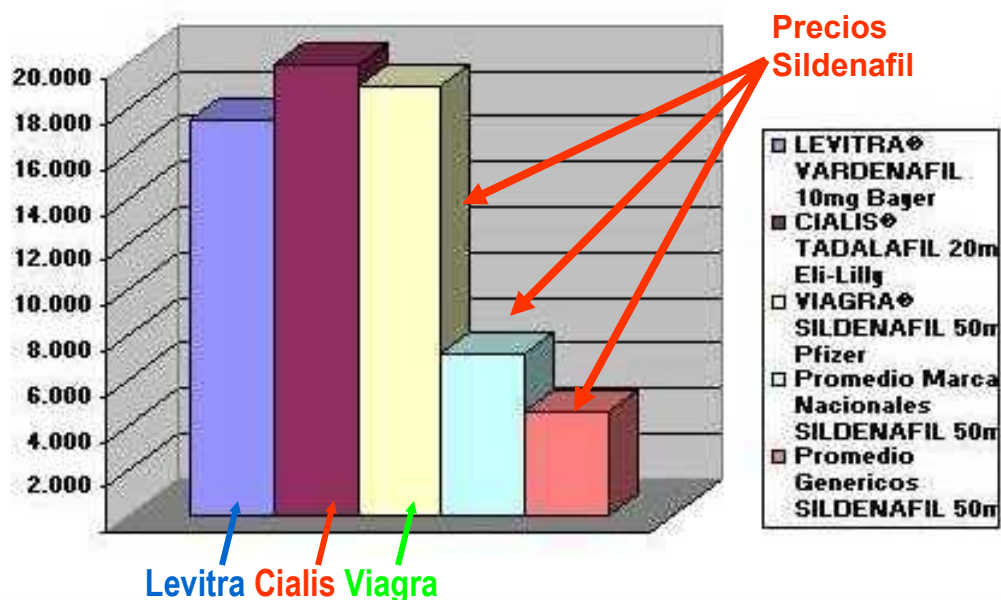
Competitividad según Nivel de análisis:

- A 4° nivel (Med.usados en Disfunción Eréctil) puede haber competitividad pero NO "alternatividad terapéutica real" entre Alprostadil, Papaverina, Sildenafil, Apomorfina, Tadalafil, Vardenafil, etc.
- A 5° nivel, el segmento de mercado de Sildenafil es competitivo y los seg. de Tadalafil y Vardenafil son Monopólicos.

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

El análisis de competitividad debe hacerse a 5º Nivel ATC

Opciones recientes de tratamiento de Disfunción eréctil
Precios Promedio Distribuidor de dosis equivalentes



OBSERVAMED y la FMC insisten en que el análisis de competitividad de mercados debe hacerse a 5º Nivel ATC (Principio Activo). Ej:

- En análisis a 4º nivel (Medicamentos usados en Disfunción Eréctil) puede haber “competitividad” pero NO una “alternatividad terapéutica real” entre Alprostadil, Papaverina, Sildenafil, Apomorfina, Tadalafil, Vardenafil, etc.
- En análisis 5º nivel ATC (Principios Activos), SI, existe “alternatividad terapéutica real” y pueden verse diferencias de competitividad por segmento de mercado:
- El segmento de Sildenafil puede considerarse “competitivo”. Los segmentos de Vardenafil y Tadalafil son “monopólicos”

La alternatividad terapéutica REAL y Competitividad se aprecian en el 5º nivel de la Clasificación ATC:

- Si un médico receta Sildenafil para un caso de disfunción eréctil, a nadie se le ocurre que Alprostadil, Papaverina o Apomorfina, sean alternativas terapéuticas equivalentes y este mercado sea competitivo.
- En cambio, hay alternatividad terapéutica real y competitividad con Viagra, otras marcas o genéricos de Sildenafil y No hay competitividad en mercados de Vardenafil y Tadalafil porque son monopólicos

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Circular 04 de 2006 limita la regulación de precios porque:

