

**UNIVERSIDAD NACIONAL
FEDERICO VILLARREAL**

**VICERECTORADO DE
INVESTIGACIÓN**

ESCUELA UNIVERSITARIA DE POSGRADO

**“MEDICAMENTOS, PRECIOS Y ACCESO A LA SALUD EN EL
PERU 2010-2016”**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE
DOCTORA EN SALUD PÚBLICA**

AUTORA:

MAG. LOBATON ERAZO MARGARITA EVA

ASESORA:

HERNANDEZ FERNANDEZ ELOISA

JURADO:

DR. FIGUEROA QUINTANILLA DANTE ANIBAL

DR. JAUREGUI FRANCIA FILOMENO

DR. ALVITEZ MORALES JUAN

LIMA – PERU

2019

**“MEDICAMENTOS, PRECIOS Y ACCESO A LA SALUD
EN EL PERU 2010-2016”**

MAG. LOBATON ERAZO MARGARITA EVA

INDICE

Resumen

Abstract

I. Introducción

1.1 Planteamiento del Problema.....	8
1.2 Descripción del problema.....	11
1.3 Formulación del Problema	62
1.4 Antecedentes	63
1.5. Justificación de la Investigación	64
1.6. Limitaciones de la investigación.....	65
1.7 Objetivos	66
1.8 Hipótesis.....	66

II. Marco Teórico

2.1. Marco Conceptual.....	106
----------------------------	-----

III. Método

3.1. Tipo de investigación	115
3.2 Población y Muestra	116
3.3 Operacionalización de Variables	117
3.4 Instrumentos.....	118
3.5 Procedimientos.....	119
3.6 Análisis de datos	120

IV. Presentación de Resultados.....	123
-------------------------------------	-----

V. Discusión de Resultados	163
----------------------------------	-----

VI. Conclusiones.....	167
-----------------------	-----

VII. Recomendaciones.....	170
---------------------------	-----

VIII. Referencias.....	173
------------------------	-----

IX. Anexos.....	186
-----------------	-----

RESUMEN

La presente investigación tiene como propósito determinar cuáles son los criterios utilizados en la asignación de precios de los medicamentos genéricos consumidos en el Perú que se ofrecen en el mercado farmacéutico (Laboratorios, droguerías, Farmacias y Boticas). Este es un problema recurrente y observable en los países en desarrollo y que guarda estrecha relación con el derecho a la salud que el Estado debe garantizar a los ciudadanos.

Asimismo se trata de determinar de qué manera el alto precio de los medicamentos genéricos constituye una barrera de acceso a la salud, que incide sobre los índices de bienestar de la población y que el Estado a través de políticas públicas de acceso a los medicamentos debe atender. Los resultados del trabajo pueden servir para que el gobierno tome decisiones de políticas de salud a fin de que los pacientes puedan ser atendidos mediante el acceso a medicamentos genéricos de calidad y de bajo costo.

Palabras clave: medicamentos genéricos, mercado farmacéutico, precios, políticas públicas.

ABSTRACT

The purpose of this research is to determine what are the criteria used in the price allocation of generic drugs consumed in Peru that are offered in the pharmaceutical market (Laboratories, drug stores, Pharmacies and Apothecaries). This is a recurring and observable problem in developing countries that is closely related to the right to health that the State must guarantee to citizens.

It also seeks to determine how the high price of generic drugs constitutes a barrier to access to health, which affects the welfare indexes of the population and that the State through public policies of access to medicines must address . The results of the work can help the government make health policy decisions so that patients can be treated through access to quality, low-cost generic drugs.

Keywords: generic drugs, pharmaceutical market, prices, public policies.

I. INTRODUCCIÓN

La políticas de liberalización del comercio en el sector salud ha generado una serie de ventajas y desventajas en el acceso de ciudadanos a los productos farmacéuticos. Contra la idea de que el libre mercado debe ser el que asigne los precios de los medicamentos, se considera que los mecanismos de fijación de precios no deben evaluarse solo en función de la ganancia. La razón es que el medicamento es un bien esencial ,diferente al resto de bienes que se comercializan en una sociedad y porque no se puede tratar a la salud como una mercancía más, dado que de por medio se encuentra en cuestión derechos fundamentales.

Los productos farmacéuticos son esenciales para la existencia de los miembros de una sociedad pues el componente salud redunda en todos los aspectos, desde el derecho a la vida, a una salud eficaz, al desarrollo del trabajador, de las familias, de las comunidades y de las sociedades.

La deficiente cobertura de salud de grandes sectores de la población y el alto precio de los medicamentos de marca constituyen un gran problema para el acceso al medicamento. Esto se ha evidenciado en los últimos diez años, donde la población peruana se ha visto obligada a utilizar cada vez menos medicamentos debido a sus precios continuamente crecientes. Esto precariza la salud. En el 2014 la compra de medicinas por personas disminuyó 61% con relación a lo registrado en 2008. Sin embargo el incremento de la oferta de medicamentos en los diez últimos años no ha contribuido a la autorregulación del mercado en el sentido de obtener medicamentos con precios más bajos.

Hoy se considera que la principal barrera para el acceso a los medicamentos lo constituye el factor económico, reflejado principalmente en los ingresos mínimos de los ciudadanos, perdiendo por consiguiente la capacidad de adquisición, sobre el que incide el elevado precio de los medicamentos. Los precios elevados de los medicamentos son establecidos

en función a criterios lucrativos e injustos, dejando de lado la consideración de que el medicamento es un bien social.

La presente investigación tiene como objetivos determinar cuáles son los criterios utilizados en la asignación de precios de los medicamentos consumidos en el Perú que se ofrecen en el sistema de comercialización y determinar de que manera el alto precio de los medicamentos genéricos constituye una barrera de acceso a la salud.

Para el desarrollo de la tesis se ha seguido el modelo dispuesto por la Escuela de Post grado en su guía metodológica. Para ello se ha dividido el trabajo en 5 capítulos.

En el primer capítulo se desarrolla, fundamenta, explica y formula el problema de investigación que tiene que ver con los criterios usados para la asignación de precios, describiéndose la realidad problemática.

En el capítulo dos, se desarrolla un marco teórico que está relacionada con teorías de la salud pública, del mercado farmacéutico, de teoría de precios y de acceso a la salud.

Se ha construido la hipótesis, variables e indicadores a ser contrastados tomando en consideración de que se trata de una tesis explicativa.

En el capítulo tres, se ha desarrollado el método cuantitativo y se ha definido las muestras de naturaleza probabilística y determinística.

En el capítulo cuatro, se ha presentado los resultados contrastando las hipótesis y se ha analizado e interpretado los resultados usando estadística descriptiva e inferencial.

Finalmente en el capítulo cinco, se ha discutido los resultados y se ha planteado las conclusiones y recomendaciones.

La autora

1.1 Planteamiento del Problema

En los últimos quince años el modelo de libre mercado se ha impuesto en las economías latinoamericanas. En consonancia con este modelo se han efectuado esfuerzos regionales para desarrollar zonas de libre comercio, y ha ido acompañado de iniciativas mundiales como el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) que formaron parte del acuerdo del GATT. Varios países han elegido regularizar y liberalizar los precios farmacéuticos y el comercio, dentro del contexto de las reformas de mercado de sus economías, renunciando de este modo a las políticas de control de precios e intervención estatal que caracterizaron a los años sesenta y setenta.

En una encuesta en los países de la Región del 2012, el 41% ahora permite casi la libertad total del mercado para la fijación de los precios de los productos farmacéuticos, y solo un 24% de esta muestra mantiene el control completo sobre los precios. Esto marca un contraste notable con la situación anterior a 1990 donde más del 60% de los países del mismo grupo se caracterizaron por el control total de los precios farmacéuticos.

Se cree en la eficacia de las fuerzas competitivas de los mercados para regular los precios y estimular el crecimiento económico, así como la realización de las desventajas de las medidas de control, incluidos los procedimientos burocráticos, la escasez de productos, la manipulación política de los precios y la incapacidad para vigilar y hacer cumplir los controles de precios. En varios países, una mayor libertad de precios ha simplificado procedimientos y reducido el trabajo requerido por el Estado. También ha proporcionado a los mercados mayor variedad de productos y provisión de medicamentos más estable.

Por la libertad para la fijación de precios y la liberalización comercial también han ido acompañados por aumentos en precios y gastos, una proliferación de productos y

promoción extraordinaria que conduce al consumo excesivo. Si bien puede argumentarse que los aumentos súbitos de precios son una reacción a corto plazo a los niveles de precios que los gobiernos mantuvieron lícitamente bajos, también existen inquietudes que esa competencia de mercado y libre comercio, pueden ser insuficientes para garantizar niveles de precios que promuevan el acceso equitativo a los medicamentos y que puedan controlar los costos.

La liberación de comercio y los precios pueden tener una repercusión social notable, porque los precios para los bienes no comercializados (es decir servicios) y los niveles salariales no se incrementan generalmente de manera similar a los aumentos de precios de los bienes comercializados en el corto plazo. Existe una inquietud legítima de que una ausencia total de intervención por parte del gobierno en un proceso de liberalización puede estimular las economías pero dañar a los resultados sociales.

Pero con el fin de proteger los objetivos sociales en parte que muchos países con situaciones diferentes en gran medida han elegido mantener alguna forma de control de precios para los productos farmacéuticos. De una muestra de 23 países industrializados, todos tenían algún grado de control, aunque en 10 de ellos se trató de versiones limitadas. Para los países en desarrollo, excluida América Latina solo el 21% no presentó ninguna participación en la fijación de los precios para los productos farmacéuticos.

Por consiguiente, la liberalización del comercio y de los controles en varios países latinoamericanos, conjuntamente con iniciativas para armonizar los mercados, está resultando en un experimento en gran escala que pone a prueba las ventajas y desventajas de mercados más libres para los productos farmacéuticos en diferentes contextos nacionales.

Pero los cambios en los mecanismos de fijación de precios no deben evaluarse solo en función de la eficiencia económica y el mejoramiento en el comercio, porque si el control

de precios para los productos farmacéuticos es un tema de importancia para la forma macroeconómica, es mucho más importante para la reforma del sector salud. Las economías de la mayoría de las naciones en desarrollo no dependen en gran medida para el crecimiento de los productos farmacéuticos, pero estos productos son esenciales para la salud. La deficiente cobertura de salud de grandes sectores de la población y el alto precio de los medicamentos de marca constituyen un gran problema para el acceso al medicamento.

En los últimos diez años la población peruana se ha visto obligada a utilizar cada vez menos medicamentos debido a sus precios continuamente crecientes. Como resultado en el 2014 la compra de medicinas por personas disminuyó 61% con relación a lo registrado en 2008; sin embargo el incremento de la oferta de medicamentos en los diez últimos años no ha contribuido a la autorregulación del mercado en el sentido de obtener medicamentos con precios más bajos.

Considerando que la mayoría de personas no se encuentran dentro de un sistema de seguro la principal barrera para el acceso a los medicamentos lo constituye el factor económico, reflejado principalmente en los ingresos mínimos de los ciudadanos, perdiendo por consiguiente la capacidad de adquisición, sumándose a esto el elevado precio de los medicamentos, agravándose aún más esta situación de inaccesibilidad.

El elevado precio de los mismos, son establecidos en función a criterios lucrativos exagerados e injustos, dejando de lado que el medicamento es un bien social.

La producción nacional de medicamentos es reducida, siendo desplazada por la importación que se justifica por la optimización de costos en la producción, obteniendo un precio final más bajo; por lo tanto, supuestamente el consumidor tendría a su alcance medicamentos de menor precio; situación que no es cierta, ya que la asignación de los precios colocados para los medicamentos es arbitraria y está en función a la utilidad, lucro

de los fabricantes, importadores y de toda la cadena de distribución que le corresponde a dicho producto.

La producción de medicamentos se concentra en los países desarrollados quienes generan el 89% de la producción mundial y consumen el 70% de los productos farmacéuticos.

1.2 Descripción del problema

En el mundo globalizado, al menos en teoría, el modelo de economía de libre mercado presupone la ausencia de obstáculos y barreras que impidan la circulación de bienes y servicios a través de los países que se integran para obtener un crecimiento estable. Pero en la realidad la integración comercial es asimétrica entre países desarrollados y países en desarrollo por la forma como se distribuyen los excedentes y la forma como se asignan los precios en el mercado internacional. Las economías desarrolladas como Estados Unidos de Norteamérica (EE.UU) y los países de la Unión Europea (U.E) vienen negociando numerosos tratados comerciales con el afán de profundizar la liberalización comercial y fortalecer ámbitos de interés, entre ellos la propiedad intelectual. Más de 35 países en desarrollo han firmado tratados de libre comercio (T.L.C.) y más de 120 se encuentran en proceso de negociación (*Chan, M. 2011*).

1.2.1 Los medicamentos en los países en desarrollo

Una tendencia que se observa es el aumento del consumo de medicamentos a precios corrientes del mercado, que fue considerable en el mundo durante la última década. Así mientras en 1976 el mercado era de 43 billones de dólares, en 2013 alcanzo los 224.1 billones de dólares. El consumo promedio per-cápita creció pasando de 10.3 dólares en 1976 a 39.4 en 2013.

Uno de los factores que hay que resaltar es la influencia de las variaciones de los precios por efecto del incremento neto de estos, y en algunos casos la caída, debido a las fluctuaciones de las tasas de cambio y la inflación, que se convierten en la realidad en un mecanismo indirecto de transferencia de riqueza .

En este último decenio el crecimiento de los mercados Latinoamericanos, es menos dinámica . Se observa que en el mismo período Brasil, México y Argentina retrocedieron posiciones en el ranking de los 20 principales mercados.

En la mayor parte de América Latina y del Caribe el mercado de medicamentos se divide entre el sector público y uno privado. La distribución del consumo de medicamentos es asimétrica entre estos dos sectores. La variabilidad se explica por la capacidad de gasto disponible y asignada en el presupuesto público y por otro lado en el nivel de ingresos de la población que depende del nivel desarrollo de las sociedades.

Se ha señalado que aproximadamente tres quintos del mercado es absorbido por el sector público y el privado consume los dos quintos restantes, cubriendo un grupo reducido de la población de menores recursos de las áreas rurales próximas a las ciudades y de las urbanas periféricas. Lo que es una tendencia observada es que la mayoría de la población rural y urbana marginal no tiene acceso a los medicamentos críticos para el tratamiento de las patologías relevantes, a pesar de que el número de medicamentos que se comercializa en cada país excede de 4.000 en promedio.

Existen a su vez grandes diferencias en los volúmenes de producción y de consumo y en el consumo per cápita entre los países mas desarrollados de la región con economías de ingreso medio alto y aquellos de menores recurso con economías de ingreso bajo o medio bajo. Estas economías medias por su falta de capacidad tecnológica y de investigación, dependen de la importación de productos terminados, la cual exige un fuerte desembolso de dinero, que a su vez implica la disponibilidad de divisas.

Los países desarrollados requieren de moneda dura para importar la mayor parte de la materia prima utilizadas en la manufactura de los medicamentos o como insumo intermedios en la fabricación de algunos principios activos.

El gran problema estructural es que sin una industria química fuerte, la América Latina y el Caribe dependen de un 95% de la importación para cubrir sus necesidades de medicamentos, ya sea bajo la forma de productos intermedios, materia prima, o productos terminados. El intercambio comercial regional es aun limitado y los esfuerzos para la integración económica que promueve el desarrollo conjunto, un grado razonable de autonomía tecnológica o la autosuficiencia regional relativa. (*Malvestiti, G. 2005*).

La oferta de medicamentos en los países en desarrollo corresponde a una demanda que no refleja las verdaderas necesidades de toda la población por los siguientes factores:

1. La mayor parte de la demanda visible y cuantificable corresponde al porcentaje menor de la población que tiene acceso al sector privado de atención de salud y suministro de medicamentos (10-15% de la población).
2. Una demanda menor puede reflejar las necesidades de la fracción de la población que tiene acceso al sistema de salud de los Ministerios y la seguridad social, especialmente en los casos en que los medicamentos se entregan en forma gratuita o parcialmente subsidiados a través del canal privado (60-10 % población).
3. Un sector importante de la población no tiene acceso a servicios de salud y prima la automedicación, las recomendaciones de familiares, miembros de la comunidad y expendedores formales o informales de medicamentos.
4. La propaganda es un factor decisivo en la formación de la demanda. Esta publicidad no controlada a través de los medios de comunicación y la ejercida en forma directa por los representantes de los fabricantes o importadores, orientada a promover la venta

de líneas seleccionadas y dirigidas en primer lugar al médico y en segundo lugar a los dueños de farmacias y boticas, distorsionan los hábitos de consumo.

Por otro lado la política de acceso a medicamentos genéricos, hasta ahora no es un factor decisivo en una política nacional de salud que genere una mayor esperanza de vida, mejores condiciones de atención sanitaria.

El entorno

Los sistemas de salud en el mundo reciben un fuerte impacto de las decisiones de maximizar las ganancias de las grandes corporaciones farmacéuticas y de lo que los gobiernos decidan en materia de salud pública, porque impactan sobre sus costos y comprometen la gobernanza institucional. Por otro lado la transición demográfica, que implica los cambios estructurales de una sociedad donde la mortalidad y la natalidad se han reducido y los grupos de mayor edad comienzan a adquirir una participación relativa sobre el total, mayor que los más jóvenes, es un factor decisivo. Se observan también transiciones epidemiológica, alimentaria, tecnológica y cultural y en los países en desarrollo, estas transformaciones registran características específicas que implican estrategias diferenciadas.

La población envejece indeteniblemente, junto con la reducción de la mortalidad general y de la tasa de fertilidad de las mujeres, y marcan el predominio de las enfermedades crónico degenerativas, que son hoy las principales causas de muerte y enfermedad de la población. La urbanización extendida vertical y horizontalmente y la modernización de la vida, ocasiona un sedentarismo progresivo, agravado por las nuevas formas de entretenimiento. Los niños ven reducidos los espacios públicos por la violencia e inseguridad.

Los cambios en la tecnología médica, la organización de los sistemas de salud y la capacidad de cada país de desarrollar y producir las tecnologías adecuadas para

enfrentar las enfermedades adquieren mayor relevancia. Los cambios tecnológicos también requieren que dentro de las políticas de salud, se asuma una estrategia nacional orientada a la investigación y al desarrollo tecnológico, para reducir la dependencia externa en materia de nuevas tecnologías médicas.

Los gobiernos tienen que cambiar las políticas públicas de salud. Los sistemas de salud han sido diseñados para brindar respuestas a cuadros agudos. Hoy deben transformarse en redes de cuidados orientadas a enfermedades crónicas, como procesos neurodegenerativos y cuadros depresivos, entre otros.

En este nuevo contexto, es importante que los cuidados sean continuos en lugar de concretarse a través episodios aislados (*Vassallo, Carlos. 2010*). Por eso, en lugar de servicios funcionando en forma separada, hacen falta ahora redes integradas que comiencen con los cuidados primarios y organicen la circulación del paciente hacia servicios de mayor complejidad sólo y cada vez que resulte conveniente. Ese es el camino adecuado para conseguir mejor calidad y la equidad en salud.

En materia de salud los pacientes más informados sobre salud, son consumidores de métodos, técnicas y productos lanzados al mercado para satisfacer deseos. La sostenibilidad económico-financiera es importante así la búsqueda de un grado mayor de eficiencia y calidad, hasta la implantación de políticas intersectoriales y transversales para actuar sobre los determinantes sociales de la salud.

1.2.2. Regulación de medicamentos

América Latina está incorporando regulaciones que incidan en el costo y el gasto en medicamentos. Sus objetivos centrales serían cuatro:

- Garantizar la competitividad en el mercado.
- Asegurar precios asequibles a los consumidores individuales (canal comercial).

- Contener el gasto público en medicamentos (canal institucional).
- Garantizar la eficiencia del gasto en medicamentos.

La experiencia de América Latina difiere de los países de regiones desarrolladas donde los países tienden a converger en sus políticas, tanto en la promoción de medicamentos genéricos y estrategias de control de precios, como en las medidas de racionalización y contención del gasto farmacéutico. Por otro lado, en América Latina hay ciertas debilidades institucionales que impiden la consolidación y aplicación de una política regulatoria efectiva.

Las regulaciones económicas dirigidas a reducir el gasto y mejorar el acceso a los medicamentos, permite evaluar la experiencia a nivel internacional. A pesar de las políticas implementadas en la última década persisten inequidades en el acceso a medicamentos relacionadas con la condición y tipo de aseguramiento, lugar de atención, nivel socio-económico y tipo de problema de salud.

La implementación de políticas públicas para promover el acceso de la población a los medicamentos ha sido discontinua y las medidas de regulación económica se han expandido más lentamente que las regulaciones técnicas y parece más difícil alcanzar un consenso sobre cual debería ser el camino más adecuado. (*Wharton, 2006*)

En este contexto el mercado de medicamentos genéricos intercambiables surge como una alternativa terapéutica de la misma calidad y a menor costo que los productos innovadores. Se ha comercializado al 2015, alrededor de 29,000 millones de dólares anuales, que representa el 25% del mercado total de medicamentos y en Estados Unidos, Japón y Alemania abarcan el 80% a nivel mundial y se prevé que crezca en promedio de 10 al 11% anual y en 2018 llegaron a más de 38,000 millones de dólares.

Para encontrar las industrias más rentables, Forbes echó un vistazo al margen de ganancias netas pronosticado para 2017 de 19 grandes sectores de Estados Unidos. Con

un margen de beneficio neto de 21%, la tecnología para la salud encabeza la lista como la industria más rentable. Los servicios de finanzas y tecnología le siguen con márgenes de beneficio netos de 17.3% y 16.1%, respectivamente. Dentro de la categoría de tecnología para la salud, las superestrellas de la rentabilidad son las empresas farmacéuticas más grandes que fabrican medicamentos como Pfizer (27.6%), Merck & Co (25.2%) y Johnson & Johnson (24.5%).

1.2.3. Caracterización de la industria farmacéutica

El desarrollo de la industria farmacéutica latinoamericana se produjo varios años después de la industrialización y en el marco del proceso sustitutivo. Tuvo como epicentro dos grandes corrientes:

a) La instalación de empresas multinacionales vinculadas a las oleadas de inversiones externas; y b) El desarrollo evolutivo de importadores y/o farmacéuticos o investigadores que desarrollaron emprendimientos en el plano local. En este último caso, existe una clara dependencia en la provisión de insumos del exterior a pesar de los esfuerzos efectuados en las décadas de los 70 y 80 para afianzar su desarrollo.

Iniciando el nuevo siglo, los rasgos centrales del perfil de desarrollo alcanzado por la industria farmacéutica en América Latina permiten realizar las siguientes consideraciones (*Dante Sica 2008*):

- La facturación total de fármacos alcanzó durante el año 2014, los US\$ 50.143 millones de dólares, las 5.722 millones de unidades, y un precio promedio de US\$ 9,5. Cabe destacar que existe una marcada heterogeneidad debido a las diferencias entre los países líderes, como Brasil, México y Argentina, y los demás países de la región.

- Hay un crecimiento de la oferta de medicamentos de laboratorios privados, de capital nacional, en México, Brasil y Chile. En Argentina, el sector está consolidado. Sin embargo, en el resto de los países latinoamericanos, existe una virtual dependencia de los laboratorios multinacionales en la provisión de medicamentos terminados.
- Las principales empresas multinacionales, tuvieron un escaso grado de complementación e intercambio, pero en la última década, ha comenzado a construir un esquema de complementación entre países. Las empresas establecidas en la Región tienen a Brasil o a Argentina como sedes regionales.
- La marca es el factor clave de la estrategia industrial regional y las empresas de capital nacional, incorporaron principios activos e imponen su propia marca o trabajan con compuestos. Debe considerarse que en un mercado dominado por la marca, la competencia directa se ve restringida, porque si bien los productos pueden contener idénticos principios activos su dispensa e ingreso al circuito comercial se hace con denominaciones, o marcas, distintas.
- El mercado de genéricos tiene un desarrollo bajo, tanto en los ámbitos nacionales como en el regional. Las razones tienen que ver con la escasa convicción de las políticas públicas hasta la dinámica que anima la lógica de la producción privada.
- La heterogeneidad de la producción es la característica. En Argentina y Brasil la producción local tiene escalas internacionales y, desde hace varias décadas, están instaladas en estos países las principales compañías multinacionales. Chile ha desarrollado un sector privado que atiende el mercado local, pero que todavía no ha podido internacionalizar su producción hacia terceros países.