1. **DESACTIVA** el carácter AUTOMÁTICO del Régimen de Control Directo de precios para medicamentos “monopólicos”
2. **Desactiva el Régimen de Libertad Regulada para Oncológicos y limita los recursos del Estado para el control de precios**
3. **Limita la regulación a “Clasificaciones Terapéuticas Relevantes”, libera el resto y favorece posiciones dominantes en el mercado**
4. **Crea un “Sistema de Precios de Referencia” con 8 “Países de Referencia” a todas luces impreciso, oneroso, ineficiente e inocuo**
5. **Adopta el “Índice de Herfindahl-Hirschmann” sin especificar el Nivel ATC a que se medirá el grado de concentración de este mercado.**
6. **DEROGA** una normatividad antimonopólica simple y eficaz para reemplazarla por un sistema favorable para el interés comercial de los laboratorios y **DESFAVORABLE** para los intereses de la Salud Pública y la sostenibilidad del SGSSS.
7. **Producirá un daño colateral en salud y vidas humanas proporcional a las limitaciones del acceso a medicamentos por su encarecimiento.**

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

La Circular 04 de 2006 favorece a fármacos monopólicos

Según estudio de Econometría:
 Control directo a 182 productos
 3,4% de los productos
 2,5% de las ventas
 1,5% de ventas en unidades

Libertad regulada a 1.082 productos
 20,4% de los productos
 24,1% de las ventas
 23,5% de ventas en unidades

Se benefician las firmas farmacéuticas que financiaron el estudio de Econometría, especialmente los monopólicos, los más costosos, los de mayor valor recobrado al FOSYGA.

■ Monopólico
 ■ En Alerta
 ■ Competidos

Libertad vigilada a 4.053 productos
 76,1% de los productos
 73,1% de las ventas
 75,6% de ventas en unidades

% De PRODUCTOS SEGÚN GRADO DE COMPETENCIA en el MERCADO
 (Resultados con base en las Ventas del último trimestre de 2004)

SISTEMAS ONEROSOS EN COSTOS Y SECUELAS

En 1999 MinDesarrollo gastó Col\$ 360 millones en un sistema de información de precios que en 2007 NO existe. ¿Cuánto se está gastando HOY con este sistema -muy costoso en insumos- solo para DEBILITAR la regulación de precios de medicamentos, limitar el acceso y comprometer la viabilidad financiera del SGSSS?

La desregulación de precios limitará el acceso a medicamentos y quebrará el sistema de salud

PRODUCTOS POR RÉGIMENES REGULATORIOS PARA LA TRANSICIÓN

Propuesta epidemiológica y económicamente irracional de **ECONOMETRIA** 1/4

RÉGIMEN	No de Productos por proceso de seguimiento según régimen				
	Control (Precio Techo)	Inspección	Vigilancia	Seguimiento	%
CONTROL DIRECTO	19	19	19	19	0.36%
LIBERTAD REGULADA	-	243	243	243	4.57%
LIBERTAD VIGILADA	-	-	1,008	1,008	18.94%
LIBERTAD TOTAL	-	-	-	4,053	76.14%
TOTAL	19	262	1,270	5,323	100%
%	0.36%	4.92%	23.86%	100%	

Se sugiere, para la transición, dejar en régimen de control directo solo los 19 productos en que coinciden los criterios de la CNPM con los criterios de este estudio.

En libertad regulada quedarían los restantes 163 productos en rojo que actualmente no están en control directo, más los 80 productos en amarillo que actualmente están en control directo o libertad regulada.

En libertad vigilada, quedarían los restantes 1.008 productos en amarillo.

En libertad total todos los productos que fueron clasificados en verde en este estudio.