Tabla 1. MERCADO FARMACÉUTICO LATINOAMERICANO

Volumen de ventas y participación en el total según país.		
Año 2014 (en millones de dólares y en porcentajes)		
País (%)	Ventas	Participación en mercado regional
BRASIL	15.673	36,6
MÉXICO	11.131	25,2
VENEZUELA	6.029	12,5
ARGENTINA	4.733	9,3
COLOMBIA	2.752	4,4
CENTROAMÉRICA	2.278	3,2
CHILE	2.060	2,6
ECUADOR	1,287	2,0
PERÚ	1,426	1,8
REPUBLICA DOMI.	669	0,9
URUGUAY	460	0,6
PARAGUAY	296	0,5
BOLIVIA	288	0,4

Fuente: OPS – 2015

1.2.4. Estructura del mercado

Un mercado de medicamentos, se encuentra compuesto por un conjunto de submercados con una dinámica de comportamiento bien diferenciada en función de los agentes que intervienen en cada uno de ellos y de las características del submercado:

- 1.- Medicamentos de venta libre (OTC): son aquellos que son comprados directamente por el paciente, sin la intervención de financiadores.
- 2.- Medicamentos éticos (o de venta bajo receta): que a su vez pueden dividirse en:
 - i) Medicamentos éticos sin archivar receta,
 - ii) Medicamentos éticos con archivo de receta, como por ejemplo los psicotrópicos.

En este submercado, a los actores clásicos de todo mercado, oferentes y consumidores, se suman los agentes encargados de la financiación y los agentes encargados de la prescripción.

3.- Medicamentos de internación: son aquellos que son adquiridos en forma directa por hospitales y consultorios, o directamente a los laboratorios a través de licitaciones.

En el mercado de OTC (over the counter) o venta libre, el usuario adquiere el medicamento directamente en la farmacia, y para tomar la decisión de compra utiliza la información que recibe a través de la publicidad y propaganda, o bien por el asesoramiento del farmacéutico. Se observan asimetrías de información a favor de la oferta dada la relevancia que tienen la publicidad y propaganda como medios difusores de este tipo de medicamentos.

En el caso de los medicamentos éticos, por definición, los pacientes no pueden acceder al medicamento sin contar con la prescripción del profesional médico. Esto se da en el marco de una regulación que intenta prevenir sobre un uso inadecuado del medicamento, tomando en cuenta que éste puede curar o dañar, según el diagnóstico y la dosis. El paciente no está en condiciones de discernir cuándo necesita del medicamento y qué droga es la adecuada, y además desconoce la calidad del mismo y la frecuencia y dosis con que debe administrarlo. No obstante estas “recomendaciones” aceptadas internacionalmente, el comportamiento de autoconsumo de la sociedad es un dato relevante a considerar en el comportamiento del mercado.

Las cadenas han promovido una práctica de dispensar medicamentos sin la receta correspondiente. El hecho de que los medicamentos no cuenten con financiación, convierte al medicamento en un bien de consumo más, donde el precio y los descuentos que se pueden obtener por cantidad es la lógica dominante. Si el Estado comenzara a financiar más ampliamente a los medicamentos, esto agregaría un factor que deberá ser considerado al momento de analizar el nuevo comportamiento del mercado.

En relación con los agentes que intervienen, el dilema del que financia, es que: uno de los agentes ordena pero no paga ni consume, los médicos; el que financia, no ordena ni

consume; y el paciente no ordena, pero consume y paga una parte o el total del precio del medicamento. Nuevamente, el desequilibrio informativo da lugar a fuertes incentivos para emprender comportamientos oportunistas, que tienden a abusar del uso y de la cobertura de medicamentos ofrecidos, en las cuales el médico, que es agente del financiador y del paciente, muchas veces se encuentra ante verdaderos dilemas para que la relación de agencia sea completa

El médico, por un lado, defiende que los medicamentos deben estar prescritos pero, por el otro, se arroga el derecho de prescribir por marca y no por nombre genérico.

Esta es una forma de poder ante el paciente y el Estado, y se convierte en un sujeto clave para los laboratorios que intentan colocar sus nuevos productos de marca.

El farmacéutico, que es otro actor importante del uso racional del medicamento, no puede asesorar profesionalmente a cabalidad dada la dependencia de la lógica comercial que domina la cadena farmacéutica.

En el caso de medicamentos de alto costo el financiador, si bien es responsable por los protocolos y por el pago, interviene menos de lo aconsejable en la elección del medicamento. En ciertos casos llega a cubrir el 100% de algunos medicamentos, como por ejemplo las drogas destinadas al tratamiento del SIDA, inmunoglobulinas, oncológicos, nuevos pro coagulantes e insulinas de última generación.

En este contexto el financiador trata de adquirir el medicamento con la calidad requerida y a un valor conveniente para sí, el proveedor trata de “maximizar” su precio de venta y el prescriptor es un árbitro de la relación a través de la prescripción médica.

El accionar del ente público es nulo en la utilización de su capacidad para negociar precios y condiciones y obtener descuentos y acceso especial para determinados medicamentos.

El tema se hace particularmente importante para los pacientes crónicos (diabetes,

hipertensión, SIDA y otros) que requieren medicaciones que deben ser compradas de manera diaria y permanente y que impactan en los ingresos personales.

Cabe mencionar, que la relación entre el financiador, el médico y el paciente tiene una serie de particularidades, a saber:

- El costo de la consulta y las dificultades de acceso al profesional han consolidado una conducta de autoconsumo.
- El paciente, ante el primer síntoma, se dirige a la farmacia para adquirir el medicamento. La prescripción es reemplazada por el consejo del farmacéutico que lo atiende.
- Los medios de comunicación inciden sobre el consumo.
- La industria ejerce presión sobre la decisión de médicos y pacientes a través de recomendaciones en medios masivos de difusión.

1.2.4.1. Desregulación y nuevas lógicas de acumulación

La estructura y morfología de mercado de medicamentos de los laboratorios nacionales no se diferencian del origen de los laboratorios en los países latinoamericanos, esto es: farmacéuticos, técnicos químicos y otros profesionales que, a partir de los años cincuenta, desarrollaron empresas familiares para comenzar a producir en forma industrial medicamentos.

Respecto de las condiciones macroeconómicas y estructurales, hay un predominio de economías cerradas por los altos aranceles, un bajo precio de las materias primas y la inexistencia de la ley de patentes, todo lo cual permitió el desarrollo de copias - medicamentos similares- en grandes escalas, en los países de Europa y América Latina.

Estas condiciones van cambiando y, en cuanto a la ley de patentes, en los años noventa, las presiones de Estados Unidos y los países desarrollados, a través de la Organización

Mundial del Comercio (OMC), obligan a aprobar leyes de protección de los derechos de propiedad para las patentes farmacéuticas y otros bienes y servicios. Previamente, Europa ya había completado ese ciclo con la aprobación de leyes de patentes en Italia, en 1978, y en España. (*Tobar, Federico, 2008*).

En 1990, en el Perú se decretó la libertad de precios para los medicamentos, los que hasta ese momento eran vendidos bajo normas que aseguraban al dueño de la farmacia una ganancia de 20-30%. Ya se había derogado normas que establecía barreras a la entrada del negocio -las farmacias se heredaban -, y determinaba que no se podía instalar un local a menos de 300 metros de los ya existentes.

El posicionamiento de los laboratorios nacionales que ocupaban un espacio relevante del mercado y habían tenido la seguridad de no tener una ley de patentes, no permitió que avanzaran hacia el sector de la distribución de los medicamentos. En el nuevo contexto, los laboratorios comenzaron a competir no por precios, sino por condiciones de venta. Quien más compraba más descuento recibía y esto promovió la concentración.

La desregulación que proponía el gobierno fue aprovechada por Droguerías, Farmacias y Cadenas de boticas, que comenzaron una carrera de concentración que les permitiera negociar precios en mejores condiciones y desarrollar un nuevo mercado de retail farmacéutico. En el país se crean las cadenas, algunas vinculadas a los laboratorios, pero menores en tamaño y despliegue territorial, que dominan el mercado.

La desregulación y apertura del entorno regulatorio, abrió la puerta a nuevas formas organizativas, como las cadenas farmacéuticas. En ese momento, se debería haber estado atento a los incentivos a la eficiencia, así como a las nuevas actividades de rent seeking que llegarían de la mano de organizaciones con fines de lucro.

La oferta de genéricos se fue reduciendo paralelamente al crecimiento de la oferta de los medicamentos similares. Este hecho tuvo lugar gracias a una estrategia de los laboratorios,

dado que los márgenes de ganancia son mayores en los segundos. Asimismo, las cadenas iniciaron un camino de integración vertical. En primer lugar, con los laboratorios de producción propia, porque no existen barreras de patentes para producir medicamentos similares y las cadenas cuentan con el poder que da la relación directa con el paciente que se acerca a comprar el medicamento a la farmacia. La estructura resultante de esta industria muestra que varias de las farmacias son la “red de distribución” de los laboratorios.

En este tipo de industrias los precios que cobran los distribuidores, mixtos o cerrados, al cliente final dependen en mayor medida del precio que ellos pagan al laboratorio. Además, como existen algunos productos específicos, hay menor posibilidad de sustitución de estos por parte de los distribuidores. En estos casos, el precio final queda determinado, en su mayor parte, por el precio que cobran las empresas “upstream”.

Este modelo se ha desarrollado también en mercados vinculados al bienestar, la salud y la belleza, a través de perfumerías, cosmética y una cantidad de productos que completan la oferta y permiten construir la base del retail farmacéutico, en lo cual se han convertido estos “negocios” que fueron en su origen farmacias comunitarias. Asimismo, este tipo de industria ha llegado a incursionar en la “industrialización” de las fórmulas magistrales, que eran privativas del químico farmacéutico, pero que ha tendido a minimizarse en función de la organización y control que se fue exigiendo a la producción industrial de la misma.

1.2.5. Análisis general de los precios

La formación de precios de los medicamentos está vinculada con la regulación y la financiación de los mismos. El mercado de medicamentos convive con una regulación en la entrada, que si bien se realiza mediante un proceso de evaluación a cargo de un ente público a seguir, los lineamientos de las agencias reguladoras internacionales no siempre son los acertados. Los laboratorios de capital nacional cuidan sus mercados

locales a partir de diferentes estrategias, una de ellas es dilatar los estudios de bioequivalencia y construir barreras comerciales.

En lo referente a los exámenes de bioequivalencia, además de no ser obligatorios, sólo el medicamento de referencia es el que debe presentar estudios clínicos para obtener un registro. El genérico que se registran después se basa en los mismos estudios.

Respecto de los genéricos se exige el certificado analítico del producto, que demuestra las características físicas, químicas, el principio activo, la disolución y estabilidad. Este es el resultado de estudios hechos por un laboratorio acreditado. Además, cada compañía debe guardar muestras de cada uno de sus lotes, los que son revisados en caso de que se detecten problemas de calidad.

En relación a la bioequivalencia, se determinó que todos aquellos medicamentos cuyos fabricantes han hecho sus propios estudios o que están certificados por otras agencias sean reconocidos. Este hecho ha incentivado la realización de estudios voluntarios y durante el año 2014, ya podían encontrarse los primeros medicamentos con sello de bioequivalencia. De todos modos, el proceso será lento considerando que los análisis se exigirán al renovarse el registro.

En los países que tienen una fuerte regulación, como por ejemplo Inglaterra, la misma sólo afecta las ventas de los laboratorios que están financiadas por la asistencia sanitaria pública de aquellos productos comercializados a través de marcas registradas. Ni las ventas fuera de la cobertura pública, ni los productos genéricos, están sujetas a regulación. Es decir, solamente se limita a la tasa de beneficio obtenida por los laboratorios de sus ventas totales al sistema público, mientras que no impone límites al precio individual de cada producto.

Los registros de autorización de nuevos medicamentos han ido adoptando, tan sólo de una forma gradual, las exigencias de seguridad, calidad y eficacia terapéutica vigentes

en los países más desarrollados del mundo. La protección del innovador también ha sido menos intensa y no hay perspectivas de que se intensifique.

En el mercado de medicamentos la libertad de precios es amplia y convive con una ausencia de regulación. Por un lado, la inexistencia de regulación de la compra pública, en tanto que es menor dada la todavía escasa cobertura que recién se está ampliando; y, por otro lado, la ausencia de regulación sobre las ventas de todas y cada una de las especialidades farmacéuticas en el momento de su primera comercialización.

A pesar del poder de los laboratorios por ser la empresa que produce o importa el bien para la transacción, fueron grupos farmacéuticos quienes se adelantaron en el proceso de concentración en el área de la distribución. Con el poder de compra, comenzaron a replantear las reglas de la negociación exigiendo mejores condiciones. La ausencia de un Estado asegurador de la cobertura de medicamentos permitió que el sector privado creciera durante décadas y se fortaleciera la red de boticas privadas.

Los laboratorios obtienen su rentabilidad de la venta de medicamentos, a diferencia del retail farmacéutico, que tiene una oferta de variedad de productos aunque quizás el principal y el de mayor capacidad de atracción sea el medicamento. Su rentabilidad surge de un conjunto de productos vinculados a lo farmacéutico, como son los rubros de bienestar, higiene, vida, ambiente y alimentación especial.

En consecuencia, en materia de formación de precios las cadenas tienen un rol clave en este proceso considerando su poder de compra, su logística y articulación con la industria del retail. Esto les ha permitido negociar mejores condiciones y establecer el precio final, con sus ciclos de alzas y bajas dado que está subordinado a una estrategia de expansión de las cadenas.

Dispersión de precios

La dispersión de precios es la diferencia que existe entre el precio de mercado más alto y el más bajo para el mismo principio activo en igual presentación. Se observa, en este sentido, que en las clases terapéuticas existe una enorme dispersión de precios a nivel de boticas.

La dispersión es un síntoma de que existe un problema en el mercado de medicamentos y esta situación es un reflejo de la distribución del ingreso, donde sectores con alto poder adquisitivo compran medicamentos a niveles de precios altos y los sectores de menores ingresos a precios muy inferiores. Desde un punto de vista sanitario y técnico, no existe diferencia entre uno y otro medicamento que justifique las importantes diferencias de precios.

La dispersión de precios entre medicamentos genéricos, los similares de marca -también llamados genéricos de marca o copias- y los medicamentos de marca, está relacionada con la forma de determinación de los precios en el mercado farmacéutico.

La dispersión está construida en torno a la marca y esto significa inversiones en promoción y publicidad. La industria subvenciona instancias de formación de los médicos e influye en el sector a través del control de investigaciones de nuevos medicamentos, patentes, marketing agresivo hacia los centros académicos y la práctica individual de los médicos. El objetivo de estas acciones es moldear hábitos y patrones de prescripción en el médico.

Respecto a la dispensación de medicamentos, en las cadenas de boticas, tienden a multiplicar el efecto de promoción y venta que, sumado al alto nivel de auto prescripción, promueven la dispersión como estrategia comercial.

Durante los últimos años, asistimos a un proceso en el cual los medicamentos genéricos, con un precio promedio de 0,70 dólares, tienden a perder espacio ante los genéricos de

marca, con un precio promedio de 4 dólares, que por supuesto está por debajo del medicamento de marca pero es sustancialmente superior.

Existen diferencias muy amplias de precios. El mercado de medicamentos no es uno solo, sino varios mercados relacionados entre sí que deben ser analizados individualmente. En algunos segmentos hay un solo productor o comercializador y en otros segmentos existen muchos productores y comercializadores, lo que tiende a determinar mercados diferentes y mecanismos de determinación de precios distintos.

Evolución de los precios internacionales

La posición relativa de Perú en materia de precio promedio de los medicamentos, es intermedio en América Latina. La variación interanual 2011-2014, no obstante, refleja una importante variación: 14%. Este dato está fuertemente relacionado con la anterior variación interanual que fue de -0,6%, porque primero el precio bajó y posteriormente pasó a incrementarse. Este hecho evidencia que las fluctuaciones de la política de precios de las cadenas farmacéuticas tienen una incidencia en la determinación de los precios correspondientes.

Tabla 2 Precios promedio de medicamentos en Latinoamérica. Período 2011-2014

País	Precio promedio (en \$)				Variaciones interanuales (en %)
	2011	2012	2013	2014	11-14
Argentina	5,93	6,36	7,30	7,4	14,7
Bolivia	4,73	4,90	5,98	3,6	22,0
Brasil	6,86	8,03	8,97	17,1	11,7
Chile	4,15	4,12	4,73	-0,6	14,8
Colombia	4,40	5,41	5,93	23,1	9,5
Ecuador	4,35	4,57	4,77	5,2	4,3
Paraguay	3,65	4,17	4,73	14,2	13,4
Perú	5,81	6,34	7,22	9,0	14,0
Uruguay	3,30	3,47	4,05	5,0	16,8
Venezuela	6,14	7,40	9,42	20,5	27,4

Fuente OPS-2012

1.2.6. Acceso a medicamentos y competencia

Acceso y gasto en medicamentos

Si se analiza la evolución de los gastos en salud desagregándolos en sus diferentes componentes, se verifica que el gasto en medicamentos es el que más expande el gasto total y que su participación crece de forma significativa. Los países de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico lo integran los 35 países más desarrollados (OCDE) intensificaron sus respuestas públicas en ese sentido porque durante la década pasada estos gastos crecían de forma sostenida, alrededor de un punto porcentual al año.

La evolución del gasto de los peruanos en medicamentos, que entre el 2008 y el 2016 registró un incremento en su participación relativa del orden del 48%, pasando de representar el 13% del gasto nacional en salud al 18,2%. Además, que el gasto de bolsillo -o dependiente del presupuesto de los hogares- resulta la fuente de financiación menos adecuada para los medicamentos, no solo porque es muy regresiva sino también porque, en general, se relaciona con el uso irracional de los medicamentos y una menor eficiencia en las compras.

En contraposición a los países de la OCDE, en América Latina dos tercios de la financiación de medicamentos provienen del gasto de los hogares y los sectores de menores ingresos destinan alrededor del 70% de sus gasto en salud para adquirir medicamentos. (*Musungu SF, Dutfield G.2003*).

Funciones del Estado en medicamentos

El Estado puede alterar la función de producción de salud dentro de un país o de un sistema de salud actuando sobre los medicamentos. Se trata de encontrar las definiciones adecuadas respecto a cómo se deben producir, comercializar, prescribir,

dispensar y utilizar los medicamentos. Podemos pensar que hay tres vías por las cuales un país puede avanzar desde su situación actual de gasto, acceso y resultados sanitarios, hasta una situación ideal o imagen objetivo en la que se obtendría más salud para la población utilizando de forma más adecuada y eficiente los medicamentos, entre otros recursos. Cabe al Estado desempeñar tres funciones relevantes con respecto a los medicamentos: **1) regular, 2) informar y 3) proveer.**

Estas se complementan con otras funciones que competen a la salud general, como por ejemplo la asistencia médica, pero también la formación de recursos humanos y la promoción de la investigación, así como el control de vectores⁶ y otras acciones colectivas. (*Velásquez, Germán. 2006*).

1.2.7. El mercado farmacéutico

Cuestiones generales

A nivel global, la industria farmacéutica se caracteriza por ser una actividad competitiva y globalizada, con fuertes barreras a la entrada por la existencia de patentes, y en términos generales con un alto grado de regulación por parte de los Gobiernos en lo que respecta al control de precios. Debido a ello, el precio para un mismo producto puede no ser el mismo en diferentes regiones. Actualmente, gran parte de los países de la Unión Europea cuentan con este tipo de regulaciones por parte del Estado, en muchos casos en base a precios máximos. (*Vassallo y Falbo, 2008*)

En general, laboratorios innovadores líderes compiten en el desarrollo de nuevas drogas y por la diferenciación de sus productos. Sin embargo, laboratorios no innovadores, que fabrican genéricos o similares y no deben afrontar el elevado costo en I+D, representan una fuerte competencia para los laboratorios innovadores ya que sus precios son muy inferiores.

El mercado de medicamentos presenta un alto grado de complejidad, por la cantidad de actores que intervienen y la diversidad de roles que éstos desempeñan en el proceso que va desde la producción hasta el consumo.

Una de las características que lo distinguen es que se establecen relaciones entre los actores donde, en la mayoría de los casos, impera la información asimétrica. De este modo no se cumple con uno de los supuestos principales del modelo competitivo que es la información perfecta. Esto implica que es un mercado donde opera el problema de agencia entre los actores, causado por la asimetría de información.

Sub-Mercados

Se pueden distinguir sub-mercados que comprenden dinámicas de comportamientos diferentes, en función de los actores que intervienen:

- Mercado Popular: conformado por los Medicamentos de Venta Libre u O.T.C. (*Over The Counter*), llamados así porque la autoridad sanitaria los ha autorizado a ser dispensados sin receta médica, destinados a dolencias menores que no requieren del diagnóstico y tratamiento médico, y comprados directamente por el público.
- Mercado Ético: conformado por los Medicamentos de Venta Bajo Receta, son aquellos que sólo pueden dispensarse mediante prescripción médica. En éste, a los actores clásicos de todo mercado, oferentes y consumidores, se les suman agentes encargados de la financiación (seguridad social) y agentes encargados de la prescripción (médicos).
- Mercado Institucional: formado por los Medicamentos de Internación u Hospitalarios, son los adquiridos habitualmente por el sistema de salud estatal en el caso de instituciones hospitalarias o por clínicas, directamente a los laboratorios a

través de licitaciones o concursos de precios.

En el mercado de Medicamentos de Venta Libre, el mecanismo se asemeja más al de un mercado competitivo en relación al mercado ético, dado que el consumidor adquiere el medicamento directamente en la farmacias o boticas, sin que nadie decida por él. Sin embargo, ésta decisión de compra está basada en la idea que se ha formado a través de la publicidad y propaganda establecida por los laboratorios, evidenciando así el poder que se ejerce desde la oferta, debido a la asimetría de información que existe en el mercado, para lograr acaparar consumidores.

En el caso de los Medicamentos Éticos, que deben ser provistos bajo receta de profesional médico, el consumidor no está en condiciones de ejercer la opción de compra ya que desconoce los efectos de la droga, la dosis recomendada, el tiempo de tratamiento, y las consecuencias de no consumirlo de acuerdo con la prescripción médica. En este caso, es el médico quien tiene el poder sobre la decisión de compra. Esto determina un nuevo problema de asimetría de información.

Al incorporar al análisis los sistemas de seguridad social, se agrega una nueva distorsión dado por el poder que ejerce como agente pagador. En el mercado de medicamentos, quien prescribe el producto, no paga ni consume; quien paga, no consume ni prescribe; y finalmente quien consume, no prescribe y sólo paga una parte del medicamento. Nuevamente el sesgo de la información da lugar a comportamientos oportunistas por parte de la oferta que pueden generar abusos en el uso de los medicamentos, y que en muchos casos condicionan la correcta actuación del médico. Por eso la decisión de compra en muchos casos no está relacionada con la calidad y el precio que deberían ser los elementos a considerar por el consumidor. Por lo tanto, puede concluirse que el precio no es una variable indicativa de la calidad del medicamento. (*Vera Lucia Luiza, 2006*).

Descripción del Mercado

Se debe determinar el tipo de producto, las características y estructura del Mercado, los actores participantes y la determinación de los precios.

1. Clasificación por Tipo de Producto

- Medicamento original o innovador: contiene un principio activo nuevo, resultado de la investigación y desarrollo del Laboratorio productor, quien es propietario de los derechos de patente y los comercializa bajo un nombre de marca registrada.
- Licencias o “segundas marcas”: son los mismos productos que el innovador, comercializados por otras compañías farmacéuticas, con autorización expresa del investigador, respetando el proceso de fabricación del original y con otro nombre comercial.
- Copias o “similares”: Son aquellas especialidades que salen al mercado después del innovador, conteniendo el mismo principio activo, pero sin la licencia del medicamento original. Cumplen criterios de calidad y basan sus datos de seguridad y eficacia terapéutica en la documentación publicada que existe sobre dicho principio activo. La mayoría de las copias se denominan con una marca de fantasía que les permite competir con el innovador y las licencias “como uno más”. También existen copias cuyo nombre es el del principio activo bajo Denominación Común Internacional (DCI) seguido del nombre del titular o fabricante de la especialidad.
- Medicamentos Genéricos: Son aquellos fármacos que, al igual que otros de referencia tienen el mismo principio, la misma forma farmacéutica, la misma composición y demuestran la misma bioequivalencia (se comportan de igual manera en el organismo) teniendo por lo tanto demostrada la misma eficiencia terapéutica.

Sólo pueden comercializarse una vez que la patente del original ha caducado. Se distribuyen con el nombre del principio activo, sin ser identificados con una marca de fábrica o marca comercial.

La principal ventaja de un medicamento genérico frente a un medicamento de marca es el menor costo de fabricación, ya que el genérico no requiere inversión en investigación, desarrollo y promoción. Además de la ventaja del precio, estos medicamentos cumplen con los mismos registros sanitarios que los medicamentos de marcas y tienen la misma eficacia sobre el organismo.

En Europa y Estados Unidos, cuando se habla de medicamentos genéricos se hace referencia a los medicamentos que surgen luego del vencimiento de las patentes de los medicamentos innovadores, y que cumplen con los controles de bioequivalencia y biodisponibilidad que se les exige. Sin embargo cuando se habla de medicamentos genéricos no se está haciendo referencia al mismo tipo de producto ya que se denomina medicamentos genéricos a las copias de los medicamentos “de marca” comercializados en el país, que a nivel internacional se conocen como genéricos.

Actores participantes:

Considerando su rol, los agentes que intervienen en el mercado pueden ser :

1. La Oferta:

- a. Productores:** Laboratorios,
- b. Canal de Comercialización Mayorista:** Distribuidoras y Droguerías
- c. Canal de Dispensación:** Farmacias y boticas.

2. La Prescripción: Médicos.

3. La Financiación:

- a. Seguridad Social.**

b. Minsa

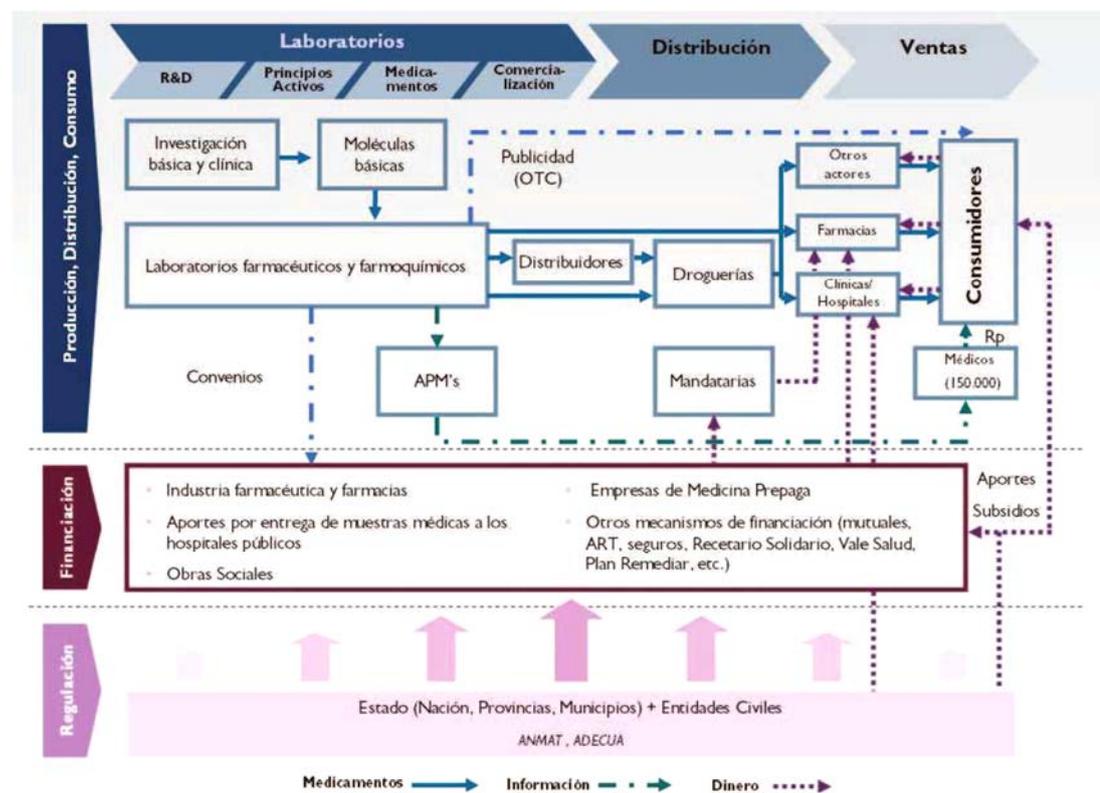
c. La Población.

4. La Demanda: Paciente.

5. La Regulación: Organismos del Estado.

Las relaciones que se establecen entre los actores del mercado en las diferentes etapas del proceso de comercialización del medicamento pueden sintetizarse así:

Figura N° 1: Las interacciones entre los actores del mercado.



Fuentes: D`Annunzio, Giuliana. 2012

1. La Oferta

• Laboratorios:

En sector farmacéutico cuenta con Laboratorios, que pertenecen a capitales tranasnacionales y otros de origen nacional. Hay plantas de producción que pertenecen a capitales nacionales. Se comercializan principios activos a través de productos y presentaciones comerciales.

Los Laboratorios nacionales tuvieron su desarrollo en base a la producción de copia de medicamentos producidos por laboratorios innovadores, los cuales en su gran mayoría son de origen extranjero debido a la falta de una legislación sobre reconocimiento de derechos de patentes. Esta dominación de la industria nacional se explica también por la estrategia de numerosos laboratorios multinacionales quienes, frente a la crisis económica, decidieron retirar sus plantas del territorio y tercerizar una parte la producción de sus medicamentos mediante acuerdos de producción y licencia con laboratorios nacionales. Las compañías farmacéuticas procuran ofrecer productos con un elevado nivel de diferenciación, a fin de reducir las posibilidades de sustitución y maximizar los beneficios. Sus acciones comerciales están canalizadas a través de los promotores o visitadores con una base de marketing y promoción muy fuerte orientada al Médico prescriptor. (D`Annunzio, Giuliana. 2012)

• **Droguerías:**

Proveen por cuenta propia a las Farmacias e instituciones de salud de todo el país. Se pueden distinguir las **i)** Integrales: comercializan la gran mayoría de las especialidades medicinales y laboratorios del mercado, con una logística de alto nivel de servicio por celeridad y frecuencias de entregas; **ii)** Especializadas: dedicadas a medicamentos oncológicos y para tratamientos especiales, principalmente productos de alto costo; **iii)** De Negocios: droguerías o distribuidoras de nicho, dedicadas a representaciones de laboratorios puntuales, con bajo nivel de stock y servicio; **iv)** Institucionales: distribuidoras especializadas en la venta a hospitales e instituciones sanitarias, preparadas para participar en licitaciones y concursos de precios.

• **Farmacias y boticas:**

Son las encargadas de dispensar los medicamentos al público. En general son unidades de negocio de tamaño relativamente reducidas y atomizadas. En la última década se

observa regionalmente un aumento en la concentración de la facturación, con gran crecimiento de las redes de farmacias o “cadenas” con múltiples puntos de venta por sobre las farmacias tradicionales, a través de locales propios o franquicias.

En el mercado coexisten: **i)** farmacias tradicionales, enfocadas en la atención personalizada del paciente, **ii)** farmacias modelo "drugstore" de autoservicio, atendiendo los cambios de hábitos del consumo, liderado por Farmacity; y **iii)** redes o cadenas con modelos intermedios. Los dos últimos modelos de negocio comenzaron a lograr una posición negociadora relativamente más fuerte frente a la oferta, obteniendo mayores descuentos y bonificaciones por compras por volumen, y pasaron a ser el objetivo principal de las acciones comerciales de los Laboratorios.

2. La Prescripción

- Médicos: A diferencia del paciente, el médico cuenta con el conocimiento suficiente como para reducir las asimetrías de información frente a los laboratorios. De esta manera, su posición de intermediario entre la oferta de medicamentos y los usuarios finales le otorgan una importante función social. En la práctica, el paciente delega la toma de decisiones en el médico ya que éste dispone de mayor información y conocimiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información con la que cuenta el médico para decidir qué medicamento recetar, es la que le proporcionan los laboratorios a través de sus visitadores. Por lo tanto, esta decisión va a estar sumamente influenciada por los laboratorios que puedan contar con visitadores médicos y así darles a conocer su producto. Es por ello que si el laboratorio no se encarga de darle a conocer sus productos a los médicos, entonces será muy difícil para el médico recetar otro medicamento diferente al que ya venía prescribiendo.

3. La Financiación

- Seguridad Social: Constituida por los agentes que proveen el financiamiento a los consumidores beneficiarios ante eventuales gastos relacionados al cuidado de la salud.
- Minsa que trabaja con fondos del Estado
- EPS trabaja con fondos privados
- Población: La población en general y los empleadores financian el costo de los medicamentos, a través de los aportes y contribuciones que se realizan sobre la nómina salarial, que se pagan a las prestadoras de la seguridad social. Por su parte, los beneficiarios de los sistemas de seguridad social pagan un porcentaje del precio (co-pago) según las coberturas brindadas por cada entidad aseguradora.

4. La Demanda

- Paciente: El consumidor de este mercado no tiene la capacidad de identificar productos similares o sustitutos. Es el médico quien le receta la droga al paciente, y al recomendarle una marca se genera una demanda inducida cuando el consumidor decide respetar la recomendación del médico por falta de conocimientos para poder optar por otra marca o genérico. La elasticidad cruzada de la demanda de una determinada droga o principio activo respecto a un potencial sustituto, es relativamente baja. Ante una disminución en el precio de un bien sustituto el paciente no ajustará su pauta de consumo, puesto que depende de un tercero que lo asesore y autorice para hacerlo, el Médico prescriptor.

Adicionalmente, el paciente financia parte del medicamento a través de un co-pago, que surge de la diferencia entre el precio al público y la cobertura.

5. La Regulación

- Estado: conformado por los siguientes organismos
- Ministerio de Salud

- La DIGEMID asegura la calidad de los medicamentos, con la autorización, registro, normativización, fiscalización de los productos y agentes del mercado.

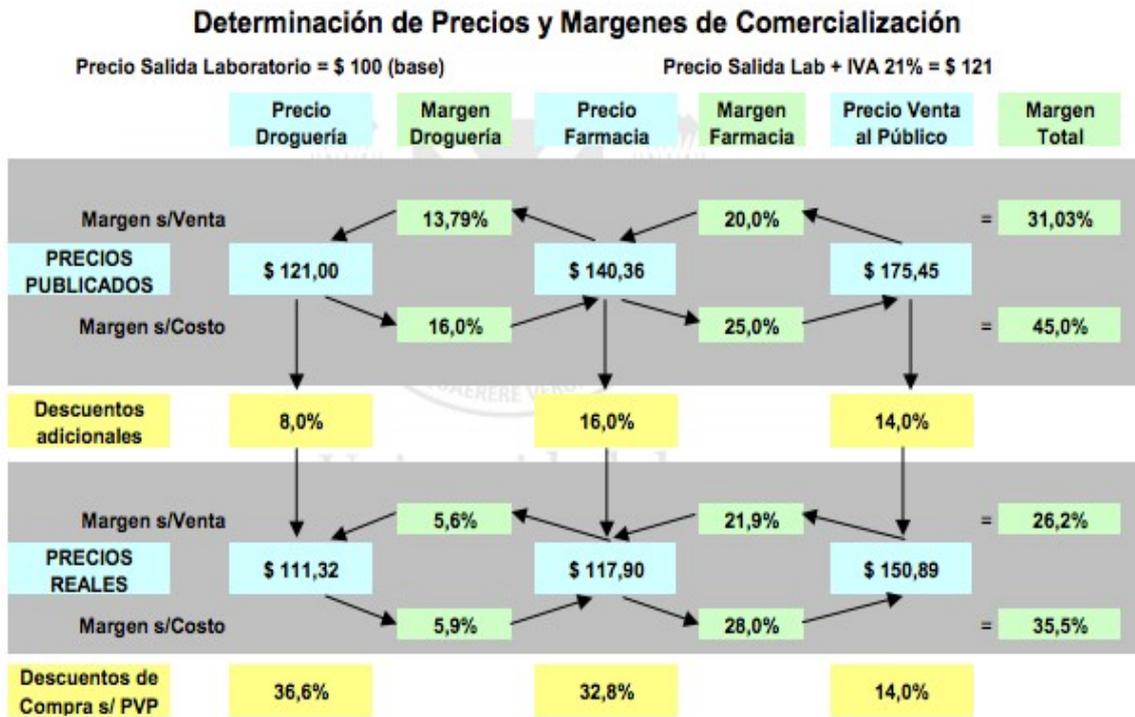
1.2.8. Determinación de los precios:

En el mercado los Laboratorios establecen el Precio de Venta al Público (PVP) de los medicamentos que producen. Este PVP es el que consideran los agentes para abonar a las farmacias las dispensaciones a sus beneficiarios y en la venta minorista. Por lo tanto, se toman como referencia en toda la cadena de comercialización, fijándose los márgenes de utilidad de cada actor de la cadena de valor en base a un porcentaje fijo expresado en términos de descuento sobre el precio final.

En definitiva, regularmente es el laboratorio quien determina el margen de ganancia total del producto en toda la cadena de comercialización. Las droguerías y farmacias deben negociar el margen de su rentabilidad en base a lo preestablecido por el laboratorio, teniendo en cuenta las bonificaciones que le hacen a dichas farmacias. Una característica de este mercado es que los precios no se fijan adicionando un mark-up al costo del producto, sino que es un mercado “descuentista”, los márgenes se establecen sobre los precios de venta.

Las droguerías compran dichos productos con un descuento preestablecido y fijo del sobre PVP, estableciéndose así el Precio Droguería (PD) referencial para cada producto. Sobre dicho precio, las droguerías obtienen descuentos adicionales por negociaciones comerciales, del 8% promedio, obteniendo un descuento total alrededor del 36,6% sobre el PVP.

Figura N° 2: Determinación de precios y márgenes de comercialización.



Fuente: D'Annunzio, Giuliana. 2012

Al Precio Salida del Laboratorio se le debe adicionar el 18% de IGV, y en las etapas subsiguientes, la venta de Droguerías a Farmacias y Farmacia a Público.

El precio de compra de las farmacias (PF) se establece referencialmente con un descuento del 20% sobre el PVP y obtienen descuentos promedios adicionales del 16%, producto de la competencia entre droguerías, por lo tanto el descuento total para la farmacia promedia el 32,8% sobre el PVP.

Precio Salida Laboratorio = \$ 100 (base)

Precio Salida Lab + Igv 18% = \$ 118

Margen s/Venta 13,79% 20,0% = 31,03%

Fuente: Datos propios en base a consultas a actores del mercado.

Asimismo, también resultan importantes otros mecanismos de financiación cruzada entre las partes, como por ejemplo: **1)** descuentos, ofrecidos por farmacias a clientes institucionales y consumidores individuales (por pago contado por ej.), **2)** descuentos, brindados por laboratorios a los seguros de salud, **3)** notas de recupero de descuentos (nota de crédito), otorgadas por los laboratorios a las farmacias, para contribuir al mantenimiento de su rentabilidad, y **4)** bonificaciones, cedidas por las farmacias a los seguros , como parte de sus estrategias comerciales. (*D`Annunzio, Giuliana. 2012*).

Determinación de Precios

El Precio de venta al público (PVP) es el precio final que aparece en los estantes de las farmacias. Aquí los descuentos, notas de recupero y bonificaciones son relevantes. Las droguerías y farmacias logran un descuento del 35%. Hay una brecha entre el precio real y el precio de venta. El precio de venta al público (PVP) es un 75% mayor al precio de salida del laboratorio, ya que cada sector de la cadena de valor va adicionando márgenes e impuestos hasta llegar, finalmente, al PVP.

Los diversos circuitos de financiación del medicamento, permiten a los actores en el mercado alterar los márgenes de utilidad, permitiéndoles utilizar este circuito cerrado para ofrecer productos con un elevado nivel de diferenciación, a fin de reducir las posibilidades de sustitución y maximizar los beneficios.

Es también importante destacar la estructura del mercado de medicamentos , ya que su "morfología oligopólica les permite influir en la formación de precios y en la demanda" (*Malvestiti Gustavo 2005*). Elementos como estos son fundamentales para entender el comportamiento de dichos actores. "La inexistencia de una red de proveedores locales de insumos de alta calidad" (*KPMG 2014*) evidencia otra de las razones por los altos precios de los medicamentos, ya que los laboratorios deben

importar los principios activos de los medicamentos, lo que lleva a incrementos en los precios internos.

La diferencia entre los precios promedios de un mismo principio activo, se explica muchas veces porque una es envasada por una marca y la otra es un medicamento genérico, sin marca visible. La diferencia de precios entre medicamentos de marca y medicamentos genéricos, tienen esa justificación, teniendo en claro que los dos actúan con la misma eficacia, es decir, que sólo difieren en la presentación del producto y la marca del producto. Hay que recordar que los productos genéricos pueden reducir de manera significativa la cantidad de dinero que las personas y los Estados gastan en medicamentos.

En el mundo, la aparición de estos mecanismos, como los medicamentos genéricos y la política de precios de referencia, muestran resultados muy dispersos. En los casos de éxito, vemos a Alemania, Estados Unidos y Brasil, en donde la utilización de precios de referencia, sumado a la creación de presupuestos y fuerte apoyo político por parte del gobierno, fueron fundamentales para permitir la alta penetración de los medicamentos genéricos en estos países.

El futuro del mercado farmacéutico y el desarrollo mundial:

El vencimiento de la mayoría de las patentes en el mundo llegara a partir del 2020. Esto representara una acumulación de ventas de alrededor de " 259.000 millones de dólares, según la consultora Evaluate Pharma" (*Capgen N°2*). La magnitud de las ventas de medicamentos muestra la razón por la que los laboratorios multinacionales buscan hacer prevalecer sus intereses y por qué luego del 2020, la proyección y la apertura de mercado para los medicamentos genéricos será más que positiva.

El tener acceso a medicamentos de calidad, en el momento oportuno, es decisivo para recuperar la salud o salvar vidas. El acceso al medicamento como un derecho humano, hoy se reconoce el acceso a los medicamentos como un componente importante del derecho a la salud. Sin embargo en el Perú el acceso a los medicamentos es un derecho negado a amplios sectores de la población.

Según la Encuesta Nacional de Hogares Sobre Condiciones de Vida (ENAHV) en el Perú 2007, el 21.8% no usa los servicios de salud por falta de dinero y con alta probabilidad no llega conseguir los medicamentos racionalmente indicados. La población pobre, 39.3%, vive en el círculo de pobreza - enfermedad – pobreza y no puede, entre otras necesidades, obtener los fármacos adecuados para curar sus enfermedades o paliar sus síntomas. Las infecciones son la causa principal de dolencias y de muerte, lo que podría ser controlado con medicamentos, siempre y cuando estuvieran al alcance de toda la población. Los pobres extremos, 13.7% , son los que gastan más en salud y los medicamentos constituyen el 60% de su gasto . En este panorama el precio de los medicamentos se vuelve un aspecto crítico que las instituciones del Estado deben de priorizar con el fin de mejorar sus coberturas y garantizar que un sector más amplio de la población tenga acceso a fármacos de calidad y a un uso racional de los mismos.

En este escenario el Estado debe buscar atender a la mayor cantidad de población posible en el marco de su presupuesto. Utilizar los fondos disponibles para una mayor cobertura, se vuelve un elemento estratégico y por tanto, los esfuerzos por conseguir más con lo que se tiene son parte de las acciones por defender los Derechos Humanos de la población.

La intervención del Estado en la compra de medicamentos, inteligente y comprometida con la población -en especial la más pobre-, puede mejorar su cobertura para todos los sectores de la población. (*O'Farrell, Miguel B. 2002*).

Costo creciente de los medicamentos

El mercado privado tiene el 60% del total de las ventas del mercado peruano y que, de este 60%, el 58% es pago del bolsillo. La evolución de los precios de los medicamentos en comparación al índice de precios al consumidor (IPC) en el periodo 1995- 2005, podemos apreciar que el IPC aumentó en 48,2% y el aumento del precio de los medicamentos fue de 107,62%. Y si agregamos el deterioro del ingreso medio en el periodo 1987 - 2014, la situación se vuelve más grave aún. Estos datos demuestran que el acceso a los medicamentos por precio se ha deteriorado en el periodo 1986 - 2014 para toda la población, en especial para los pobres.

Acceso a los medicamentos

En 1995 el gasto real per cápita en salud era de S/. 228,00 y en el 2014 S/. 260,00, lo cual demuestra que la capacidad de gasto del Estado en salud no ha variado. Sabemos que el gasto en medicamentos constituye cerca del 50% del total del gasto en salud y por tanto si hay aumento de precios de los medicamentos la capacidad de compra estará disminuida y por ello disminuirá el número de unidades adquiridas, por tanto habrá menos abastecimiento en las farmacias de los establecimientos de salud y menor cobertura de medicamentos.

Se observa un aumento de la cronicidad de enfermedades tratables con medicamentos y/o el consiguiente deterioro de la economía familiar si el paciente, por comprar el medicamento, tiene que dejar de atender otras necesidades vitales como alimento, educación, vestido.

Compra de medicamentos en el sector salud

La compra de medicamentos es un elemento central para obtener la mejor relación precio/calidad. Existe la evidencia de que un mismo producto de un solo fabricante se vende a precios muy diferentes, tanto en el mercado nacional como internacional.

También concurren en el mercado varios proveedores para un mismo fármaco. Esta situación abre la oportunidad para negociar precio y obtener más medicamentos con el mismo presupuesto.

Hay dos instrumentos administrativos, legalmente disponibles, que ya han probado su eficacia en lograr este objetivo: la compra centralizada y la subasta inversa.

Compra centralizada

Las compras en el sector salud han evolucionado de manera diferente, ya sea el caso del Ministerio de Salud (MINSAL), ESSALUD, y la sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Fuerzas Policiales. ESSALUD, FFAA y Fuerzas Policiales hace años que han tenido compra centralizada institucional y por ello lograron un ahorro significativo. En cambio el Ministerio de Salud compraba de manera dispersa. Hace 5 años el Ministerio retomó la iniciativa de compra centralizada nacional y durante esos 5 años logró un ahorro de más de 280 millones de soles (S/ 280.418.774), si se comparan los precios obtenidos centralizadamente con los precios que pagaban las unidades al comprar por separado. Al comprar medicamentos más baratos el Ministerio de Salud pudo poner más medicamentos al alcance de la población que atiende, a un precio hasta 10 veces menor que el medicamento de marca.

Subasta inversa

Si bien la compra centralizada permitió un gran ahorro y por ello un aumento en los volúmenes de medicamentos, todas se hicieron por la modalidad de licitación, modalidad que adolecía de los siguientes defectos:

- i. El tiempo de realización era muy prolongado produciendo largos periodos de desabastecimiento;
- ii. Se hacía contra documentos presentados por el postor, lo que no permitía una verificación de la autenticidad de ellos, salvo engorrosos trámites;
- iii. La evaluación era un acto no público lo que posibilitaba la falta de transparencia en las decisiones sobre la aptitud de los proveedores;
- iv. El control de calidad se hacía a solicitud de la entidad compradora; y no había una estandarización de los productos licitados.

La subasta inversa aportó un nuevo elemento de transparencia al proceso de compra ya que, a diferencia de la licitación, todo el acto era público y se resolvía en una sola sesión y superaba los problemas de tiempo, calidad, transparencia y uniformidad de la compra.

Compra corporativa

La subasta inversa se incorporó al proceso ESSALUD y las Fuerzas Policiales por los ahorros producidos. La segunda subasta interna se llevó a cabo en el primer semestre del 2008 y permitió adjudicar 168 de los 198 ítems planeados y logró un ahorro de más de 50 millones de nuevos soles (S/. 50.740.977) respecto a los precios de referencia. Con la compra centralizada en la modalidad de subasta inversa el Estado (MINSA, ESSALUD, Fuerzas Policiales) ha logrado mejorar su capacidad de compra de medicamentos logrando precios hasta 10 veces menores que los precios del mercado privado, esto ha permitido la compra de más medicamentos con calidad certificada lo

que a su vez ha permitido que existan medicamentos en todos los establecimientos a precios, como dijimos arriba, más asequibles para los pobres.

Todas estas acciones han sido realizadas por un organismo del Estado: la Dirección General de Medicamentos del Ministerio de Salud (DIGEMID), gracias a la Concertación en el Consejo Nacional de Salud y la decisión de la alta dirección de las instituciones implicadas. Por tanto es posible que desde la administración pública se pueda gestionar correctamente los fondos, comprar honestamente y cumplir con el principio enunciado al comienzo de que el acceso a los medicamentos es un derecho humano que debe ser cautelado por el Estado.

En síntesis, vemos que ambos mecanismos han logrado múltiples beneficios:

- Se ha logrado un importante ahorro presupuestal al comprar la mayoría de los medicamentos a un precio 50% menor del precio de referencia inicial.
- La compra centralizada y la subasta inversa, han permitido que un equipo se entrene en todo el proceso y realice correctamente la consolidación de petitorios, estudio de mercado, precios de referencia, fichas técnicas de calidad, normas claras y precisas, procesos administrativos públicos y transparentes y por último la realización de la subasta inversa en un solo acto público y controlado por los proveedores.
- El éxito de los dos procesos de compra por subasta inversa, con la participación del MINSA, ESSALUD y la Sanidad de las Fuerzas Policiales, ha incentivado la participación del INPE para abastecer a las cárceles y el sector privado. Falta incorporar más sectores hasta consolidar un petitorio único del Estado, que incluya a todos los sectores poblacionales que quieran participar.
- Lo avanzado permite visualizar la necesidad de conformar un operador logístico (una central de compras de medicamentos, insumos y equipamiento médico), que opere

como Organismo Público Descentralizado, que institucionaliza la compra centralizada de medicamentos y equipo médico.