LOS 19 PRODUCTOS QUE ECONOMETRIA PROPONE EN CONTROL DIRECTO ^{2/4}

Marca Registrada	D. C. I.	PPD-4T-04	PSP-4T-04	Laboratorio
DIGICOR	DIGOXINA	2.373	2.373	ABBOTT
MYDRIACYL	TROPICAMIDA	6.135	6.135	ALCON
MANITOL AL 20%	Manitol 20% solución inyectable	6.401	6.658	CORPAUL
OSMORIN (MANITOL) AL 20%	MANITOL	8.625	10.147	BAXTER
TRANEXAM 500 mg	TRANEXAMICO ACIDO	10.191	10.191	ROPSOHN_LAB
BUPIROP 0,5% SIMPLE	BUPIVACAINA	6.589	10.981	ROPSOHN_THE
RITALINA 10 mg	METILFENIDATO	11.300	12.180	FN_ESTUPEFACIENTES
CARBOLIT 300 mg	LITIO CARBONATO	13.084	13.084	BUSSIE
TESTOVIRON DEPOT	TESTOSTERONA PARENTERAL	8.512	13.095	SCHERING_COL
KETALAR 50 mg	KETAMINA CLORHIDRATO	13.609	13.609	PFIZER
THERALITE 300 mg	LITIO CARBONATO	10.300	15.450	SANOFI_AVENTIS
MOPSALEM 10 mg	METOXALENO	11.533	19.222	CALIFORNIA
TEMISOL 30 mg	LEVAMISOL	25.500	40.000	SYNTHESIS
AZACTAM	AZTREONAM	44.625	60.160	BRISTOL_MYERS_SQUIBB
OMNIPAQUE	IOHEXOL	137.698	137.698	SANOFI_AVENTIS
SYNTOCINON	OXITOCINA	161.926	161.926	NOVARTIS
INMUNOGLOBULINA AG	INMUNOGLOBULINA HUMANA	60.000	186.300	DELTA
NARCAN	NALOXONA	177.000	193.739	BRISTOL_MYERS_SQUIBB
BLENOXANE	BLEOMICINA	78.870	265.276	BRISTOL_MYERS_SQUIBB

Valor de una canasta de estos productos a precio distribuidor y público:

794.271 1.178.224

Valor Unitario promedio de estos productos con precios de 2004:

41.804 62.012

FMC Y OBSERVAMED: 19 PRODUCTOS QUE SI DEBEN ESTAR EN CONTROL DIRECTO

HEPATECT	INMUNOGLOBULINA HUMANA HIPERINMUNE	2.260.525	3.364.702	AMAREY_NOVAMEDICAL
CUROSURF	FOSFOLIPIDOS (SURFACTANTE EXOGENO)	1.410.235	3.400.872	AMAREY_NOVAMEDICAL
TEMODAL 100 mg	TEMOZOLOMIDA	2.087.000	3.443.550	SCHERING_PLOUGH
FLUDARA	FLUDARABINA	2.157.062	3.524.610	SCHERING_COL
XIGRIS	DROTRECOGIN ALFA	2.685.690	3.625.681	ELI_LILLY
DAXIM	LEVOSIMENDAN	2.507.407	3.848.460	ABBOTT
ETHYOL INYECTABLE	AMIFOSTINA	2.359.722	3.893.541	SCHERING_PLOUGH
HYCANTIN	TOPOTECAN	2.976.480	4.144.544	GLAXOSMITHKLINE
SYNAGIS 100 mg	PALIVIZUMAB	2.791.819	4.352.178	ABBOTT
BRISTAXOL 300 mg	PACLITAXEL	2.953.830	4.544.354	BRISTOL_MYERS_SQUIBB
HUMIRA 40 mg	ADALIMUMAB	2.592.528	4.861.765	ABBOTT
MABCAMPATH	ALEMTUZUMAB	3.570.000	5.833.333	SCHERING_COL
ACTILYSE 50 mg / 50 mL	ALTEPLASA	3.812.003	6.469.442	BOEHRINGER_INGELHEIM
FLUDARA	FLUDARABINA	4.314.125	7.049.225	SCHERING_COL
VALIXA 450 mg	VALGANCICLOVIR	4.765.570	7.686.403	ROCHE
MABTHERA	RITUXIMAB	5.951.938	8.266.580	ROCHE
VISUDYNE	VERTEPORFINA	3.910.797	8.603.753	NOVARTIS
TEMODAL 250 mg	TEMOZOLOMIDA	5.217.500	8.608.875	SCHERING_PLOUGH
HERCEPTIN	TRASTUZUMAB	6.728.728	10.351.889	ROCHE
GLIVEC 400 mg	IMATINIB	7.807.876	10.931.026	NOVARTIS