- El Estado, puede lograr un adecuado uso de los exiguos presupuestos y hacerlo con transparencia y honestidad. Una condición indispensable ha sido la voluntad política del equipo de DIGEMID.

1.2.9 Medicamentos genéricos

Son aquellos que tiene la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica similar al medicamento innovador.

Los procesos de desregulación de los mercados en América Latina desde principios de los 90s, los valores del mercado farmacéutico subieron explosivamente a costa de los precios y no del consumo. Se empezó a consumir menos pero a precios más altos lo que significó un aumento del costo en salud, que llama la atención de los gobiernos que se esmeran en buscar mecanismos apropiados y sostenibles que garantice el acceso a estos bienes. Pero además de tener una característica especial como “bienes de salud”, los medicamentos también son mercancías que se sujetan a las reglas de un mercado muy complejo y de competencia imperfecta. El mercado farmacéutico peruano muestra una amplia dispersión de precios para la misma sustancia y hasta para las mismas marcas, incluidas las marcas originales. Los precios no tienen relación con los costos de producción y se fijan de acuerdo a lo que el mercado puede soportar. Esto tiene relación con los esfuerzos de los productores de promover y consolidar en prescriptores y dispensadores (farmacias y boticas) una suerte de fidelización a marcas a través de agresivas campañas de promoción y publicidad que se utilizan como herramientas anticompetitivas. Este problema se agrava por la integración vertical que está sucediendo entre productores de medicamentos y

comercializadores (cadenas de boticas) que crean sus propias marcas que son ofrecidas preferentemente a los clientes.

De otro lado, la demanda no está influida por los precios: si no se usa el medicamento prescrito se puede poner en riesgo la vida o mantener la incomodidad o sufrimiento del paciente; por esta razón- particularmente en los medicamentos que están dominados por monopolios u oligopolios- los precios no afectan el consumo. Finalmente, los pobres gastan más en medicamentos, porque debido a sus condiciones de vida se enferman más y tienen que pagar altos precios que deciden otros: prescriptor y dispensador. Esto tiene efectos dramáticos en los hogares cuando sus miembros no tienen seguros de salud efectivos que cubran todas sus necesidades de tratamiento. La asimetría de la información permite mantener un mercado de marcas diferenciadas artificialmente que no compiten por precios pero que convierten a los pacientes en clientes cautivos, imponiendo precios también artificiales.

La competencia

Los genéricos han demostrado en países desarrollados ser una herramienta importante para alcanzar precios convenientes para los sistemas de salud y para la población. En Estados Unidos el consumo de genéricos significó un ahorro del gasto sanitario de 734,000 millones de dólares en los últimos 10 años; el precio medio de un genérico de prescripción en 2006 fue de 32.23 dólares, mientras que el de marca llegaba a 111.02 dólares. A nivel mundial, la epidemia del VIH/SIDA mostró que los productos genéricos podían bajar los precios de tratamientos que eran sumamente costosos con las marcas originales. En efecto, el tratamiento de primera línea con tres antirretrovirales pasó de US\$ 10,439 (marcas originales) por paciente año en el 2000 a US\$ 132 a mitad del 2006 con los genéricos. Esto mismo ha seguido ocurriendo con antirretrovirales individualmente lo que mantiene un debate internacional acerca de la necesidad de eliminar las barreras a la

producción de genéricos, más aún cuando se trata de medicamentos esenciales y que se venden en marcas injustificadamente caras.

Los productos genéricos tienden a ser más baratos e influyen a que las marcas originales bajen sus precios, actuando como un regulador del mercado. Así, los genéricos constituyen la mejor alternativa en términos económicos. Sin embargo, en el Perú se ha consolidado un mercado de “marcas” (conocidas como similares, copias o “genéricos de marca”) diferentes a las originales que constituyen el grueso del consumo de medicamentos en el país; fenómeno que se ha fortalecido con la integración vertical (producción-distribución) creando marcas propias para las cadenas de boticas. En el periodo 2006-2011 el total de unidades vendidas de productos “similares” o “copias” ha ido en aumento superando a los genéricos y a las marcas originales. Los genéricos han disminuido su participación en el mercado (en valores) de 32.30 a 26.87%; en unidades vendidas ha disminuido del 28.1% en el 2005 a 21.28 en el 2011. Esto se condice con los productos que tienen registro sanitario vigente en el 2011: el 50% de registros son de medicamentos con marca y sólo el 19% son genéricos DCI, de un total de 19,239 productos con registro vigente. (Mestre-Ferrándiz, Jorge)

A pesar de todo, al igual que en otros países, en el Perú los genéricos muestran precios más bajos que sus competidores de marca original o de las marcas “copia”, “similares” o genéricos de marca. En efecto, para el periodo 2006-2011, los precios unitarios promedio de los genéricos se mantienen en alrededor de US\$ 2.00, mientras que las “copias” han partido de US\$ 6.00 hasta acercarse a US\$ 8.00 en el mismo periodo. Las marcas originales han subido de US\$ 8.00 a US\$ 12.00 en el mismo periodo.

Examinando datos individuales, se comprueba que en un amplio grupo de medicamentos, la mayoría de ellos esenciales, los precios varían dramáticamente entre las marcas originales, “genéricas de marca” y genéricas DCI. En la tabla se observa por ejemplo que

una tableta de alprazolam 0.5mg puede costar entre S/. 0.06 y S/.6.22 (100 veces más) y la ceftriaxona iny. 1 gr. va desde S/. 2.05 hasta s/ 85.00 (40 veces más).

Los pobres gastan más en medicamentos, porque debido a sus condiciones de vida se enferman más y tienen que pagar altos precios que deciden otros: prescriptor y dispensador. Esto tiene efectos dramáticos en los hogares cuando sus miembros no tienen seguros de salud efectivos que cubran todas sus necesidades de tratamiento.

Tabla N° 3 . PRECIOS MÁS BAJOS Y MÁS ALTOS DE MEDICAMENTOS

Medicamentos	Precio más bajo S/.	Precio más alto S/.	N°. Veces
Aciclovir Tab. 200mg.	0.12	6.76	55
Albendazol Tab. 200mg	0.10	9.00	89
Alprazolam Tab. 0.5 mg.	0.06	6.22	103
Ceftriaxona Iny. 1 g.	2.05	85.00	40
Ciprofloxacino Tab.500 mg.	0.05	12.90	257
Clotrimazol Crema1 %.	0.80	32.16	39
Enalapril 10 mg.	0.05	7.64	152
Ranitidina 300 mg.	0.07	1.98	27

Fuente: Observatorio Peruano de Precios de Medicamentos. DIGEMID; 13 Dic 2015

Existe un estancamiento de la oferta de genéricos que se comprueba cuando muchas personas no van a comprar un medicamento a una farmacia: “no tenemos en genérico”.

De otro lado, existe la noción que el medicamento prescrito es irremplazable, único, y por lo tanto el comprador está sujeto a comprarlo en las especificaciones que le han dado en

la receta, sobre todo, el nombre de marca. Un nombre diferente (en términos de marcas comerciales) significa en el imaginario común, un medicamento diferente.

El temor a tomar un medicamento que no ha sido prescrito, lleva al usuario a comprar exactamente lo que está escrito o lo que le recomiendan en las farmacias. La falta de orientación al usuario para distinguir la marca del nombre universal del medicamento lo hace manipulable por quienes manejan dicha información.

En realidad, el Estado Peruano tiene vigentes algunas herramientas que promueve el uso de genéricos. Una de ellas es la prescripción con el DCI (o nombre genérico) que debe cumplirse tanto en los consultorios públicos como privados. Pero esto es una medida que requiere ser evaluada y supervisada para que se cumpla. Además, el usuario debe ser informado de la existencia de esta norma de tal modo que exija a los prescriptores que receten con el DCI. De otro lado, desde hace muchos años se cuenta con normas que permiten la “sustitución genérica” que consiste en que el farmacéutico responsable de una farmacia o botica ofrezca al cliente alternativas de medicamentos equivalentes.

Nada de esto va a funcionar si los usuarios no son informados y alentados a exigir el cumplimiento de las normas y el derecho que tienen para decidir sobre los productos que más convienen a sus bolsillos. Por su lado, el organismo regulador de medicamentos, DIGEMID, tiene la función de garantizar que se cumplan todas las normas correspondientes para asegurar que todos los productos que están en el mercado son de calidad.

Para un grupo de medicamentos esenciales que están en monopolio por protección de patentes u otro mecanismo de propiedad intelectual, como algunos antirretrovirales u oncológicos, el gobierno debe hacer uso de las normas existentes o establecer nuevas de tal modo que se instale la competencia por precios en esto grupos y tanto los sistemas de

salud públicos y privados y las personas en particular tengan acceso a estos medicamentos a precios convenientes.

El Estado Peruano asuma la responsabilidad de regular el mercado farmacéutico, que involucra a todos los agentes desde el productor hasta el consumidor, de tal modo que no sólo se cuide la seguridad, eficacia y calidad sino también tenga efectos económicos y resultados sanitarios evidentes.

1.2.10. Los TLC y los medicamentos

Los aspectos de propiedad intelectual de los TLC, es una barrera de acceso a medicamentos -afectando la salud-, pues se consagrará un estándar más elevado de protección de los derechos de propiedad intelectual que amplía las facultades monopólicas de la gran industria farmacéutica, restringiendo la competencia y limitando el acceso a nuevos medicamentos genéricos.

Los países latinoamericanos se han articulado a este proceso de integración al libre comercio, y el Perú tiene un acuerdo comercial suscrito con los EEUU denominado Acuerdo de Promoción Comercial (APC) que en el caso de propiedad intelectual ha generado una nueva obligación, el de proteger por cinco años la información sobre seguridad y eficacia del medicamento (protección de datos de prueba), exclusividad que le otorga una posición monopólica e impide el pronto ingreso de medicamentos genéricos.

La propiedad intelectual, TLC y medicamentos

En los tratados de libre comercio, la normatividad de la propiedad intelectual afecta la salud, pues dificulta el acceso a medicamentos, pues la gran industria farmacéutica haciendo eco de un libre comercio, pretende ampliar la materia patentable –como

patentes de segundo uso o del método de uso del medicamento– e incluir mecanismos adicionales para la protección de la propiedad intelectual (protección de datos preprueba, aplicación de certificados de complementariedad, entre otros). Un ejemplo de ello son las patentes para segundos usos, que amplía el periodo de protección del medicamento por cada nueva actividad terapéutica.

Pero la propiedad intelectual y el libre comercio, son diferentes toda vez que la primera por naturaleza está orientada a proteger la creación del intelecto, mientras que la segunda es la actividad de intercambio de bienes y servicios que corresponde a un estadio posterior a la creación intelectual y se orienta a la satisfacción de necesidades y distribución eficiente de recursos escasos, dentro y fuera de las fronteras nacionales.

Por ese motivo se presentó un conflicto entre los países de menor desarrollo tecnológico y los países desarrollados y que fueron vinculados en las negociaciones de la Ronda de Uruguay de 1994, que resultó en la adopción del Acuerdo sobre los Aspectos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC), y se afianzaron con la creación de la Organización Mundial de Comercio (OMC) en 1995.

Los ADPIC introducen normas mínimas universales de protección y observancia de los derechos de propiedad intelectual, que entre otros, otorga posición monopólica a través de las patentes y restringen la competencia al prolongar la introducción de genéricos al mercado.

Lo que sucede es que el medicamento como componente esencial del derecho a la salud necesario para lograr el disfrute de un alto nivel posible de salud física y mental y el derecho a la vida, ha generado que los tratados comerciales incluyendo el capítulo de propiedad intelectual afecten ese derecho fundamental al atentar contra el derecho al acceso a medicamentos.

ADPIC, un nuevo régimen de propiedad intelectual

Mediante la ADPIC se cambió el régimen internacional de la propiedad intelectual y los países miembros de la OMC quedaron obligados, entre otros mecanismos a proteger las invenciones con patentes por veinte años. Los ADPIC fueron aceptados como estándares mínimos de protección de los derechos de propiedad intelectual, lo que supone que todo acuerdo negociado con posterioridad al Acuerdo sobre los ADPIC entre miembros de la OMC, puede crear estándares más elevados, denominados ADPIC plus.

El ADPIC plus cubre las actividades que incrementan el nivel de protección de los titulares de derecho más allá del estipulado en el Acuerdo sobre los ADPIC, así como también las medidas destinadas a reducir el alcance o la efectividad de las limitaciones a los derechos y de las excepciones. Este nuevo régimen de propiedad intelectual estaría reduciendo la capacidad de los países en desarrollo de proteger el interés público.

Los países que han normado ADPIC como el Perú tiene que enfrentar precios de hasta 21 veces más como en el caso de la olanzapina 10 mg, cuyo medicamento bajo patente es zyprexa® de la farmacéutica Ely Lilly; del mismo modo, Brasil para el mismo medicamento enfrenta precios de hasta 59 veces más. El tratado también ha retrasado el ingreso de genéricos y ha retirado medicamentos genéricos ya existentes.

Declaración de Doha y la Salud Pública

La forma como los países en desarrollo, han pretendido enervar el efecto de la protección de los derechos de propiedad intelectual es el uso de las salvaguardas, entre ellas las licencias obligatorias e importaciones paralelas utilizadas para reducir el precio de los medicamentos. Pero la implementación de estas salvaguardas en beneficio de la salud pública, habría ocasionado la reacción de las multinacionales farmacéuticas

dueñas de patentes, demandando a los países por supuestas infracciones a los acuerdos comerciales.

El noviembre del 2001 que en Doha, Qatar, se realizó la IV Conferencia Ministerial de la Organización Mundial del Comercio, donde uno de los puntos de la agenda fue el uso de las salvaguardas del ADPIC. En la Declaración sobre los ADPIC y la salud pública los países miembros de la OMC convinieron que el Acuerdo ADPIC no impide ni debería impedir a los Estados miembros tomar medidas para proteger la salud pública, el Acuerdo puede y debería interpretarse e implementarse de forma que apoye el derecho de los Estados miembros de la OMC a proteger la salud pública y, en particular, fomentar el acceso a medicamentos para todos”. Por ese motivo la declaración de Doha reivindica el derecho de los países hacer uso de las salvaguardas como medidas para proteger la salud pública.

Los efectos de los tratados comerciales para el Perú

El Perú suscribió un tratado comercial con EEUU que involucró el capítulo de propiedad intelectual, donde se instala un nuevo estándar, más elevado que los existentes en el país. Se trata de ampliar los derechos de protección de la propiedad intelectual conveniente para las multinacionales farmacéuticas. Por un lado mientras que EEUU consigue aumentar los estándares sustantivos como la protección de datos de prueba, la UE conseguiría fortalecer la observancia asegurando la aplicación de los derechos conseguidos.

La justificación se encuentra en una lógica de la aplicación de las cláusulas sobre el trato nacional y trato de la nación más favorecida contempladas en el ADPIC, esto es, lo que se acuerda con los EEUU puede ser exigido por la UE, e incluye su extensión a los demás países miembros de la OMC.

El Tratado de libre comercio con los EEUU

Entre las propuestas ADPIC Plus, planteadas por los EEUU se encontraba lo siguiente:

- Extensión del periodo de la patente ampliándolo de 20 a 25 años, justificando el hecho en las demoras que podría incurrirse en los procesos de concesión de patente y aprobación de su comercialización.
- Uso exclusivo de datos de prueba, el cual crea un nuevo sistema monopólico al impedir por cinco años el uso de información sobre seguridad y eficacia del medicamento, con lo cual, los genéricos tendrían que desarrollar su propia información para poder obtener la autorización de comercialización. Esta medida retrasa el ingreso de genéricos al mercado.
- Vínculo entre la aprobación de la comercialización y el estado de la patente. Por este mecanismo la autoridad sanitaria asumiría funciones de protección de los derechos privados, al no registrar medicamentos patentados.
- Patente de segundo uso, el cual adiciona un nuevo periodo de protección por una nueva actividad terapéutica.
- Patente para métodos de uso de un medicamento ya conocido, por lo cual se posibilita el patentamiento de administración de un tratamiento que en algunos casos correspondería a nuevas concentraciones o hasta modalidades de absorción de una droga.

Las propuestas ADPIC Plus de EEUU, otorgaba por un lado un exceso de protección de los derechos de propiedad intelectual, y por el otro no hacía un explícito reconocimiento de las salvaguardas y la Declaración de Doha.

Impacto sobre el acceso a medicamentos

El Ministerio de Salud de Perú (MINSA) en 2005, realizó un estudio con el objeto de evaluar el impacto que tendría la propuesta de EEUU sobre el acceso a medicamentos, concluyó que dichas medidas producirían cambios importantes en la estructura del mercado. Los resultados del estudio estimaban lo siguiente:

- Para el año 2015 (a partir de la entrada en vigor del acuerdo), el 69% del mercado en valores correspondería a medicamentos “originales”, el 20% a “genéricos de marca” y el 11% a “genéricos Denominación Común Internacional (DCI)”.
- El primer año de vigencia del tratado el precio de los “medicamentos originales” podría aumentar 12,5%, los “genéricos de marca” 4,3% y los “genéricos DCI” 0,7%. En los años 7 y 13 los “medicamentos originales” aumentarían 72% y 132%, los “genéricos de marca” 22% y 37% y los “genéricos DCI” 4,4% y 7,7%, respectivamente.
- Respecto al acceso de medicamentos, el estudio estimaba que en los primeros cinco años, entre 700 mil y 900 mil personas quedarían, cada año, excluidas de la atención con medicamentos si los presupuestos del MINSA y ESSALUD o el ingreso de los hogares más pobres no cambiaban.
- La protección de datos de prueba tendría un impacto en el primer año equivalente a US\$ 34,4 millones de gasto adicional. De este total, US\$ 29 millones deberán ser asumidos por las familias, y la diferencia por el MINSA y ESSALUD. Entre los años 7 y 13, los gastos adicionales estarán en el rango de US\$ 130 a 170 millones.

En abril de 2006, el Perú concluyó el proceso de negociación con los EEUU el documento pese al estudio de impacto, aún contenía cláusulas lesivas para el acceso a medicamentos. Posteriormente, como consecuencia del trabajo político de organizaciones de la sociedad civil y de demócratas del Congreso de los EEUU, se puso

en debate algunos puntos del acuerdo como son: la protección de los derechos de propiedad intelectual y acceso a los medicamentos, la biodiversidad y los asuntos laborales. (Jones E. 2003).

El protocolo de enmienda

En junio del 2007, el Perú terminó de negociar un Protocolo de Enmienda que tenía carácter de adenda al tratado comercial posteriormente llamado Acuerdo de Promoción Comercial (APC). Este protocolo modificó el contenido del tratado, reconociendo que “Las obligaciones... no impiden, ni deben impedir, que una Parte tome las medidas necesarias para proteger la salud pública mediante la promoción del acceso a medicamentos para todos, en particular los casos relativos al VIH/SIDA, la tuberculosis, la malaria y otras”. Asimismo, los países examinarán periódicamente la aplicación y operación del capítulo de propiedad intelectual, destacando que ambos gobiernos cooperarán para evitar retrasos irrazonables en la tramitación de solicitudes de patentes y de solicitudes para la aprobación de comercialización de medicamentos. En ese sentido, el Protocolo de Enmienda eliminó la obligatoriedad de compensación por retrasos irrazonables en la emisión de una patente para un producto farmacéutico o de la autorización para la comercialización. Sin embargo, mantuvo la “protección y uso exclusivo de los datos de prueba u otros no divulgados” originándole al país un nuevo derecho de protección de propiedad intelectual, el cual posteriormente fue considerado uno de los logros más grandes conseguidos por los EEUU.

La negociación con la Unión Europea

La negociación del tratado de libre comercio con la UE abarcaba tres pilares también llamados “diálogos”: cooperación, diálogo político y comercio, con lo cual mostraba

un aparente proceso de negociación más justo. Sin embargo, sus pretensiones en materia de propiedad intelectual terminaron siendo más agresivas que las negociadas con los EEUU.

La propuesta de la Unión Europea contenía los siguientes puntos:

- Ampliación del periodo de patente de 20 a 25 años, por medio del certificado de protección suplementaria.
- Ampliación del plazo de protección y exclusividad de los datos de prueba. Originalmente se propuso una ampliación de ocho a once años, en la negociación se adoptó el término de “por lo menos cinco años”, siendo la última propuesta “normalmente de cinco años”.
- Protección de datos de prueba para productos biológicos. Esta iniciativa va más allá de la definición aceptada en el TLC con los EEUU e implicaría la protección de productos farmacéuticos biotecnológicos de reciente investigación como monoclonales, terapia génica, entre otros.
- Medidas de frontera y reglas de observancia, que involucra ampliar en las fronteras las causales de demanda a todos los derechos de protección de propiedad intelectual que incluye la protección de medicamentos patentados. Originalmente este mecanismo contenido en el ADPIC solo protege a marcas y derechos de autor.
- Un estudio del instituto de investigación y consultoría IFARMA y Acción Internacional para la Salud, basado en la “Guía para estimar el impacto sobre el acceso a medicamentos de cambios en los derechos de propiedad intelectual” con el modelo Intellectual Property Rights Impact Assessment (IPRIA), concluyó:
- La ampliación de las patentes y la protección de datos de prueba implicaría que para mantener en el 2025 el nivel de consumo actual, se tendría que dar un incremento del gasto farmacéutico peruano total de USD 459 millones o en caso contrario, se

daría una disminución del consumo de 20%. Lo anterior es consecuencia de un aumento de 11% en el número de medicamentos con protección de propiedad intelectual, que conduce a un incremento de 26% en los precios.

- La exclusividad a los datos de prueba por diez años, implicaría un aumento del gasto en medicamentos de más de USD 300 millones en el 2025.
- Sólo la extensión en la duración efectiva de las patentes por cuatro años, como resultado de aceptar los Certificados de Protección Suplementaria, implicaría en el 2025 un incremento de USD 159 millones en el gasto farmacéutico o una disminución del consumo del 9%.
- En el 2025, el mercado privado incrementaría en 12% en el volumen de medicamentos con protección de propiedad intelectual (incluye medicamentos patentados y protección de datos de prueba), lo que se traduce en un incremento del 27% en los precios, que ocasionaría un aumento en el gasto de USD 411 millones. En el mismo año, en el sector público se estima un incremento del 11% en el volumen de medicamentos con protección de propiedad intelectual, lo que se traduce en un incremento de precios del 25% y un aumento del gasto de USD 48 millones.

Monopolio de medicamentos y TLC

El precio es un factor determinante para el acceso a los medicamentos que la población necesita. La gran mayoría de pacientes tienen que costear sus medicamentos de su propio bolsillo, lo que implica un gran sacrificio para los hogares.

La competencia de medicamentos, tiene un efecto positivo en la reducción del precio del medicamento. Cuando los genéricos llegan a estar disponibles después de la expiración de una patente, los precios de los medicamentos bajan entre 30 y 70%, dependiendo del número de genéricos que se incorporen al mercado, de allí que las

políticas públicas deben promover los genéricos como estrategia para mejorar el acceso de medicamentos.

Pero los tratados comerciales tienden a instalar un estándar más elevado de protección de los derechos de propiedad intelectual, cuya resultante es la generación de un mercado monopólico, que en el caso del APC entre Perú y EEUU resultó en la incorporación de un nuevo derecho de protección de propiedad intelectual (protección de datos de prueba por cinco años).

Los tratados de libre comercio promovidos por EEUU y la UE pretenden imponer estándares más elevados de protección de los derechos de propiedad intelectual que los contenidos en el ADPIC, los cuales tienen un impacto negativo en el acceso a medicamentos.

El Acuerdo de Promoción Comercial entre Perú y EEUU, instaló un nuevo mecanismo de exclusividad en el mercado al proteger la información sobre seguridad y eficacia de un medicamento hasta por 5 años.

1.3 Formulación del Problema

1.3.1. Problema Principal.

¿Cuáles son los criterios utilizados en la asignación de precios en los medicamentos consumidos en el Perú, en relación a la estructura de costos reales que inciden en el precio que paga el consumidor peruano en el periodo 2010-2016?

1.3.2. Problemas Específico.

¿ De qué manera el alto precio de los medicamentos genéricos constituye una barrera de acceso a la salud?

1.4 Antecedentes

Entre los estudios realizados se puede citar

1. OPS/OMS (2002), Análisis de la situación Perú, Programa Especial de Análisis de Salud.
2. Queijo, Virginia (2000), La industria farmacéutica en el Uruguay.
3. Semana Económica (2001), La industria farmacéutica. Año 17, N° 793, Lima.
4. Tobar, Federico (2002), Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. En Boletín Fármacos, volumen 5.
5. Vargas Girón, Manuel (2002), “Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú” en “La salud peruana en el siglo XXI: Retos y propuestas de política” Consorcio de Investigación Económica y Social.
6. Estudio realizado en México: Sobreprecio y Acceso a los Medicamentos: El Caso de los Medicamentos Esenciales de México.

El objetivo de esta investigación es el estudio de los precios de los medicamentos esenciales de marca en México en relación a los precios de los medicamentos esenciales genéricos disponibles en el mercado internacional, utilizando para esta investigación un factor de conversión de precios, diferenciando para medicamentos de fabricación nacional e importados.

7. Estudio realizado en Costa Rica: Estudio de la Variación de Precios de los medicamentos por Marca en Costa Rica.

El objetivo de esta investigación es determinar los factores que influyen en la variación porcentual de los precios de los medicamentos de marca comercializados en Costa Rica.

Los resultados de esta investigación, registran una variación de precio de un producto de 676% referente al precio más barato y más caro., dando como promedio un 136% de

variación de precio.

8. IMS & A. G. Pharmaceutical Market Peru. Suiza. Estudios estadísticos del comportamiento del mercado peruano de medicamentos, registran el mercado de medicamentos en valores, la variación de los precios, el número de medicamentos ofertados, ingreso de productos nuevos, productos de mayor venta, entre otros.

La IMS (International Medical Statistics), utiliza un factor de conversión de precios (19%), Lo cual se aplica al valor de venta de los medicamentos en las farmacias, es decir restan el VVF (Valor de venta a Farmacia) y consideran al valor encontrado, como el valor de venta de los distribuidores.

1.5. Justificación de la Investigación

Ante las incidencias epidemiológica de nuestra población y la inaccesibilidad a los medicamentos debido especialmente a sus precios continuamente crecientes y a los sobrepuestos, se ha observado como resultado de esta situación una disminución de la compra de medicamentos en 61% en el 2014, con relación a lo registrado en 2006; incrementándose la oferta de medicamentos en los diez ultimo años, sin embargo, ante esta mayor oferta y ante una mayor importación de medicamentos los precios han tenido un constante aumento, no logrando una autorregulación del mercado de medicamentos.

Es importante entonces establecer los factores que influyen en la asignación de precios, a través del presente trabajo, encontrando un factor de conversión de los precios en los diferentes niveles de comercialización, lo cual nos va a permitir determinar en qué parte de la cadena de comercialización hay una mayor incidencia de sobrepuestos, diferenciando medicamentos de marca y genéricos; medicamentos nacionales e importados, en las que se regule la comercialización de los medicamentos.

Uno de los principales problemas de salud pública son los exorbitantes precios de las medicinas de marca y los genéricos. La promoción del uso de medicamentos genéricos es una solución parcial que beneficia al ciudadano consumidor. Es necesario explicar porque se da una suerte de irracionalidad de nuestro sistema de salud que pone barreras de acceso a la salud y que afecta el bienestar de la población.

1.6. Limitaciones de la investigación

Las limitaciones provienen de:

- a) Limitaciones de ausencia de registro de precios de venta al público de los medicamentos,
- b) La inconsistencia del registro de determinados campos de la base de datos.
- c) Complejidad institucional del sector farmacéutico
- d) La conexión de la cadena de valor y la fijación de precios.
- d) Limitaciones del acceso a información.

Asimismo los hallazgos y conclusiones del estudio se limitan a la muestra de medicamentos seleccionados, por lo tanto sus resultados no son extrapolables. Sin embargo, muestra indicios de lo que pudiera estar sucediendo con los medicamentos en general. En los casos en que es comparable el precio de los medicamentos en el Perú con los precios de los mismos medicamentos en países de la región, el análisis es una aproximación a la comparación real, debido al sesgo que puede existir al comparar los precios de compra del sistema peruano que registra todas la compras públicas realizadas en un periodo de tiempo, y los sistemas existentes en otros países que no incluyen el total de compras realizadas; además, las políticas públicas de cada país respecto del precio de los medicamentos, podrían distorsionar los resultados de la comparación.

1.7 Objetivos

1.7.1. Objetivos generales.

Determinar cuáles son los criterios utilizados en la asignación de precios de los medicamentos consumidos en el Perú que se ofrecen en el sistema de distribución (Laboratorios, droguerías, Farmacias y Boticas).

1.7.2. Objetivos secundarios.

Determinar de qué manera el alto precio de los medicamentos genéricos constituye una barrera de acceso a la salud.

1.8 Hipótesis

1.8.1. Hipótesis general

El uso de criterios de sobre ganancia de los fabricantes y/o importadores de medicamentos genéricos, que no se sustentan en una estructura de costos reales para poder asignar un precio justo y razonable, es determinante para la asignación de precios elevados de los medicamentos genéricos en el Perú en el periodo 2010-2016.

1.8.2. Hipótesis específica

El alto precio de los medicamentos genéricos en el Perú constituye una barrera de acceso a la salud

II. MARCO TEÓRICO

La política farmacéutica nacional ha sido definida por la Organización Mundial de la Salud como un compromiso con un objetivo y una guía de acción que expresa y prioriza las metas a medio y largo plazo establecidas por el gobierno para el sector farmacéutico, e identifica las estrategias principales para alcanzarlas.

La OMS plantea que una política nacional de medicamentos es aquella que:

- a) Suministra un marco dentro del cual se pueden coordinar las actividades del sector farmacéutico.
- b) Abarca los sectores tanto público como privado, e implica a todos los protagonistas del ámbito farmacéutico.
- c) Constituye un documento, presentado e impreso como declaración oficial del gobierno,
- d) Asume carácter programático con objetivos, metas, acciones, y responsabilidades claramente definidas y comprendidas.

Dentro de la política pública del Estado se inscribe la política farmacéutica que concretiza funciones esenciales del estado para regular, informar y proveer a la población. Asumir que el mercado no asigna los recursos de la forma más adecuada y que hay que corregirlo porque genera fallas que se resuelven con instrumentos como normas, control y sanciones. El mayor desafío actual de la regulación es promover un acceso equitativo a los medicamentos. (OMS, 2012).

Función del mercado

Los precios son los medios para regular el acceso a mercados libres que, en sí mismos, son el método por el cual se asignan bienes en respuesta a los deseos del sector privado. Aunque los productos farmacéuticos son productos que benefician a la sociedad, también tienen valor privado significativo. Este beneficio privado, en combinación con una

capacidad de ciertos segmentos de la población para pagar, suscita una demanda que proporciona incentivos suficientes para la creación de mercados farmacéuticos, formales e informales. Dado que los mercados pueden proporcionar productos farmacéuticos para satisfacer los deseos de algunos segmentos de la sociedad dada la dificultad para erradicar mercados que se formen naturalmente, y los riesgos asociados con mercados informales no sujetos a reglamentación parece razonable que los esfuerzos del gobierno no estén dirigidos a eliminar los mercados.

Características del mercado y los precios

En un mercado perfecto, el precio refleja el equilibrio entre la oferta y la demanda. Sin embargo, los mercados farmacéuticos no llegan a ser perfectos por diferentes motivos:

La información sobre los productos que ayudaría a la toma de decisiones de manera racional no está ampliamente al alcance de los consumidores; existen barreras para el ingreso (por ejemplo las patentes) muchos mercados de clase terapéutica están dominados por unos pocos competidores, y a nivel mundial, un número relativamente pequeño de compañías representa una porción sustancial de todas las ventas (condiciones oligopólicas), los productos competitivos no se consideran sustitutos perfectos.

También existen factores externos como prestaciones públicas de salud asociados con uso de ciertos medicamentos, que no se reflejan en las asignaciones del mercado. Finalmente los mercados no están interesados en lograr objetivos sociales como la equidad porque la demanda del mercado es generada por los deseos de las personas que pueden pagar, no por las necesidades de todos. Por todas estas razones los precios en un mercado farmacéutico libre no están regulados adecuadamente por la oferta y la demanda actual, y no se encuentran a niveles que lograrán el consumo apropiado de los bienes con valor social alto o asequibilidad universal a los medicamentos esenciales.

En situaciones oligopólicas, la competencia del mercado no se basa con frecuencia en el precio sino en la promoción o capacidad de investigación.

Esto no implica que el precio de los productos competitivos es irrelevante; las empresas a menudo usan los precios de los competidores como un factor para determinar sus propios precios. Pero en estas circunstancias se busca no provocar guerras de precios, por lo que los niveles de precios son similares con frecuencia.

Generalmente los precios fijados libremente por compañías no están determinados por el costo de producción más un margen fijo (determinación de los precios en función del costo más honorarios). El objetivo de todas las compañías es maximizar la ganancia, y esto se logra mejor al dejar que los precios reflejen las variaciones en la demanda en lugar de restringir las ganancias a niveles fijos. Esto implica que algunos productos tendrán márgenes de ganancia más amplios que otros. No se introducen los productos que no se pueden elaborar y vender en los mercados a niveles de ganancia mínimos aceptables.

Para las multinacionales especializadas en la investigación, los precios para los productos individuales tienden a ser fijados por las compañías, tomando en cuenta los objetivos específicos de rentabilidad general necesarios para financiar el desarrollo de productos nuevos para satisfacer la demanda futura prevista en los mercados principales. Para estas compañías, los objetivos de rentabilidad son mundiales, y por consiguiente, pueden rechazarse o restringirse las oportunidades de desarrollar mercados en algunos países que no considerablemente rentables porque existen oportunidades de inversión más lucrativas que en otros lugares. Además, estas compañías aprovechan con frecuencia las prácticas de fijación de precio de transferencia que inflan artificialmente el costo de la producción local para aumentar sus ganancias mundiales.

La liberalización y armonización del comercio debe dar lugar a varias fuerzas descendentes en los precios en el largo plazo: aranceles reducidos, mayor competencia y

mercados más grandes que mejoran las economías de escala. Pero como la liberalización va a menudo acompañada de una devaluación de la tasa de cambio (para mantener la balanza de pagos), los precios de los productos importados (que afectan a los productos farmacéuticos acabados y a los intermedios) aumentan generalmente en relación con los ingresos con los ingresos en el corto plazo.

Además, las imperfecciones inherentes a los mercados farmacéuticos, pueden limitar los efectos de algunas de las fuerzas de precios descendentes. Por ejemplo, hay algunas pruebas disponibles que indican que el mayor volumen y las economías de escala, solo tienen efectos marginales en función de reducir los precios farmacéuticos. Además, como resultado de los desequilibrios de información y las tácticas de comercialización, un aumento en el número de competidores, acompañado por una proliferación de productos de marca comercial no implica necesariamente un aumento de la competencia de precios. Las regiones en las que se promueve el libre comercio, el control de precios es mínimo y se armonizan otras políticas normativas, deben de gozar de niveles de precios similares en todos los países participantes. La repercusión resultante sobre los niveles de precios puede ser descendente para algunos países y ascendente para otros.

Participación estatal

Aunque los problemas del mercado pueden ser serios, las falencias del mercado por si sola quizás no sea una justificación suficiente para la intervención estatal. Pero la consideración de estos fracasos, junto con la función clave de los productos farmacéuticos en salud, y el precepto que la salud es un derecho social, justifica una función para el gobierno en los mercados de medicamentos. El Estado tiene la responsabilidad de garantizar la inocuidad calidad y eficacia del producto, equidad en el acceso y que los costos sanitarios sean justos

para la sociedad. La participación estatal en el control de los precios puede o no ser parte de esta intervención.

Cuando los gobiernos intervienen para la fijación de precios, a menudo buscan la uniformidad de los precios minoristas para el mismo medicamento para todo el país, la determinación de precios que aseguren la asequibilidad y el acceso equitativo, la limitación del consumo innecesario del crecimiento rápido de precios para evitar gastos excesivos que den lugar a costos sociales indebidos. En los países en desarrollo de ingreso bajo, el énfasis está en mejorar el acceso, mientras que en los países industrializados se busca contener los costos. Muchos países en desarrollo de ingreso mediano enfrentan ambos retos.

Pero la misma manera que hay imperfecciones en el mercado, hay imperfecciones asociadas a la fijación de precios por parte del gobierno. El proceso puede ser difícil y propenso a manipulaciones políticas. Además el cumplimiento con éxito de estas medidas es con frecuencia problemático.

Esencialmente, estos mecanismos pueden resultar abrumadoramente engorrosos, especialmente para países con recursos limitados. Existen opciones para lograr las mismas metas que el control de precios. El acceso puede mejorarse mediante cambios en los métodos de financiamiento como la ampliación en la cobertura del seguro, mercados con mayor disponibilidad de información, el uso de la concesión de licencias obligatorias para los productos con competencia limitada, y uso de nombres genéricos en la prescripción y rotulación, pueden mejorar la competencia de precios. Los gastos farmacéuticos pueden controlarse mediante diferentes medios, aunque las opciones disponibles en cada país dependerán de las modalidades de financiación y suministro.

Medicamentos

El medicamento es un bien esencial producido por la ciencia y la tecnología farmacéutica

para curar problemas de salud. De allí que su uso ha mejorado la calidad de vida, prolongando la expectativa de vida y evitando o reduciendo el sufrimiento. Pero también es una fuente importante de gasto, a veces oneroso, para los sistemas de salud y las familias, generando problemas de sostenibilidad financiera y de inequidad.

1. El derecho a la salud. Derecho a la atención médica

El medicamento es la tecnología médica más utilizada para enfrentar problemas de salud. Su uso ha mejorado la calidad de vida, prolongando la expectativa de vida y evitando o reduciendo el sufrimiento. Sin embargo, también es una fuente importante de gasto, a veces oneroso, para los sistemas de salud y las familias, generando problemas de sostenibilidad financiera y de inequidad.

La salud es un derecho humano y es condición esencial en la lucha contra la pobreza y para el desarrollo. En efecto, la salud conceptualizada como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad” ha sido precisada por el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), del cual el Perú forma parte, como el “derecho al nivel más alto posible de salud física y mental”. El derecho a la vida está incorporado en la Constitución Política del Perú en el art. 2do. Inciso 13; y el derecho a la salud Cap. II, art. 74 de la Constitución Política y su Disposición Complementaria IV que forman la base esencial de la normativa nacional en cuanto al derecho a la vida y la salud. La Declaración Universal de los Derechos Humanos reconoce el derecho de toda persona de gozar de los beneficios del progreso científico. El art. 15 del PIDESC ratifica dicho derecho a fin de que todas las personas puedan acceder a los beneficios del avance de la ciencia y la tecnología como ejercicio colectivo de la humanidad en la lucha frente a la enfermedad. Siendo estos derechos universales deben ser garantizados para todas las personas, sin ninguna

restricción ni barrera, de cualquier índole.

El acceso a medicamentos es uno de los cinco indicadores clave para determinar el cumplimiento del derecho a la salud y también está considerado como una de las metas a alcanzar en los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Incrementar el acceso a los medicamentos esenciales se ha convertido en uno de los principales desafíos para los Estados y para la salud global. Desde el punto de vista de la salud pública el medicamento es un bien social con alta externalidad positiva; es decir, provoca un gran beneficio para quien lo consume apropiadamente y cuando lo necesita, y para su entorno; y alta externalidad negativa, expresada en discapacidad o muerte, en caso que no sea accesible; por ello, todas las políticas de medicamentos consideran al acceso como uno de sus pilares. Los Estados y gobiernos tienen la responsabilidad de asegurar el acceso a los medicamentos esenciales. Las obligaciones del Estado en relación al derecho a la salud son de respeto, protección y cumplimiento. La obligación de respetar se refiere a que el Estado no puede vulnerar el derecho a la salud de las personas exponiéndolas a riesgos innecesarios. La obligación de protección urge al Estado a impedir que terceros vulneren el derecho a la salud de las personas y la obligación de cumplimiento está referido a que el Estado debe implementar las políticas pertinentes que permitan el pleno goce del derecho a la salud, garantizando los recursos y las condiciones para ello.

El actual sistema de salud no cumple estas obligaciones al basarse centralmente en principios de mercado donde el ciudadano es un consumidor que accede a él si tiene los recursos necesarios; los subsidios son actualmente insuficientes para garantizar el acceso integral a servicios de salud. Por ejemplo, 25% de peruanos y peruanas que viven en extrema pobreza no tienen ningún tipo de seguro de salud¹⁶, cada año mueren más de 150 niños en el invierno andino, 2.800 mujeres por cáncer de cuello uterino, 500 madres en situaciones asociadas al parto, muertes que pudieron ser evitadas.

La débil rectoría del Ministerio de Salud en relación a los sub sistemas de salud se refleja en la insuficiente coordinación para atender la demanda de servicios a nivel nacional y garantizar el tratamiento integral y permanente bajo los esquemas para las personas que experimentan cualquier enfermedad. Aquella insuficiente coordinación efectiva de los sistemas públicos de salud trae consigo diagnósticos tardíos de enfermedades graves, demoras en instalar tratamientos y atenciones quirúrgicas cuando son necesarios, interrupciones de tratamiento, resistencia microbiana por falta de guías de tratamiento o su actualización, abandono del tratamiento y consecuentemente deterioro de la calidad de vida y exposición a mayor sufrimiento y muerte. El acceso universal a los medicamentos esenciales sigue siendo una deuda sanitaria que ocasiona sufrimiento y gasto innecesario para muchos peruanos.

2. Acceso inequitativo al medicamento

El acceso a los medicamentos se caracteriza por su gran inequidad. Miles de millones de personas en el mundo no tienen acceso oportuno a medicamentos esenciales. El 78.5% del gasto mundial en medicamentos corresponde al consumo del 16% de las personas con mayores ingresos económicos, mientras que el 17.6% de las personas más pobres, y con mayores necesidades de salud, representa solo el 1% del gasto mundial en medicamentos. El gasto per cápita en medicamentos en los países de bajos ingresos es de US\$ 7.61, mientras que en los países de altos ingresos es de US\$ 431.60. Entre 1995 – 2006 el gasto per cápita se incrementó en 50% en todos los países con excepción de los países de renta baja; el mayor incremento se ha observado en los países de renta media. Paradójicamente, el mercado farmacéutico es uno de los mercados de mayor dinamismo; pese a la crisis financiera internacional del 2008 su crecimiento en valores no se modificó alcanzando para el año 2011 la cifra de US\$ 925 mil millones de dólares y con tendencia al ascenso.

El crecimiento constante en valores del mercado farmacéutico se desarrolla en el marco de un mercado imperfecto, caracterizado por lo siguiente:

- a) Demanda inducida. Quien decide lo que se consume, lo que se compra, no es el usuario, sino una tercera persona que con frecuencia es influida por actividades promocionales de productores y distribuidores que orientan su decisión;
- b) Productores y comercializadores destinan importantes sumas de dinero en campañas publicitarias y de otro tipo destinadas a “fidelizar” a los prescriptores, dispensadores y consumidores y para lobbies en los círculos políticos;
- c) Segmentación del mercado farmacéutico en diferentes grupos o sub grupos terapéuticos que tienen estrategias comerciales diferentes: alta competencia, monopolios, oligopolios;
- d) Gran asimetría en la información a favor de los productores y comercializadores de medicamentos; por falta de información, los usuarios pueden ser fácilmente manipulados;
- e) Inexistencia de una relación precio–costo de producción, debido a que no hay transparencia en los costos de producción ni en los costos de comercialización; esto se expresa en precios diferentes para un mismo producto según la región, el país o aún dentro de un mismo país;
- f) Investigación impulsada por las ganancias potenciales que puede generar una nueva droga, lo que ocasiona que existan enfermedades, usualmente relacionadas con la pobreza, con casi el mismo arsenal terapéutico durante décadas;
- g) Innovación farmacéutica en descenso, lo que impulsa a las empresas a mantener altos márgenes de utilidad con la creación de nuevos derechos de exclusividad o la extensión de los ya existentes.

El Perú tiene actualmente 30.5 millones de habitantes. La pirámide poblacional se está

modificando por el envejecimiento de la población y la reducción de la tasa de natalidad. Aunque las principales causas de mortalidad siguen siendo enfermedades transmisibles, las no transmisibles empiezan a ocupar un lugar importante en las estadísticas. Esto significa que las demandas de medicamentos adquieren un perfil particular además de tratamientos prolongados en el caso de las enfermedades crónicas como la diabetes, la presión arterial, el VIH, hemofilia, etc.

Desde mediados de los 90s se están realizando esfuerzos gubernamentales para brindar seguro de salud a las personas en situación de pobreza; se observa que el 65.2% de la población en situación de pobreza tiene un seguro, mayoritariamente el SIS; se informa que el 75% de la población en situación de pobreza extrema está afiliada a este seguro. Todavía hay una franja de pobres que no accede a este seguro, y aquellos que lo tienen, no gozan de una cobertura efectiva e integral. Pero más allá de ello, más de 10 millones de peruanos continúan sin un seguro de salud, que tienen que pagar de su bolsillo cualquier atención médica que requieran.

La ENAHO (2013) revela que del total de entrevistados que reportaron alguna molestia en salud, en promedio entre 25 y 30% buscaron atención en establecimientos de salud. La tendencia de los que buscaron atención es a la baja en el período 2007 – 2011; en el 2012 se observa una reducción marcada sin causa aparente. En el caso de los afiliados al SIS, la reducción en la búsqueda de atención en los servicios de salud ha sido del 46.9% en el 2007 al 30.9% en el 2011, nuevamente en el 2012 se observa una disminución más acentuada que en los otros años. Se puede afirmar que la asistencia de los peruanos en los establecimientos de salud se ha reducido a consecuencia que encuentran modalidades de atención a través de la automedicación o en farmacias o boticas donde se prescriben medicamentos, lo que significa que se debe mejorar el servicio de atención en los centros especializados para la atención de calidad y con acceso a medicamentos. Así mismo

fomentar programas de educación para crear una cultura del peligro de la automedicación. Los datos de la ENAHO revelan que a pesar de la cobertura del seguro público de salud, se observa que en el período 2005 – 2011 hay un incremento sostenido del gasto de bolsillo entre los asegurados al SIS que alcanza en el 2011 el 42% del valor que tenía en 2005 (gasto directo de bolsillo en medicamentos de 8.6% el 2005 a 12.2% el 2011), observándose una reducción sin causa aparente a 9.5% el 2012. En promedio el 65% del gasto directo en salud que efectúan las familias corresponde a la categoría medicamentos, alcanzando hasta 69% para zonas rurales.

Estas proporciones se mantienen constantes desde el 2007. Esto revela que la cobertura de los servicios públicos de salud no es efectiva y hay dolencias que no están entre los planes de cobertura.

Paradójicamente el mercado farmacéutico peruano está en constante crecimiento en las últimas décadas, pasando de US\$ 140 millones en 1980 a US\$ 1450 millones en el 2010²². En términos de valores, en promedio el sector privado representa el 66% del mercado, mientras que el 34% restante corresponde al sector público (Ministerio de Salud, Gobiernos Regionales, EsSALUD, Fuerzas Armadas y Policiales y otras instituciones públicas). En términos de unidades las proporciones se invierten. En promedio, 55% corresponden al sector público y 45% al sector privado.

La evolución de los precios y las unidades consumidas han seguido rutas divergentes; mientras que los precios han aumentado sostenidamente, el número de unidades consumidas no ha tenido la misma evolución. En consecuencia el precio unitario del medicamento ha aumentado en el período 1969 - 2010.^{23,24} Este aumento es superior al ocurrido en países como Chile y Ecuador.

Comparando precios entre “marca innovadora”, “genéricos de marca” o “similares” y “genéricos DCI”, se observa un constante crecimiento de los precios de las 2 primeras

categorías siendo el precio unitario del genérico de marca $2/3$ del precio del innovador. El precio unitario de los genéricos DCI se mantiene constante. De forma similar a lo que ocurre en otros mercados farmacéuticos, el precio de los medicamentos tiene una alta dispersión y no corresponde a los costos de producción. Los precios de los medicamentos no guardan relación de los costos de producción y corresponden a lo que puede soportar el mercado o los segmentos del mercado. Totalmente desregulado, el mercado farmacéutico ofrece un panorama caótico en cuanto a dispersión de precios para un mismo medicamento, lo que requiere la atención gubernamental.

La Política Nacional de Medicamentos vigente afirma que “el precio es un factor determinante para el acceso a medicamentos” y que “la ausencia de mecanismos reguladores efectivos sobre los precios contribuye a la inequidad en el acceso, no hay transparencia en los mecanismos de fijación de precios por parte de las compañías comercializadoras y productoras, determinándose con criterios arbitrarios y sin mediar información clara para los prestadores, usuarios y tomadores de decisiones”.