Valor de una canasta de productos a precio distribuidor y público:

70.600.310 113.440.081

Valor Unitario promedio de estos productos con precios de 2004:

3.715.806 5.970.531

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Diferencias de impacto económico entre ambas propuestas^{4/4}

Los 19 productos que Econometría propone llevar a régimen de control directo tienen un impacto regulador 100 veces inferior al de los 19 productos que propone la Federación Médica. La regulación propuesta por Econometría es inocua.

Impacto del Control Directo de Precios de 19 Medicamentos Según Propuesta de **ECONOMETRIA** y Ejemplo de **OBSERVAMED**



Impacto económico de 19 productos en Control Directo "Que deberían iniciar en control en el periodo de transición"		
Propuesta ECONOMETRIA	PPD-4T-04	PSP-4T-04
Total canasta 19 productos	794.271	1.178.224
Valor Promedio x producto	41.804	62.012
%Dif.PSPvsPPD		48

Impacto económico de 19 productos en Control Directo "Que deberían estar en control por tener menos de 3 oferentes"		
Ejemplo OBSERVAMED	PPD-4T-04	PSP-4T-04
Total canasta 19 productos	70.600.310	113.440.081
Valor Promedio x producto	3.715.806	5.970.531
%Dif.PSPvsPPD		61

	PPD-4T-04	PSP-4T-04
Propuesta ECONOMETRIA	794.271	1.178.224
Propuesta OBSERVAMED	70.600.310	113.440.081

Nuevo Régimen de Precios de Medicamentos

Circular 04/2006 desregula y además DESINFORMA

OBSERVAMED y la Federación Médica Colombiana identificaron 3 tipos de FALLAS en el anterior sistema de reportes de la CNPM:

- 1. Fallas en UNIVERSALIDAD:** Algunos Importadores de Productos de Alto costo y Comercializadoras con “marcas propias” no estaban reportando sus productos. Varios Laboratorios simplemente incumplían la norma, sin ninguna sanción desde el año 2003.
- 2. Fallas en PARAMETRIZACION:** Ej.: Las circulares de la CNPM no definen conceptos técnicos para el reporte de principios activos, por lo tanto éstos se reportaban a veces incompletos, incorrectos, redundantes, en órdenes diversos, con separaciones diversas, etc. lo cual dificultaba el ordenamiento por este criterio.
- 3. Fallas en VERACIDAD:** Más del 80% de los Registros Sanitarios tenían error y no faltaba el laboratorio que reportaba registros falsos. Existían casos de marcas genéricas y secundarias reportando precios iguales y en ocasiones superiores a los de la Marca Original. Casos de aumentos exagerados en precios reportados y diferencias de más del 1.000% entre PPD y PSP del mismo reporte, sin que la CNPM haya tomado ninguna medida desde el año 2003.

La Circular 04/2006 introduce el SISMED y un nuevo sistema de reportes que deberá resolver los anteriores problemas. Desaparecen el PPD y PSP y aparecen el “menor precio facturado” (mpf) y Mayor Precio Facturado (MPF), se reportarán unidades vendidas por canales y comenzarán a reportar los mayoristas, EPSs e IPSs. A mayo de 2007, lo que se ha visto es improvisación, cambios de plazos y un corte del flujo de información que vá para 6 meses. Con el primer reporte se sabrá si los laboratorios logran además limitar la información de precios con el argumento de protección a la libre empresa.



Mayor información sobre FMC y Observamed:

www.observamed.org

www.med-informatica.net

www.med-informatica.com

<http://fmc.encolombia.com>

<http://colegiomedico.cundibogota.googlepages.com/>