Derechos Humanos y Salud

El derecho a la salud incluye tanto a la ausencia de enfermedad como al derecho a disponer de condiciones de bienestar físico, mental y social; es decir, tener las facilidades, bienes, servicios y condiciones para lograr el más alto nivel posible de salud

Los derechos humanos son aquellas «condiciones instrumentales que le permiten a la persona su realización». El mercado de medicamentos es el único donde quien usa el Bien no siempre decide la compra y no necesariamente paga su precio directamente. Las Fallas de mercado son una característica propia.

Los precios de los medicamentos no siempre suben por causa de la dinámica industrial y desarrollo tecnológico, ni por el incremento de su consumo, existen muchos otros factores

en juego algunos de ellos controversiales.

Políticas de medicamentos en América Latina

En la primera década del siglo XXI los países comienzan a observar que el libre mercado no redundaba en un mayor acceso a medicamentos de calidad.

- Las estrategias regulatorias toman como ejes a la oferta y a la demanda de medicamentos
- Se identifica un grupo grande de herramientas que se pueden usar aisladas o combinadas en función de los objetivos y condiciones del país.

Medicamentos y Rentabilidad

En Argentina la rentabilidad media de los laboratorios es cercana al 900% y los valores al público cada día son más altos. El déficit del sector aumenta año a año. Crece la puja política por un cambio de paradigma. Pese a los esfuerzos que se han hecho en los últimos años por reducir el impacto económico y social de sus costos, los medicamentos no han dejado de ser un lastre para el bolsillo de los ciudadanos y las divisas del país.

De acuerdo a los últimos datos oficiales correspondientes al 2014, la balanza local de remedios es deficitaria en U\$S 1900 millones. El problema es que mientras en 2013 el rojo orilló los U\$S 1700 millones, el año pasado se sumaron otros U\$S 200 millones más, lo que evidencia que lejos de resolverse el problema se ha ido agravando.

Según consignó Tiempo Argentino, otro dato que refleja de forma elocuente el elevado costo de los medicamentos es que el nivel de inversión en salud del 2013 en su conjunto alcanzó los \$ 158 mil millones, de los cuales el 32% corresponde a medicamentos.

Un porcentaje nada desdeñable si se recuerda que en el resto de los países del mundo el peso del gasto total en el rubro Salud de los medicamentos jamás supera el 17% y en

promedio se ubica entre el 10 y el 16 por ciento.

La cadena de valor de la industria farmacéutica exhibe números llamativos de rentabilidad, cimentado en base a la publicidad libre y el acuerdo y cooptación de los médicos que incluye desde viaje hasta dinero en efectivo para que los galenos recomienden un medicamento en lugar de otro genérico y más barato.

Por ejemplo, las diez cápsulas de Lotrial, un medicamento de laboratorios Roemmers vital para controlar la presión después de los 40 años de vida, tiene un costo cada diez cápsulas de \$ 6 pero en el mercado cuesta entre \$120 y 140. Pero este fenómeno afecta particularmente a aquellos segmentos críticos de la población.

Este es el caso de aquellos 1500 pacientes a nivel nacional que deben comprar la tobramicina en Aerosol por un precio promedio mensual de \$30 mil con un costo anual para este colectivo que orilla los \$540 millones.

La tobramicina es un antibiótico aminoglucósido de amplio espectro especialmente destinado para bacterias de tipo gram negativas del tracto genital de la mujer (*Escherichia coli*, *Chlamydia trachomatis*, *Gonococos*), que cobra importancia en la recepción neonatal. Sin embargo este remedio también es vital para los pacientes con fibrosis quística y enfermedades pulmonares crónicas con colonización o infección.

Lo cierto es que este medicamento que obliga a los pacientes argentinos a desembolsar \$540 millones al año podría fabricarse en laboratorios estatales a un costo de \$40 millones, menos de la décima parte del total por año. La rentabilidad promedio de los remedios se encuentra en el orden del 900% de media y en muchos casos supera con creces este número. Lo llamativo es que pese a la escandalosa rentabilidad del sector empiezan a percibirse algunos datos que muestran las dificultades que aún tiene el Estado argentino para fijar parámetros básicos a este poderoso sector.

Por ejemplo, explica Jorge Rachid, coordinador de Salud del Ministerio de Defensa, "hay

laboratorios que están patentando medicamentos biológicos que no son producto de investigación, sino similares, es decir copiados de innovaciones, cambiando algunas moléculas y conservando las propiedades clínicas del original". En otras palabras, los laboratorios obtienen ingresos extraordinarios sin que ello traiga aparejado nuevas inversiones del sector en materia de innovación en remedios.

La alta rentabilidad que obtienen las grandes firmas farmacéuticas no sólo plantea un dilema para el usuario sino también al sistema de salud de la Argentina.

En este contexto, empiezan a profundizarse las consecuencias de la importación sin límites de remedios que podrían fabricarse tranquilamente en la Argentina a un precio menor y sin un costo en dólares para el Estado argentino.

En el medio de estas necesidades, los intentos de romper con esta cadena de la felicidad que favorece a las grandes compañías farmacéuticas locales y multinacionales, la Argentina se tropieza con el enorme poder de lobby de este oligopolio que ha saboteado todas las veces que pudo aquellas iniciativas tendientes a romper con su hegemonía. *(Mariano Beristain, 2015).*

Medicamentos Genéricos

Los medicamentos genéricos son aquellos cuya patente de producción ha expirado y por lo tanto pueden ser fabricados por compañías diferentes de la innovadora o creadoras del producto, siempre y cuando posean las instalaciones de tecnología adecuadas y puedan producir un producto de la misma calidad, seguridad y eficacia terapéutica que el producto original. Obviamente el precio de venta es considerablemente menor que el del producto original ya que las compañías productoras de genéricos no tienen grandes gastos de investigación y si apenas gastos comparativamente menores de desarrollo y adaptación de tecnologías. Es oportuno destacar en este momento que los medicamentos genéricos

deben ser no sólo equivalentes químicos sino y también equivalentes terapéuticos de los productos originales. En estas condiciones ellos deben tener el mismo efecto terapéutico cuando se administran esencialmente en las mismas condiciones a los mismos individuos. Debemos señalar en este punto que se debe distinguir entre el medicamento genérico tal como se definió anteriormente y el nombre genérico de los medicamentos, que es otorgado por organismos nacionales e internacionales como la OMS, aun a aquellos productos protegidos por patentes vigentes.

La Denominación Común Internacional (DCI)

El nombre genérico otorgado por la OMS se llama denominación Común Internacional (DCI). Periódicamente se actualiza la publicación que lista los nombres otorgados a cada entidad química en tres idiomas.

La producción de medicamentos genéricos está creciendo aun en los países desarrollados así como su porcentaje de participación en el mercado farmacéutico.

Grandes Compañías multinacionales innovadoras han establecido líneas de productos genéricos en paralelo con las de marca registrada. Estados Unidos es el país, entre el conjunto de los desarrollados, que posee el mayor mercado de genéricos. Estos productos captaron el 25% del mercado total en 1975 y en 1999 se elevaron al 33%.

El mercado de genéricos es el segmento de mayor crecimiento de la industria farmacéutica norteamericana. Dos hechos han favorecido este crecimiento: **a)** la ley de substitución por genéricos que permite a los farmacéuticos subsistir medicamentos de marca prescritos por genéricos equivalentes a menos que el médico indique en la receta que la substitución no es permitida y **b)** la promulgación de la ley de competencia de precios en las drogas y restauración de plazos de las patentes en 1984, que abrió el mercado de genéricos mediante un proceso de aprobación abreviado basado en pruebas de bioequivalencia.

A partir de 1991 el mercado de genéricos norteamericano recibió un nuevo impulso proveniente del programa de atención Médica de este programa establece que el reembolso del costo de los medicamentos genéricos. La única excepción es cuando el médico escribe en la receta "merca médicamente necesaria" lo cual impedirá la sustitución. El impacto de este programa que atiende a los jubilados será notable por cuanto este segmento de esta población recibe el 30% de todas las proscripciones.

En América Latina, Chile constituye el país con la mayor experiencia en el mercado de genéricos que data de comienzos de la década del 70. Laboratorios Chile y Recalcine son los líderes en este mercado. El primero de los citados es también el N°1 en el ranking general de venta de la industria con el 20% del total de las unidades vendidas y el 9% en valor. El 70% de las ventas comprenden los productos del Formulario Nacional.

Las patentes constituyen un mecanismo de protección para las compañías innovadoras mediante el cual se impide la copia o reproducción del producto nuevo por un período de 17 años desde el momento en que se otorga la misma en EE.UU. y de 20 años a partir de la fecha en que se aplica en la mayor parte de los países Europeos, Los patentes estimulan la capacidad inventiva impidiendo la copia o duplicación de los productos nuevos durante el período de vigencia.

Durante este lapso de protección y sin competencia, la compañía innovadora puede recuperar la inversión desarrollo y mercado inicial del producto.

Las patentes protegen el producto propiamente dicho, al proceso de obtención, (método de manufactura). Este último tipo de patente brinda una protección relativa, de menor intensidad que las primeras. Hasta 1950 muchos países sólo concedían desarrollados están otorgando patentes de producto.

Las compañías dueñas de las patentes pueden conceder licencias de uso a otras compañías, mecanismo que sirve para crear una competencia calculada y controlada.

En los países en desarrollo las patentes tienen dos efectos. Por un lado permiten crear una atmósfera positiva para la inversión extranjera, protegen la innovación nacional, favorecen la investigación extranjera en medicamentos con mercados exclusivos en los países de desarrollo y faciliten el licenciamiento nacional. Por otro lado las patentes sirven para asegurar monopolios de importación, impidiendo la importación de productos similares más baratos y evitar la copia por los productores nacionales.

En los últimos años está creciendo la presión para que los países en desarrollo conozcan y otorguen patentes de productos y para alargar el tiempo de vigencia de las patentes en los países desarrollados. La principal razón es compensar los costos crecientes de la investigación y la extensión del tiempo requerido para poder comercializar un nuevo producto, prueba fehaciente de su seguridad y eficacia terapéutica.

Las presiones de las compañías multinacionales se están haciendo sentir marcadamente en México, Brasil, Chile, Argentina Y Colombia. Los países industrializados esgrimen estas presiones como parte de negociaciones más amplias de tipo bilateral relacionados con acuerdos comerciales y financieros. La industria nacional considera que esta medida afectara seriamente su desarrollo.

Debemos destacar, sin embargo, que la mayor parte de los medicamentos esenciales requeridos para tratar las patologías prevalentes de las poblaciones de los países en desarrollo, son productos cuyas patentes han expirado o están próximas a expirar.

Esto se desprende del análisis de la última lista modelo producida por OMS y de los cuadros o pistas básico de muchos países de América Latina.

Para estos productos no existen argumentos válidos que justifiquen un alto precio de adquisición ya que es posible obtenerlos como genéricos en el mercado internacional a muy bajo precio. También es posible estimular su producción en países en desarrollo por la industria nacional al no existir el conflicto de patentes.

Conviene hacer algunas consideraciones respecto del nombre de marca comercial o registrada que es un complemento del sistema de patentes. Este nombre es usado por las compañías para identificar un producto y diferenciarlo netamente de otros similares comercializados por la competencia que aparecen en el mercado casi simultáneamente, ya sea porque los países no reconocen el sistema de patentes por haberse extinguido el plazo o por haber sido nunca patentado. La fuerte promoción de un medicamento basado en el uso de nombre comercial o registrado es formas de competencia comercial.

El resultado del uso del nombre comercial es que para un mismo principio activo coexistan en el mercado de un país un número muy elevado de nombres de marca diferentes, especialmente en el grupo de los antibióticos, tranquilizantes y analgésicos. La proliferación de los nombres hace casi imposible la competencia de precios ya que el médico imposibilitado de recordar a todos o de compararlos en la práctica en cuanto a seguridad y eficacia, se limita a prescribir unos pocos de los mejores promocionados. El nombre comercial es la base de la promoción que realiza para captar el mercado.

Medicamentos Esenciales

Se entiende por Medicamentos Esenciales (ME), al grupo de productos farmacéuticos destinados a satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayor parte de la población; por tanto estos productos deberán hallarse disponibles en todo momento en las cantidades y representaciones que se requieran. Además dichos medicamentos deben ser de eficacia, seguridad y calidad comprobada, inocuidad aceptable y de menor precio, en comparación con los fármacos comerciales o de marca, y que permite ponerlos al alcance de las clases económicamente menos favorecidos del País.

Medicamentos y Teoría de los Precios

Los precios FOB son el precio en el país de origen y para convertirlo a precio CIF, precio puesto en las aduana del Perú, se calcula que aproximadamente se debe adicionar 13% que corresponde a los costos de seguro y flete. El precio ofertado en el mercado correspondería al precio CIF más el margen comercial el cual se calcula que en promedio sea del orden del 14% . Con los dos porcentajes aplicados se tiene el probable precio en el mercado local.

Precio aproximado de Comercialización

$$\text{Precio CIF} = \text{FOB} + 13\% + 14\% \text{ margen de comercialización (promedio)}$$

El control administrativo del precio presenta diversas modalidades, basadas en distintos criterios y mecanismos. Las más habituales son: **a)** precio basado en el coste de producción, **b)** regulación de la tasa de retorno, **c)** precios de referencia internacionales y **d)** precio basado en el valor.

Cada país que aplica alguno de los enfoques anteriores suele tener una versión particular del mismo, que difiere en mayor o menor medida de las modalidades de otros países.

a) Precio basado en el coste de producción

El precio máximo autorizado se calcula en base a la suma de los componentes del coste de producción del producto, al que se añade un margen de beneficio. Los valores de los componentes pueden provenir de los cálculos del solicitante o estar basado en unos valores obligatorios estándar establecidos por el regulador.

Pese a la dificultad para el regulador de verificar los costes, este enfoque es totalmente inadecuado para fijar los precios de los medicamentos bajo exclusividad, ya que los costes

de producción atribuibles a cada unidad de producto concreto son una parte minoritaria de los costes globales de la industria.

Son costes generales de difícil imputación a un producto concreto, los costes de I+D, comercialización, información y publicidad, los que justifican el elevado precio de los nuevos medicamentos respecto a los costes de producción directos.

b) Regulación de la tasa de retorno (RTR)

El único país que aplica en el ámbito farmacéutico un enfoque de este tipo, el Pharmaceutical Pricing and Regulation Shema o PPRS, es el Reino Unido.

El regulador asigna a cada empresa una tasa de beneficio determinada por las características de la empresa y relacionada con su actividad innovadora. Esta tasa de beneficio se aplica sólo sobre las ventas de la empresa al Servicio Nacional de Salud, no a las ventas al mercado privado ni a las exportaciones.

Este sistema permite abordar que el anterior el hecho de que los costes de I+D y otros costes generales no son imputables a productos concretos. Sin embargo, ha sido criticado porque, como toda RTR incentiva el aumento de gastos innecesarios en perjuicio de la eficiencia y está actualmente en proceso de reforma, para ser sustituido, previsiblemente, por un sistema de determinación de los precios basada en el valor.

c) Precios de referencia externos o internacionales

En este caso el precio máximo determinado por el regulador se basa en los precios vigentes en un conjunto definido de otros países. De dichos precios se calcula algún valor agregado la media de todos o de los n precios más bajos, el precio más bajo, etc. Este sistema no tiene ninguna base teórica económica ni lógica, aunque es intuitivamente atractivo y relativamente fácil de aplicar. Obviamente, sus efectos dependerán de los países elegidos, de la fórmula o procedimiento utilizado para derivar el precio de referencia a partir de los precios de los países seleccionados y de otros aspectos de la aplicación particular de este

mecanismo en un país concreto.

d) Precio basado en el valor

Este enfoque incluye un conjunto de mecanismos cuya característica común es que la determinación del precio de un nuevo medicamento depende, por una parte, del coste del tratamiento de la correspondiente indicación en el momento de la comercialización del producto y del valor terapéutico o económico que aporta dicho producto respecto a los tratamientos existentes. Hay unos valores de coste efectividad de referencia que no determinan de forma directa y unívoca el precio, pero sí lo influyen de forma indirecta, ya que dichos valores determinan la probabilidad de aceptación o no de la tecnología a efectos de su inclusión en el catálogo de prestaciones del SNS.

¿Qué es el valor y cómo se mide?

El valor es un término con múltiples interpretaciones. En el ámbito del análisis económico se diferencia entre valor de uso, que se asocia a la utilidad de un bien o servicio, es decir a su capacidad para satisfacer las necesidades de los consumidores y valor de cambio, asociado al valor monetario de mercado de un bien o servicio.

¿Cómo se mide el valor? una de las formas posibles de medirlo es a partir de la disposición de los consumidores a pagar por un bien. Se supone que un consumidor estará dispuesto a pagar más por un bien cuanto mayor utilidad le proporcione y cuanto mayor sean sus ingresos. El precio depende por tanto de la disponibilidad a pagar, reflejada en la correspondiente demanda, como de la oferta del bien, condicionada a su vez por los costes de producción del mismo. Así, un bien muy valioso para el bienestar y esencial para la vida como el agua suele tener un precio relativamente bajo, determinado por su reducido coste de producción.

El análisis económico afirma que el precio de un bien en un mercado en competencia

perfecta se iguala al valor o utilidad marginal de la unidad usada para la aplicación menos valorada.

En el ámbito de la economía de la salud existe una corriente de pensamiento que niega la pertinencia de cuantificar el valor de los bienes y servicios sanitarios a partir de la disponibilidad a pagar. Por una parte, se argumenta que el consumidor no suele conocer la efectividad de dichos bienes ni en qué medida su consumo satisfará sus necesidades y aumentará su bienestar. Por otra parte, si se agrega la disponibilidad a pagar individual para determinar la disponibilidad a pagar colectiva con el fin último de establecer prioridades sociales, se estará dando más peso a las preferencias de los individuos de mayor nivel de renta, lo que se considera inequitativo, incluso en el supuesto de que el acceso a los servicios sea gratuito para toda la población.

En este sentido, la corriente que se define como “extrawelfarista” considera más apropiado establecer prioridades definiendo los beneficios de los bienes y servicios sanitarios como su contribución a la mejora de la salud, medida con algún indicador apropiado, tal como los años de vida ajustados por calidad, una de las medidas de beneficio en salud más aceptadas en el ámbito de la evaluación económica.

¿Qué es la innovación?

La sociedad desea y espera que las empresas innoven, pues se supone que la innovación está asociada al crecimiento y desarrollo económicos y al aumento del bienestar de la sociedad, uno de los principales mecanismos para promover la innovación es la concesión de patentes y otros derechos de propiedad intelectual que confieren la exclusividad temporal en la utilización, producción y comercialización de los productos protegidos.

En el caso de bienes con mercados privados no subvencionados, el precio del producto protegido viene determinado por la interacción de diversos factores: las preferencias de

los consumidores- compradores y su consiguiente disponibilidad a pagar, los costes de producción de los productos y la existencia de otros bienes más o menos sustitutivos.

El mercado de los medicamentos no sigue normalmente este esquema de funcionamiento. La habitual financiación pública parcial o total de los bienes y servicios sanitarios por consideraciones de equidad de acceso y la fragmentación de las funciones del demandante tradicional –elegir, pagar, consumir– en tres actores con escasa coordinación médica, como son el prescriptor, el asegurador y el paciente, limita el funcionamiento eficiente del modelo teórico de mercado competitivo y lo que puede justificar la regulación de los precios.

Cuando el demandante interviene en la determinación del precio con la información de que dispongan más o menos influida por la publicidad de los oferentes estará incentivando lo que los consumidores entienden por innovación, que puede diferenciarse de lo que pueda considerar un técnico o un profesional. Si el precio es determinado por un regulador que se plantea que el precio autorizado debe promover la innovación, dicho regulador debería tener una idea definida de qué es y cómo se determina el grado de innovación de los nuevos productos. El enfoque de la fijación del precio basado en el valor, implica que el nivel de precio fijado ha de guardar algún tipo de relación positiva con la innovación que aporta la utilización del nuevo producto respecto a los productos existentes que se están utilizando para satisfacer la respectiva necesidad.

En general, parece que la mayoría de los reguladores utilizan de alguna forma más o menos explícita, rigurosa y consistente el criterio del valor de la innovación para establecer el precio de un nuevo medicamento. Las diferencias provienen de la forma concreta en que aplican este criterio. En algunos casos los reguladores intentan establecer mecanismos objetivables, transparentes y predecibles para cuantificar la innovación que aporta una nueva tecnología, mientras que en el otro extremo esta valoración se hace de forma

individual o mediante procesos deliberativos, que dan lugar a decisiones que pueden estar o no razonadas o argumentadas respecto a la relación entre la innovación o el valor aportados y el precio fijado.

El grado de innovación se mide en algunos casos mediante instrumentos que dan lugar a índices numéricos tal como los AVAC ganados, o el coste por AVAC ganado o bien se concreta en escalas discretas ordinales, por ejemplo, medicamentos muy innovadores, algo innovadores y no innovadores (ejemplos de Francia y Alemania).

Existen algunos aspectos de este concepto de innovación en que no hay acuerdo o que ni siquiera están bien establecidos. Por ejemplo, en algunos casos se equipara nuevo medicamento con medicamento innovador –en el sentido de que aporta algún valor–, cuando no hay ningún mecanismo lógico que justifique esta identificación: ni el sistema de patentes ni el sistema de autorización de comercialización exigen habitualmente evidencia de aportación de valor terapéutico o de otro tipo para aprobar la patente o la autorización de comercialización de un nuevo producto.

Por otra parte, suponiendo que para fijar el precio se determina la aportación, es decir, la presencia y el grado de innovación de un nuevo producto X, es lógico que dicha aportación se defina y mida comparando el nuevo producto con el mejor producto existente para la misma utilización, Y. Así, habría que determinar cómo se modifica la consideración de innovador de X en el momento en que aparece un nuevo producto Z superior a Y. ¿Y qué debería ocurrir si el producto Y es retirado del mercado o aparecen versiones genéricas del mismo? Aunque estas cuestiones puedan parecer exclusivamente teóricas, deberían establecerse de forma clara e inequívoca, pues tendrían unos efectos prácticos potencialmente importantes en los precios en el caso de un sistema en el que el precio se basase en la innovación o el valor.

Algunos países no regulan directamente el precio de los medicamentos, pero condicionan

la financiación pública a un precio ajustado a este valor. Este es, por ejemplo, el caso del Reino Unido. En realidad, se trata a menudo de una distinción más terminológica y teórica que real.

Cuando un país tiene un sistema de salud que cubre la mayor parte de las tecnologías y tratamientos disponibles, no existe desde el punto de vista del productor gran diferencia en la práctica entre que se le controle el precio de mercado.

Alemania

La mayor parte de la población, aproximadamente el 90%, está asegurada por una entidad del seguro de enfermedad público y el 10% restante, en general individuos de nivel de renta alto, por un seguro privado. Alemania ha aplicado tradicionalmente un régimen de libertad de precios para los medicamentos.

La empresa, una vez concedida la autorización de comercialización por parte de la EMA (“European Medicines Agency”) podía empezar a vender el producto al precio que estableciese, sin ningún tipo de negociación con organismos federales reguladores.

El Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA) es un comité federal con responsabilidades en el tema de provisión, financiación y prescripción de medicamentos para los beneficiarios de seguros públicos. Se ocupa también del sistema de precios de referencia. Hay que señalar que el sistema de precios de referencia alemán puede incluir productos bajo patente, si se consideran terapéuticamente equivalentes a otros ya existentes.

En el año 2007 se introdujo un sistema de precios recomendados para la financiación por los seguros sociales basados en evaluaciones económicas de los nuevos productos. Sin embargo, no se estableció en ningún momento un umbral de coste efectividad general. El criterio era que la razón coste-efectividad incremental del nuevo producto no superase la del comparador existente para la misma indicación, que se tomaba como referencia.

El nuevo sistema de regulación de precios implementado durante 2011 se basa en la clasificación del nuevo producto en función del beneficio adicional que aporte en relación a los tratamientos existentes. Se han definido las siguientes categorías:

- Beneficio adicional excepcional.
- Beneficio adicional considerable.
- Beneficio adicional menor.
- Beneficio adicional no cuantificable.
- Beneficio adicional no probado.
- Beneficio menor que el comparador.

Para los productos que presenten algún beneficio adicional un Comité Federal Conjunto negociará un precio máximo superior, en principio, al del comparador a efectos de reembolso por las instituciones del seguro social. Se tendrán en cuenta los precios internacionales del producto en otros países y la empresa podrá aportar estudios de coste efectividad para defender un precio mayor que el propuesto por el regulador.

Estados Unidos

Estados Unidos supone aproximadamente la mitad del mercado mundial de medicamentos en valor monetario. Por esta razón, el comportamiento del mercado estadounidense y la regulación del mismo tienen unos efectos determinantes sobre el mercado global del medicamento.

En Estados Unidos rige básicamente la libertad de precios. Las compañías de seguros de salud privadas, el sector que cubre a la mayor parte de la población estadounidense, negocian con las empresas farmacéuticas rebajas de precios y descuentos, bien directamente o a través de empresas especializadas (“Pharmaceutical Benefits Management”). Los seguros privados de salud utilizan los estudios de coste-efectividad

para negociar el precio para el cual incluirán un producto en la lista o catálogo de tratamientos reembolsables, o bien para determinar el grado de reembolso al que tendrán derecho los asegurados.

A pesar de que ningún órgano restringe la libertad de la empresa para determinar el precio de venta de un producto, está establecido por ley que los programas de seguro públicos, como MEDICAD, no pueden pagar un precio superior al que obtiene cualquier comprador privado. La administración rechaza la posibilidad de no financiar un medicamento por criterios de coste efectividad. El resultado del sistema descrito es que existe una gran variabilidad en el acceso y el precio de un mismo producto para distintos consumidores. Paradójicamente, suelen ser los individuos con menor nivel de renta, que no tienen seguro de salud o cuyo seguro cubre de forma muy limitada los medicamentos, los que pagan los precios más elevados para un determinado producto, es decir, el precio de catálogo determinado por la empresa, sin poder beneficiarse de ningún descuento ni subvención.

El control de precio basado en el coste de producción no es muy apropiado para los productos farmacéuticos innovadores bajo un sistema en que se acepta que el precio del producto durante el periodo de exclusividad ha de permitir al innovador recuperar su inversión en I+D y obtener unos beneficios adecuados al riesgo de dicha actividad. En la práctica, casi ningún país lo aplica.

En el ámbito de los medicamentos tan sólo el Reino unido utiliza un sistema de control de precios basado en la tasa de retorno, el PPRS, que ha sido criticado por las razones que se supone tiene aplicar el criterio de la RTR aumentar los costes de producción y se ha previsto sustituirlo.

El sistema de precios de referencia internacionales es posiblemente el más utilizado en la actualidad. Sin embargo, no tiene una base teórica ni unos efectos predecibles, ya que la decisión sobre el precio se basa en el precio que rige o en las decisiones que han tomado

anteriormente los reguladores en otros países. La generalización de este mecanismo implica una previsible tendencia a la igualación de los precios internacionales de un medicamento. Por otra parte, genera un incentivo a que reguladores y regulados oculten los precios reales de las transacciones y aumente la falta de transparencia del mercado.

Los sistemas de control de precios basados en el valor son los que mejor permiten introducir incentivos en los precios para que las empresas orienten su I+D hacia las prioridades del regulador.

Mediante la modificación del valor o valores umbral de coste-efectividad, el regulador puede influenciar el nivel de I+D que las empresas llevarán a cabo. La estructura internacional de precios resultante de una aplicación generalizada del precio basado en el valor depende en gran medida del valor umbral (explícito o implícito) que aplique cada país. Es lógico pensar que el umbral (por ejemplo, el coste por AVAC) será mayor en los países de mayor nivel de renta y que el precio de un medicamento tenderá, en principio, a ser mayor o menor en función de la renta (per cápita) de cada país.

La estructura internacional de precios de los medicamentos

La globalización del mercado farmacéutico, con la consiguiente eliminación de aranceles y otras limitaciones al comercio internacional, ha dado lugar a una creciente interrelación de los precios de un medicamento entre países. La existencia o mera posibilidad de comercio paralelo, especialmente en algunas áreas como la UE, ha dado lugar a una progresiva convergencia de los precios entre países, fenómeno reforzado por la generalización del sistema de precios internacionales de referencia.

Dado que la innovación es un bien público global, un sistema de financiación del mismo debería basarse idealmente en un consenso internacional explícito o implícito sobre en qué medida debe contribuir cada país a los costes de I+D.

Si se acepta como criterio de equidad/solidaridad que los países más ricos deben pagar más, los precios de un producto deberían variar en función del nivel de renta per cápita.

La formación de precios de los medicamentos

La principal orientación que sigue la industria para fijar los precios es obtener el mayor margen de rentabilidad estableciendo los precios al límite máximo que el mercado pueda soportar. Los precios de los medicamentos no dependen exclusivamente de los costos directos de producción, que suelen ser el componente de menor peso en el precio final. Tampoco guardan relación directa con los costos de investigación científica de los laboratorios productores, que pueden llegar a ser muy elevados para ciertos medicamentos y generalmente se recuperan con sus primeros años de comercialización, pero que son muy bajos para la mayoría de las nuevas aplicaciones farmacéuticas.

Los precios finales de los medicamentos están compuestos por su precio de fábrica y el margen de comercialización. El precio de fábrica incluye los gastos de investigación, producción y empaque (que en muchos medicamentos son menores al 5% del precio de venta); la ganancia de los laboratorios productores (que depende de su poder de mercado); y los gastos de promoción comercial (publicidad, estímulos y comisiones, programas de visitantes médicos, financiamiento de eventos profesionales y recreativos, etc.). Los gastos de comercialización incluyen los costos de operación de los intermediarios (mayoristas y minoristas) y la ganancia de quienes realizan la intermediación. (Birkett DJ,2011)

Precio final del medicamentos = precio de fábrica + margen de comercialización.

El precio de fábrica = gastos de investigación, producción y empaque (que en muchos medicamentos son menores al 5% del precio de venta) + la ganancia de los laboratorios productores (que depende de su poder de mercado) + los gastos de promoción comercial

(publicidad, estímulos y comisiones, programas de visitadores médicos, financiamiento de eventos profesionales y recreativos, etc.).

Los gastos de comercialización incluyen los costos de operación de los intermediarios (mayoristas y minoristas) y la ganancia de quienes realizan la intermediación.

Consumo y demanda de medicamentos

En la mayor parte de América Latina y del Caribe el mercado de medicamentos se divide entre el sector público y uno privado. La distribución del consumo entre estos dos sectores es muy variable de país en país. Se estima que ella sigue en términos generales el perfil de distribución de consumo de países desarrollados y en desarrollo descrito anteriormente. Es así como aproximadamente dos tercios del mercado es absorbido por el sector público consume el tercio restante cubriendo un grupo reducido de la población de menores recursos de las áreas rurales próximas a las ciudades y de las urbanas periféricas, mientras que la gran mayoría de la población rural y urbana marginal no tienen aún acceso, ni a los medicamentos críticos para el tratamiento de las patologías prevalentes, a pesar de que el número de medicamentos que se comercializa en cada país excede de 3.000 en promedio. Datos recientes para el sector en América Latina indican que este segmento del mercado le corresponde el 17% del total de la región.

Existe a su vez grandes diferencias en el Perfil de producción y de consumo y en el consumo per cápita entre los países más desarrollados de la región con economías de ingreso medio alto y aquellos de menores recurso con economías de ingreso bajo o medio bajo. Estos últimos dependen fuertemente de la importación de productos terminados, la cual exige a su vez la disponibilidad de divisas. Los primeros en cambio requieren de moneda dura para importar la mayor parte de la materia prima utilizadas en la manufactura

de formas farmacéuticas o como insumo intermedios en la fabricación de algunos principios activos. Como se mencionó de algunos principios activos.

Sin una industria química fuerte la América Latina y el Caribe dependen de un 95% de la importación para cubrir sus necesidades de medicamentos, ya sea bajo la forma de productos intermedios, materia prima, o productos terminados, el intermedio comercial regional es aun limitado y los esfuerzos para la integración económica que promueve el desarrollo conjunto, un grado razonable de autonomía tecnológica o la autosuficiencia regional relativa.

La oferta de medicamentos en los países en desarrollo corresponde a una demanda que no refleja las verdaderas necesidades de toda la población por los siguientes factores:

1. La mayor parte de la demanda visible y cuantificable corresponde al porcentaje menor de la población que tiene acceso al sector privado de atención de salud y suministro de medicamentos (10-15% de la población)
2. Un menor porcentaje de la demanda puede reflejar las necesidades de la fracción de la población que tiene acceso al sistema de salud de los Ministerios y la seguridad social, especialmente en los casos en que los medicamentos se entregan en forma gratuita o parcialmente subsidiados a través del canal privada (60-10 % población).
3. No hay evidentemente países visibles por parte del porcentaje importante de la población que no tiene acceso a servicios de salud de la automedicaron a las recomendaciones de familiares, miembros de la comunidad y expendedores formales o informales de medicamentos.
4. La demanda visible está fuertemente influenciada por el peso de la propaganda no controlada a través de los medios de comunicación y la ejercida en forma directa por los representantes de los fabricantes o importadores, orientada a promover la venta de

líneas seleccionadas y dirigidas en primer lugar al médico y en segundo lugar a los dueños de farmacias y boticas.

Productos farmacéuticos y salud.

En el 2010, en América Latina y el Caribe, el gasto en salud per cápita fue de US\$ 312 mientras que el consumo farmacéutico per cápita para la región fue de US\$ 99 calculado a partir de las referencias. Estas cifras representan medias ponderadas de población. Dentro del sector público, en una muestra de 17 países de ALC, los medicamentos y los suministros representaron aproximadamente 19% de gastos ordinarios con un margen de variación de 6.8% a 37.8%.

Dada su proporción en los gastos sanitarios generales, los productos farmacéuticos son mucho más decisivos para el sector de la salud de lo que cabría prever. Los medicamentos con frecuencia forman parte de la primera intervención en respuesta a una enfermedad. Debido a que muchos de estos productos son importados, sus precios pueden subir rápidamente en épocas de ajuste económico y devaluación monetaria, lo que da lugar a una accesibilidad reducida y menor acceso al servicio de salud. Además, dentro del sector público, los gastos que no son de personal, como los de medicamentos, son a menudo los primeros en sufrir durante las restricciones fiscales. Los productos farmacéuticos son fundamentales en el tratamiento de muchas enfermedades, por consiguiente una falta de medicamentos puede paralizar los sistemas de salud. Además, debe reconocerse, que más allá de su utilidad terapéutica, los medicamentos son elementos tangibles en lo que es principalmente un sector de servicio. En consecuencia, la disponibilidad de medicamentos a menudo sirve como un indicador para medir la eficacia y la equidad de los sistemas de salud.

Organización del sector farmacéutico

En la mayoría de los países el subsector farmacéutico es un conjunto complejo y heterogéneo de organismos, organizaciones, empresas e individuos comprometidos con el desarrollo, legislación producción, distribución, prescripción, dispensación y consumo de medicamentos. Este conjunto incluye actores en el sector público, el privado sin fines de lucro y el privado con fines de lucro.

Los medicamentos no pueden considerarse como productos de consumo convencionales. La inquietud por la salud pública y el bienestar requiere un grado de control legislativo de la calidad, inocuidad, eficacia y uso de medicamentos. La legislación sobre medicamentos depende de la existencia del marco jurídico necesario y racional y de una autoridad normativa funcional para los medicamentos.

Competencia en el mercado farmacéutico

A menos que en las prescripciones se usen comúnmente nombres genéricos y se prefieran en gran medida productos farmacéuticos equivalentes, la competencia basada en los precios no es en general una característica distintiva de los mercados farmacéuticos. Sin embargo existe la competencia basada en la innovación, la calidad, el servicio al cliente (por ejemplo la capacidad de los mayoristas para mantener el suministro a los minoristas), la publicidad y la promoción. Si los sectores público y privado compiten (ambos en la administración de farmacias, minoristas, por ejemplo), deben hacerlo en condiciones similares, y las estructuras y procedimientos comerciales deben ser transparentes para ambos sectores.

Gastos sanitarios y productos farmacéuticos

El gasto farmacéutico per cápita en 2010 en América Latina y el Caribe se calcula en US\$ 89, mientras que el gasto sanitario per cápita fue de US\$262. Sin embargo, estas cifras muestran variación significativa entre los países y cabe suponer que dentro de muchos países existe también una diferencia grande.

En la mayoría de los países de ALC los productos farmacéuticos no se financian de la misma manera que muchos otros servicios de salud. Aproximadamente 83% de los gastos en medicamentos en la Región son pagados por medios privados, y a pesar de la disponibilidad creciente del seguro de salud privado en algunos países, el gasto directo en efectivo constituye gran parte de estos gastos. Esto tiende a gravar las inquietudes, porque en relación con sus ingresos, los pobres pagan más y estos pagos representan gastos súbitos en un momento de enfermedad. Además, es improbable que el gasto doméstico alto para los productos farmacéuticos en los mercados con controles insuficientes o laxos sea la manera más eficaz en función de los costos para atender las necesidades farmacéuticas de la sociedad. Esto puede atribuirse a una combinación de deficiencia de información en el mercado, y a la disposición de muchos a pagar costos relativamente elevados para prestaciones de salud personales percibidas, que pueden en realidad ser muy marginales o inexistentes.

Mercados farmacéuticos: función del mercado

Los precios son los medios para regular el acceso a mercados libres que, en sí mismos, son el método por el cual se asignan bienes en respuesta a los deseos del sector privado. Aunque los productos farmacéuticos son productos que benefician a la sociedad, también tienen valor privado significativo. Este beneficio privado, en combinación con una capacidad de ciertos segmentos de la población para pagar, suscita una demanda que

proporciona incentivos suficientes para la creación de mercados farmacéuticos, formales e informales. Dado que los mercados pueden proporcionar productos farmacéuticos para satisfacer los deseos de algunos segmentos de la sociedad dada la dificultad para erradicar mercados que se formen naturalmente, y los riesgos asociados con mercados informales no sujetos a reglamentación parece razonable que los esfuerzos del gobierno no estén dirigidos a eliminar los mercados.

Características del mercado y los precios

En un mercado perfecto, el precio refleja el equilibrio entre la oferta y la demanda. Sin embargo, los mercados farmacéuticos no llegan a ser perfectos por diferentes motivos:

La información sobre los productos que ayudaría a la toma de decisiones de manera racional no está ampliamente al alcance de los consumidores; existen barreras para el ingreso (por ejemplo las patentes) muchos mercados de clase terapéutica están dominados por unos pocos competidores, y a nivel mundial, un número relativamente pequeño de compañías representa una porción sustancial de todas las ventas (condiciones oligopólicas), los productos competitivos no se consideran sustitutos perfectos.

También existen factores externos como prestaciones públicas de salud asociados con uso de ciertos medicamentos, que no se reflejan en las asignaciones del mercado. Finalmente los mercados no están interesados en lograr objetivos sociales como la equidad porque la demanda del mercado es generada por los deseos de las personas que pueden pagar, no por las necesidades de todos. Por todas estas razones los precios en un mercado farmacéutico libre no están regulados adecuadamente por la oferta y la demanda actual, y no se encuentran a niveles que lograrán el consumo apropiado de los bienes con valor social alto o asequibilidad universal a los medicamentos esenciales.

Marco Legal

Marco Normativo Peruano

La Constitución de 1993 reconoce que el Perú se rige por los pilares de una Economía Social de Mercado. Se reconoce la presencia de un modelo económico que tiene como principio fundamental el respeto a las libertades económicas, pero que está al servicio de la persona. Por tanto es función del Estado compatibilizar el interés privado con el interés social.

“El objetivo último no es el siempre libre intercambio de bienes y servicios, sino el aseguramiento de la calidad de vida de la población y la transformación de la productividad individual en progreso social para todos”.

La intervención del Estado.

En el mercado de productos farmacéuticos se justifica desde el punto de vista económico, ético y político, para corregir sus imperfecciones.

Al propiciar prácticas competitivas, mayor simetría de información y controles sobre el poder de mercado de los productores, se posibilita un mejor acceso a medicamentos por parte de la población, estas medidas son críticas cuando la distribución de los ingresos es inequitativa y la capacidad de consumo es desigual.

- El Perú ha ratificado los diversos tratados en materia de derechos humanos, los ha incorporado al ordenamiento jurídico del país en la Constitución Política y otros tratados internacionales.
- Para profundizar más su compromiso en materia de salud, en la Décimo Tercera política del Acuerdo Nacional el conjunto de partidos políticos se comprometen a garantizar a todos los peruanos el acceso universal y gratuito a los servicios de salud.
- Medicamento está definido en los mismos términos que la Ley N° 29459, Ley de los

Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, que en su Artículo 4° define Producto farmacéutico.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Art. 25.1

- **CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ** Artículo 2°. Toda persona tiene derecho:

1. A la vida, a su identidad, a su integridad moral, psíquica y física y a su libre desarrollo y bienestar. El concebido es sujeto de derecho en todo cuanto le favorece.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ Artículo 7°. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad.

CONSTITUCIÓN POLÍTICA DEL PERÚ; Disposiciones Finales y Transitorias:

“Cuarta. Las normas relativas a los derechos y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y con los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por el Perú”.

Artículo 27: Toda persona tiene derecho a tomar parte libremente en la vida cultural de la comunidad, a gozar de las artes y a participar en el progreso científico y en los beneficios que de él resulten.

La Constitución Política reconoce en sus artículos 7° y 9° el derecho de las personas a la protección de su salud y la competencia del Estado para determinar la política nacional de salud. En la Política Nacional de Medicamentos, el primer lineamiento “Acceso universal a los medicamentos esenciales” tiene como objetivo el siguiente: Asegurar el acceso universal a los medicamentos esenciales como componente fundamental de la atención integral en salud.

PIDESC; Artículo 15; 1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de

toda persona a: a)...; b) Gozar de los beneficios del progreso científico y de sus aplicaciones;

Definición de «medicamento genérico» en: Ministerio de Salud/DIGEMID/Organización Panamericana de la salud, Manual para la enseñanza de Uso Racional de Medicamentos en la comunidad, 2005, página 103.

Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, aprobado mediante Decreto Supremo 021-2001-SA Artículo 49.- Droguería es el establecimiento o sección de este, dedicado a la importación y/o comercialización al por mayor de cualquiera de los productos a que se refiere el Artículo 1° del presente Reglamento.

Artículo 1.- El funcionamiento de los establecimientos dedicados a la fabricación, importación, distribución, dispensación o expendio de productos farmacéuticos, galénicos dietético y edulcorantes, recursos terapéuticos naturales, insumos de uso médico-quirúrgico u odontológicos estériles, y productos sanitarios estériles, así como a la fabricación de productos cosméticos, se sujeta a las condiciones técnicas y sanitarias que establece el presente Reglamento.

Se suele considerar que las distribuidoras o «droguerías» tienen ventajas relacionadas al aprovechamiento de economías de escala y la especialización en el abastecimiento de los puntos de venta y establecimientos de salud en todo el país.

La normatividad de las Farmacias y boticas, está regulada en el artículo 14 del Decreto Supremo 021-2001-SA, Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, y al numeral 34 del artículo 2 del nuevo Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos (Decreto Supremo 014-2011-SA, del 27 de julio de 2011), que derogó al anterior.

2.1. Marco Conceptual

Medicamentos originales.

Son medicamentos innovadores que son patentados, que tiene autorización luego de los estudios sobre su eficacia, inocuidad y calidad. Están registrados bajo patente y los comercializa un laboratorio innovador, que realizo la investigación y desarrollo.

Los medicamentos originales o innovadores son aquellos que tienen un principio activo nuevo y con el que se ha realizado una investigación y desarrollo completo y proporcionan datos propios de seguridad y eficacia terapéutica.

Las empresas multinacionales defienden estos medicamentos en el mercado farmacéutico porque consideran que invierten en investigación de medicamentos nuevos y usan posteriormente las patentes de los medicamentos para poder recuperar la inversión realizada además de obtener una ganancia por dicho descubrimiento. Estos laboratorios son los que se oponen o restringen los medicamentos genéricos en el mercado. Los laboratorios argumentan que el tener en el mercado a los medicamentos originales confirma el hecho de que los medicamentos que llegan a manos de los consumidores son de calidad, y creen que eso debe ser primordial. El principal argumento de este sector es que "la principal desventaja de los genéricos es que en algunos países donde no existen controles ni legislación adecuada, no es posible saber qué tan efectivo es un determinado genérico en comparación con el medicamento de marca y por lo tanto, al comprar un genérico, se corre el riesgo de no conseguir el efecto deseado" (*Saludium 2014*). Son la calidad de los medicamentos y los controles de calidad impuestos por el Estado los factores fundamentales en los que se basan los laboratorios internacionales para defender a los medicamentos originales.

Medicamentos Genéricos

Es el medicamento con el mismo principio activo y forma farmacéutica con igual concentración o potencia, que utiliza la misma vía de administración y con especificaciones farmacopeicas iguales o comparables, que después de cumplir con las pruebas requeridas, ha comprobado que sus perfiles de disolución o su biodisponibilidad u otros parámetros, según sea el caso, son equivalente a las del medicamento innovador o producto de referencia, y que se encuentre registrado en el catálogo de medicamentos genéricos intercambiables y se identifique con su denominación genérica.

Son considerados por la OMS como productos intercambiables con el producto innovador, que se elaboran sin licencia, luego de haberse vencido la patente u otro derecho de exclusividad, mostrando bio-equivalencia terapéutica a través de estudios de biodisponibilidad.

Estos fármacos son una especialidad farmacéutica que tiene el mismo principio activo, la misma dosis, la misma forma farmacéutica y las mismas características farmacocinéticas, farmacodinámicas y farmacotécnicas que un medicamento que es utilizado como referencia legal. El perfil de eficacia y seguridad de una especialidad farmacéutica genérica está suficientemente asegurado por su continuado uso clínico y por la aprobación oportuna de la autoridad sanitaria. El medicamento genérico debe demostrar bioequivalencia terapéutica con el medicamento original que le sirve de referencia, por lo tanto ambos son intercambiables ya que poseen la misma eficacia terapéutica. El medicamento genérico no posee derechos de patente, ya que se comercializa libremente al caducar la patente del medicamento innovador.

La equivalencia farmacéutica equipara ciertos factores, pero los medicamentos similares pueden no ser equivalentes terapéuticamente debido al proceso de elaboración

que tienen y a los diferentes excipientes, que pueden hacerlos comportar de diferente manera.

En ese sentido los Medicamentos genéricos son los que con la misma forma farmacéutica, igual composición cualitativa y cuantitativa en principios activos con otra especialidad que se toma como referencia, que ha demostrado equivalencia terapéutica a través de estudios de bioequivalencia, y que la patente que protege a la droga en cuestión ha caducado.

- Bioequivalencia: Son dos medicamentos que presentan equivalencia química o farmacéutica, que poseen la misma Biodisponibilidad tanto en concentración como en velocidad, en un mismo individuo y bajo las mismas condiciones experimentales (las curvas de niveles plasmáticos deben ser superponibles).
- Biodisponibilidad: Conceptualmente es la cantidad de una droga absorbida a la circulación sanguínea y la velocidad a la que esto se produce, a partir de un medicamento.

La característica principal del genérico es que no llevan marca. Al no llevar marca el envase o cuando se prescribe la droga, esto permite una mayor competencia entre los medicamentos debido a que no se competiría más por marca sino por precio del medicamento. Al abrir esta opción, el objetivo de los laboratorios sería buscar disminuir el precio de su genérico o mantenerse equiparado con el precio de los demás. La marca comercial aparece en este mercado cuando los agentes de propaganda médica empiezan a dar a conocer los productos de laboratorios. Al no tener marca ni publicidad, los genéricos permiten obtener un producto terminado a un precio relativamente bajo. Esta característica es altamente atractiva para los países, en especial aquellos en vías de desarrollo, ya que permiten bajar el presupuesto en salud. A medida que ingresan nuevos oferentes al mercado, la competencia por precio se fortalece y los precios de

estos productos se homogenizan con sus valores de costo de producción y distribución, minimizando los márgenes de lucro.

En segundo lugar, es importante saber que "la mayoría de los laboratorios que producen genéricos no tienen visitadores médicos, sino que el estímulo de la promoción es la conquista del mostrador" (Capgen N°1 2014). Esto nuevamente contribuye a una competencia más leal y competitiva entre los laboratorios, ya que el uso de estímulos directos o indirectos a los médicos a través de visitadores médicos o la publicidad engañosa que nos hace pensar que los medicamentos de marca son mejores que los genéricos

Los medicamentos genéricos son aquellos cuya patente de producción ha expirado y por lo tanto pueden ser fabricados por compañías diferentes de la innovadora o creadoras del producto, siempre y cuando posean las instalaciones de tecnología adecuadas y puedan producir un producto de la misma calidad, seguridad y eficacia terapéutica que el producto original.

Obviamente el precio de venta es considerablemente menor que el del producto original ya que las compañías productoras de genéricos no tienen grandes gastos de investigación y si apenas gastos comparativamente menores de desarrollo y adaptación de tecnologías. Es oportuno destacar en este momento que los medicamentos genéricos deben ser no sólo equivalentes químicos sino y también equivalentes terapéuticos de los productos originales. En estas condiciones ellos deben tener el mismo efecto terapéutico cuando se administran esencialmente en las mismas condiciones a los mismos individuos. Debemos señalar en este punto que se debe distinguir entre el medicamento genérico tal como se definió anteriormente y el nombre genérico de los medicamentos, que es otorgado por organismos nacionales e internacionales como la OMS, aun a aquellos productos protegidos por patentes vigentes.

La Denominación Común Internacional (DCI)

El nombre genérico otorgado por la OMS se llama denominación Común Internacional (DCI). Periódicamente se actualiza la publicación que lista los nombres otorgados a cada entidad química en tres idiomas.

La producción de medicamentos genéricos está creciendo aun en los países desarrollados así como su porcentaje de participación en el mercado farmacéutico.

Grandes Compañías multinacionales innovadoras han establecido líneas de productos genéricos en paralelo con las de marca registrada. Estados Unidos es el país, entre el conjunto de los desarrollados, que posee el mayor mercado de genéricos. Estos productos captaron el 29% del mercado total en 1990 y en 2010 se elevaron a 42%.

El mercado de genéricos es el segmento de mayor crecimiento de la industria farmacéutica norteamericana. Dos hechos han favorecido este crecimiento: **a)** la ley de sustitución por genéricos que permite a los farmacéuticos subsistir medicamentos de marca prescritos por genéricos equivalentes a menos que el médico indique en la receta que la sustitución no es permitida y **b)** la promulgación de la ley de competencia de precios en las drogas y restauración de plazos de las patentes en 1984, que abrió el mercado de genéricos mediante un proceso de aprobación abreviado basado en pruebas de bioequivalencia.

A partir de 2001 el mercado de genéricos norteamericano recibió un nuevo impulso proveniente del programa de atención Médica de este programa establece que el reembolso del costo de los medicamentos genéricos. La única excepción es cuando el médico escribe en la receta "merca medicamento necesaria" lo cual impedirá la sustitución. El impacto de este programa que atiende a los jubilados será notable por cuanto este segmento de esta población recibe el 30% de todas las procripciones.

Las patentes constituyen un mecanismo de protección para las compañías innovadoras mediante el cual se impide la copia o reproducción del producto nuevo por un período de

17 años desde el momento en que se otorga la misma en EE.UU. y de 20 años a partir de la fecha en que se aplica en la mayor parte de los países Europeos, Los patentes estimulan la capacidad inventiva impidiendo la copia o duplicación de los productos nuevos durante el período de vigencia.

Durante este lapso de protección y sin competencia, la compañía innovadora puede recuperar la inversión desarrollo y mercado inicial del producto.

Las patentes protegen el producto propiamente dicho, al proceso de obtención, (método de manufactura). Este último tipo de patente brinda una protección relativa, de menor intensidad que las primeras. Hasta 1950 muchos países sólo concedían desarrollados están otorgando patentes de producto. Las compañías dueñas de las patentes pueden conceder licencias de uso a otras compañías, mecanismo que sirve para crear una competencia calculada y controlada.

En los países en desarrollo las patentes tienen dos efectos. Por un lado permiten crear una atmósfera positiva para la inversión extranjera, protegen la innovación nacional, favorecen la investigación extranjera en medicamentos con mercados exclusivos en los países de desarrollo y faciliten el licenciamiento nacional. Por otro lado las patentes sirven para asegurar monopolios de importación, impidiendo la importación de productos similares más baratos y evitar la copia por los productores nacionales.

En los últimos años está creciendo la presión para que los países en desarrollo conozcan y otorguen patentes de productos y para alargar el tiempo de vigencia de las patentes en los países desarrollados. La principal razón es compensar los costos crecientes de la investigación y la extensión del tiempo requerido para poder comercializar un nuevo producto, prueba fehaciente de su seguridad y eficacia terapéutica.

Las presiones de las compañías multinacionales se están haciendo sentir marcadamente en México, Brasil, Chile, Argentina Y Colombia. Los países industrializados esgrimen estas

presiones como parte de negociaciones más amplias de tipo bilateral relacionados con acuerdos comerciales y financieros. La industria nacional considera que esta medida afectara seriamente su desarrollo.

Debemos destacar, sin embargo, que la mayor parte de los medicamentos esenciales requeridos para tratar las patologías prevalentes de las poblaciones de los países en desarrollo, son productos cuyas patentes han expirado o están próximas a expirar.

Esto se desprende del análisis de la última lista modelo producida por OMS y de los cuadros o pistas básicos de muchos países de América Latina.

Para estos productos no existen argumentos válidos que justifiquen un alto precio de adquisición ya que es posible obtenerlos como genéricos en el mercado internacional a muy bajo precio. También es posible estimular su producción en países en desarrollo por la industria nacional al no existir el conflicto de patentes.

Conviene hacer algunas consideraciones respecto del nombre de marca comercial o registrada que es un complemento del sistema de patentes. Este nombre es usado por las compañías para identificar un producto y diferenciarlo netamente de otros similares comercializados por la competencia que aparecen en el mercado casi simultáneamente, ya sea porque los países no reconocen el sistema de patentes por haberse extinguido el plazo o por haber sido nunca patentado. La fuerte promoción de un medicamento basado en el uso de nombre comercial o registrado es forma de competencia comercial.

El resultado del uso del nombre comercial es que para un mismo principio activo coexistan en el mercado de un país un número muy elevado de nombres de marca diferentes, especialmente en el grupo de los antibióticos, tranquilizantes y analgésicos. La proliferación de los nombres hace casi imposible la competencia de precios ya que el médico imposibilitado de recordar a todos o de compararlos en la práctica en cuanto a

seguridad y eficacia, se limita a prescribir unos pocos de los mejores promocionados. El nombre comercial es la base de la promoción que realiza para captar el mercado.

Medicamentos Esenciales

Se entiende por Medicamentos Esenciales (ME), al grupo de productos farmacéuticos destinados a satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayor parte de la población; por tanto estos productos deberán hallarse disponibles en todo momento en las cantidades y representaciones que se requieran. Además dichos medicamentos deben ser de eficacia, seguridad y calidad comprobada, inocuidad aceptable y de menor precio, en comparación con los fármacos comerciales o de marca, y que permite ponerlos al alcance de las clases económicamente menos favorecidos del País.

Medicamentos similares

Son todos aquellos medicamentos que salen al mercado luego del innovador, conteniendo el mismo principio activo, pero sin tener la licencia del medicamento original. Son medicamentos fabricados y/o comercializados por un laboratorio distinto al dueño de la patente. Esto se da porque la patente del medicamento original expiro o porque la legislación permite que coexistan las copias bajo el período de la patente.

Medicamentos similares, son los que contienen idénticos principios activos, en la misma concentración ,en igual forma farmacéutica ,vida de administración, posología e indicaciones terapéuticas, que son equivalentes a la especialidad presentada como de referencia y pueden diferir en características tales como el tamaño, forma, excipientes ,envase primario y periodo de vida útil. Pero hoy los medicamentos genéricos en realidad son similares o copias porque no es necesario realizarles estudios de bioequivalencia a medicamentos similares para ser aprobados.

La razón por la que existen y son exitosos los medicamentos similares es porque se necesitan menos estudios para poder ser aprobados y no necesitan de estudios de bioequivalencia o biodisponibilidad, lo cual los haría mucho más costosos si se les hicieran. Al registrar un medicamento, se debe tomar en cuenta si es original, copia o genérico. El genérico no puede registrarse todavía porque no vencieron las patentes de la mayoría de los medicamentos. Si uno busca registrar por similitud, lo que se está diciendo es que el medicamento que está registrando es similar a uno que ya existe en el mercado y que ya tiene su aprobación.

Los medicamentos similares tienen el mismo efecto de un original y en lo que puede diferir es en la duración de su efecto y no se puede decir que determinadas marcas son mejores que el genérico es una falacia, ya que todos los medicamentos pasan por los mismo controles por lo que si no tuvieran la misma composición, no podrían estar autorizados para ser comercializados en la farmacia.

III. MÉTODO

3.1. Tipo de investigación

La investigación es del tipo explicativa cuantitativa aplicada pues se busca explicar las razones por las cuales existe una asignación elevada de los precios de los medicamentos y se trata de dar una aplicación de conocimientos teóricos a la solución de un problema concreto.

Diseño de la investigación

El diseño de la investigación es no experimental del tipo transversal pues no se realizara la manipulación de las variables

Estrategia de la prueba de hipótesis

El levantamiento de la información y de la data necesaria para su análisis tomaron en cuenta la base de datos de las importaciones en valor CIF reportadas para el Capítulo 30 del arancel de aduanas del Perú para el 2014, correspondiente a «Productos Farmacéuticos».

- Asimismo la información correspondiente a las importaciones de las 10 principales subpartidas arancelarias del capítulo 30 (Productos Farmacéuticos): que representaron el 81% del valor de las importaciones en 2014: 3002.10.39.00,/3002.20.90.00, 3002.30.90.00,/3004.10.10.00,/3004.20.19.00,/3004.39.19.00,/3004.50.10.00,3004.90.24.00,/3004.90.29.00,/3006.60.00.00.
- Se considera las importaciones en valor CIF reportadas para el Capítulo 30 del arancel de aduanas del Perú para el 2014, correspondiente a «Productos Farmacéuticos».
- Se trabajó con los datos de la Revista Semana Económica, Medicina que compite. Y de la revista Gestión y América Economía – Periodo - Enero - diciembre de 2016.

Información del mercado vigente a diciembre de 2016.

- Los precios son una aproximación que se calcula con la información pública sobre la oferta de medicamentos en las cadenas de farmacias y las boticas independientes recolectada por estudiantes de Farmacia y Bioquímica de la UNMSM.
- Se utilizó información de Red peruana por una globalización con equidad (REDGE). Futuro de las farmacias y boticas independientes en el Perú. 2013.
- La inversión en publicidad incide en los precios que las cadenas ofertan porque se carga a costo del producto y en definitiva es el cliente el que paga y este porcentaje fue de 2.7% para Mifarma, 1.8%, para Fasa, 1.4% para Eckerd, 0.1% para BTL y ByS y 0.4% para Arcángel sobre el precio total.

3.2 Población y Muestra

3.2.1. Población

La población de estudio está constituida por los medicamentos genéricos de mayor automedicación, el grupo de medicamentos de mayor venta.

3.2.2 Muestra

- **M 1.** Medicamentos de mayor venta y automedicación:

- Amoxicilina 500 mg cápsula, ciprofloxacino de 500 mg, paracetamol tabletas, diclofenaco 50 mg tableta, naproxeno sódico 550 mg, ibuprofeno 400 mg, sulfametoxazol más trimetropina tab según relación.

- **M 2.** 189 Establecimientos farmacéuticos

- **M 3.** 133 Profesionales médicos y químicos farmacéuticos

Criterios de exclusión:

- Productos que se encuentran en un ranking de ventas en valores mayor al quinto lugar en el IMS.
- Productos con el mismo principio activo que no correspondan a la misma presentación en estudio.

3.3 Operacionalización de Variables

Variables e indicadores

Variables independientes:

VI-Criterios de sobre ganancia de los fabricantes y/o importadores de medicamentos

Definición conceptual

- Factores de tipo económico que motivan a los fabricantes y/o importadores a usar criterios que exceden ganancias racionales dentro de un mercado.

- Indicadores.

- 1 % de ganancia respecto al costo de producción
- 2 Costos de importación
- 3 Tasas de ganancia del mercado

Variable dependiente:

VD-Asignación de precios elevados de los medicamentos

Definición conceptual

- Forma como los importadores y/o distribuidores de medicamentos fijan los precios de los medicamentos, sin usar criterios de racionalidad y de una ganancia adecuada a la estructura de costos del producto.

Indicadores

I1 –Costo de producción del medicamento

I2 –Gasto de distribución del medicamento

I3 – Gastos de publicidad

Variables intervinientes:

- Procedencia del medicamento (nacional o importado).
- Denominación del medicamento: marca o genérico.

Hipótesis específica

Variables independientes:

Alto precio de los medicamentos genéricos

Variable dependiente:

Barrera de acceso a la salud

3.4 Instrumentos

Fuentes de información

Las informaciones utilizadas provienen de fuentes primarias y secundarias:

Etapa Primarias Secundarias

1. Diagnóstico

- Entrevistas en profundidad a informantes clave del sector
- Normativa vigente
- Informes técnicos

- Recortes periodísticos

2. Hipótesis

- Entrevistas en profundidad a informantes clave del sector
- Literatura especializada nacional e internacional
- Base de datos: SUNAD, DIGEMID, MINSA, ESSALUD

3.5 Procedimientos

En la etapa de diagnóstico se realizó la revisión bibliográfica, el fichaje, la recopilación y lectura analítica de la teoría y del marco normativo y se realizó un análisis de los actores involucrados (*stake Holders*).

Esto permitió elaborar la organización del mercado de medicamentos.

Se realizó una revisión de la literatura especializada en el tema a nivel internacional para desarrollar un enfoque de abordaje y luego se trabajó a partir de bases de datos cuantitativos disponibles.

Se elaboró un diagrama de secuencia y de procesos para determinar aproximadamente el precios de venta al público y los márgenes de sobre ganancia.

Actividades desarrolladas

1. Entrevistas en profundidad a agentes claves del sector
2. Recolección y análisis de la teoría especializada y de la normativa vigente
3. Recolección y análisis de la literatura internacional especializada en el tema
4. Contrastación de hipótesis y análisis de simulación sobre base de datos
5. Elaboración de matriz de datos
6. Validación y ajuste de la prueba de hipótesis

7. Redacción del informe final.

Técnicas de investigación

- Encuestas
- Análisis documental
- Análisis estadístico

Técnicas de procesamiento de datos

Se usaron técnicas cuantitativas, cualitativas, analíticas y multimodales y el SPS 22.

Técnicas de análisis e interpretación de la información

Se usaron técnicas de estadística descriptiva e inferencia

3.6 Análisis de datos

El análisis por criterio de jueces, consiste en cuantificar la validez de contenido por criterio de Jueces, computados en base a todas las respuestas posibles asignadas por 10 jueces a un mismo ítem. Los resultados permiten concluir que el coeficiente V de Aiken es el más adecuado para determinar este tipo de validez, ya que permite obtener valores factibles de ser contrastados estadísticamente según el tamaño de la muestra de jueces seleccionada (*Escorra, 1988*). Validez es el término que nosotros usamos para referirnos al alcance en el cual nuestras medidas corresponden a los conceptos que ellas están tratando de reflejar (*Manheim y Rich, 1991*).

El procedimiento utilizado implicó las siguientes etapas:

1. Se eligió un conjunto de 10 jueces por tener conocimientos sobre el tema a ser evaluado con la prueba, fueron profesores e investigadores en salud pública, etc.

2. Se elaboró una carta en la cual se le invita al juez a participar en el estudio, adjuntando un ejemplar de la prueba y las definiciones de los aspectos que van a ser medidos, indicándose además que debe evaluar si los ítems son adecuados a lo que se está midiendo y si tiene alguna sugerencia o recomendación a realizar.
3. Se le entrega el material a cada juez y después de una semana se recogen las evaluaciones.
4. Con los datos se elabora el siguiente cuadro, asignando el valor de 1 si el juez está de acuerdo y 0 si no lo está.
5. Se aceptan los ítems que alcanzan valores superiores a 0.80.

El análisis cuantitativo de la Validez de Contenido por criterio de Jueces presentado, indica que todos los ítems evaluados alcanzaron coeficientes V de Aiken significativos, lo que nos permite concluir que la **Encuesta** constituye una muestra representativa del Universo de contenido, por lo cual concluimos que los ítems presentan Validez de contenido.

VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA

ITEM	JUECES										ACIERTOS	V de Aiken	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10			
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
3	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	08	0.80
4	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	09	0.90
5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
7	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	08	0.80
8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
10	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
11	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00
13	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	1.00

$$V \text{ de Aiken} = \text{TOTAL DE ACIERTOS} / \text{TOTAL DE JUECES}$$

Confiabilidad del instrumento de investigación.

Los instrumentos como la Encuesta, se sometieron a la prueba de confiabilidad con el Alfa de Cronbach, para ello se utilizó la fórmula:

$$\left[1 - \frac{\sum_{i=1}^k S_i^2}{S_t^2} \right],$$

Los valores que se acercan a 1, tienen alta confiabilidad y se determinó con la aplicación del Alfa de Cronbachs.

IV. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Contrastación de hipótesis

Se trabajó y aplico una encuesta de precios de medicamentos genéricos en setiembre 2016. Según la OMS, un medicamento genérico es aquel “producto farmacéutico multifuente” y lo define como un equivalente farmacéutico o alternativa farmacéutica que puede o no ser equivalente terapéutico. Los productos farmacéuticos que son equivalente terapéutico son considerados como intercambiables (Organización Panamericana de la Salud, 2011). La elección y el uso apropiado de los medicamentos son el elemento clave para el logro de los objetivos de la política de salud y deben de conducir a una mayor eficacia y menor costo en el sector salud. Se calcula que los países podrían ahorrarse alrededor de un 60% de sus gastos farmacéuticos si en lugar de medicamentos originales comprasen productos genéricos. (*Chan, 2011*). Así, los medicamentos ocupan un papel importante en el sistema de salud y la economía de la población.

Conforme al Artículo 26 de la Ley General de Salud; Ley N° 26842, la prescripción de medicamentos genéricos con su Denominación Común Internacional (DCI) por parte del médico es obligatoria; y el Artículo 33° da responsabilidad al químico-farmacéutico de la dispensación y de la información y orientación al usuario sobre la administración, uso y dosis del producto farmacéutico, su interacción con otros medicamentos, sus reacciones adversas y sus condiciones de conservación. Asimismo, faculta al químico farmacéutico ofrecer al usuario alternativas de medicamentos química y farmacológicamente equivalentes al prescrito en la receta, en igual forma farmacéutica y dosis.

A partir del año 2010; los laboratorios, droguerías, farmacias y boticas, del sector público y privado, incluidas los servicios de farmacias que funcionan en establecimientos de salud públicos, privados o mixtos que se encuentran registrados y/o autorizados por la Autoridad de Salud a nivel nacional se encuentran obligados a reportar sus precios en el Observatorio Peruano de Productos Farmacéuticos (OPPF) del Sistema de Información de Precios de Productos Farmacéuticos que se encuentra a cargo de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) del Ministerio de Salud (MINSA, 2010).

Según la información brindada en el Directorio de Establecimientos del OPPF al 15 de septiembre del 2014 en Lima Metropolitana se cuenta con 8,466 Boticas (87.7%), 710 farmacias (7.4%) y 476 servicios de farmacias (4.9%).

La encuesta tenía como objetivo averiguar los precios de medicamentos genéricos en Lima Metropolitana al mes de setiembre del 2016.

Glosario de Términos

1. Medicamento genérico DCI: Medicamento genéricos que se comercializa bajo su denominación común internacional (DCI).
2. Medicamento de marca: Medicamento distinto al genérico DCI, que puede ser el medicamento innovador o un medicamento genérico de marca.
3. Botica: Establecimiento farmacéutico privado donde se comercializan medicamentos al por menor cuyo propietario es una persona natural o jurídica que no es un farmacéutico.
4. Farmacia: Establecimiento farmacéutico privado donde se comercializan medicamentos al por menor cuyo dueño es un farmacéutico.
5. Servicio de farmacia: Establecimiento farmacéutico que funciona en un hospital o clínica público o privado donde se comercializan medicamentos al por menor.

6. Cliente incógnito: Supuesto consumidor de los productos farmacéuticos que solicita.
7. Disponibilidad: Cuando en el establecimiento farmacéutico existe por lo menos una unidad de dicho medicamento.

2. Metodología

La investigación siguió el modelo de estudio transversal y la recolección de la información en campo se realizó en el periodo comprendido entre el 1 y el 30 de Setiembre del 2016 y consistió en visitar a boticas, farmacias y servicios de farmacias público de Lima Metropolitana como clientes incógnitos para realizar preguntas sobre precios y marcas de medicamentos trazadores.

Conforme al Directorio de Establecimientos del Observatorio de Productos Farmacéuticos del DIGEMID, hasta el 20 de setiembre del 2016 la población de boticas y farmacias de Lima Metropolitana estaba conformada por 9,872 establecimientos y un total de 571 Servicios de Farmacias.

ZONA GEOGRÁFICA

Las encuestas se realizaron en los establecimientos farmacéuticos de Lima Metropolitana, abarcando 28 distritos de los 42 que conforman la ciudad de Lima.

Variabes descriptivas del medicamento

- Nombre del medicamento
- Presentación farmacéutica
- Precio

Unidad de análisis

La encuesta, tiene como unidad de investigación estadística a la unidad pública o privada que brinda medicamentos para el cuidado de la salud (boticas, farmacias servicio de farmacia) y a médicos y químico farmacéuticos.

Tipo de muestreo

El tamaño de muestra se calculó con la fórmula del Muestreo Aleatorio Simple (MAS).

Se usó un nivel de confianza del 96% y un error máximo permisible del 6% es de 118. Se determinó una tasa de no respuesta (u otros factores no controlables que impidan la entrevista de todas las unidades estadísticas) del 28%. Finalmente se logró encuestar a 188 establecimientos farmacéuticos por cada medicamento, que conforman la muestra empleada para la elaboración de los resultados.

Para la selección de las unidades muestrales se identificaron establecimientos farmacéuticos en Lima Metropolitana, posteriormente se visitaron y se seleccionaron establecimientos en cada punto para la realización de las entrevistas. y boticas de Lima Para comparar los precios de los medicamentos ofertados por los servicios de farmacias de los establecimientos públicos de salud, se seleccionaron 11 servicios de farmacias según la facilidad de acceso (muestreo por conveniencia) a la muestra principal de boticas y farmacias.

Cálculo matemático del tamaño de muestra.

Se utilizó la siguiente formula:

$$n = \frac{Z^2 Npq}{e^2(N-1) + (pq)Z^2}$$

N: es el tamaño de la población o universo (número total de posibles encuestados).

z: es una constante que depende del nivel de confianza que asignemos. El nivel de confianza indica la probabilidad de que los resultados de nuestra investigación sean ciertos:

un 94 % de confianza es lo mismo que decir que nos podemos equivocar con una probabilidad del 6%.

Los valores de z se obtienen de la tabla de la distribución normal estándar $N(0,1)$ **EDGE |**

e: es el error muestral deseado. El error muestral es la diferencia que puede haber entre el resultado que obtenemos preguntando a una muestra de la población y el que obtendríamos si preguntáramos al total de ella.

p: proporción de individuos que poseen en la población la característica de estudio. Este dato es generalmente desconocido y se suele suponer que $p=q=0.5$ que es la opción más segura.

q: proporción de individuos que no poseen esa característica, es decir, es $1-p$. **n:** tamaño de la muestra (número de encuestas a realizar).

- Número de boticas y farmacias (N) = 9,872
- Tasa de margen de error (e) = 6%
- Nivel de confianza (z) = 94%
- Porcentaje estimado (p=q) = 50%
- Tamaño de muestra (n0) = 188 boticas o farmacias

Selección de la muestra.

Para la selección de la muestra se realizó el siguiente procedimiento:

- Se seleccionaron 52 establecimientos farmacéuticos de la relación provista en el Observatorio de Productos Farmacéuticos de la DIGEMID de forma aleatoria.

- Se seleccionaron 12 establecimientos farmacéuticos adicionales alrededor del establecimiento seleccionado en la primera etapa, de los cuales el entrevistador seleccionaría entre 7 y 12 establecimientos, considerando que no todos estarían dispuestos a brindar la información requerida en el momento de la visita. Se distribuyen en los distritos tal como se muestra a continuación.

Tabla N° 4. Establecimientos farmacéuticos

Ate	12
Bellavista	2
Breña	8
Carabayllo	6
Chorrillos	10
Comas	10
El Agustino	14
Independencia	5
Jesús María	15
La Victoria	16
Lima	14
Lince	2
Los Olivos	12
Magdalena del Mar	3
Miraflores	12
Pueblo Libre	8
Puente Piedra	7
Rímac	12
San Borja	10
San Juan de Lurigancho	31
San Juan de Miraflores	12
San Martín de Porres	24
Santa Anita	21
Santiago de Surco	12
Surquillo	12
Villa El Salvador	6
Villa María del Triunfo	11
Ventanilla	10

Fuente DIGEMID 2016 y MELE

Modalidad de entrevista

La modalidad usada fue emplear a 10 estudiantes de la carrera de Farmacia y Bioquímica de la UNMSM capacitados que se apersonaron con una receta de tres medicamentos genéricos DCI a los locales seleccionados en la muestra para consultar los precios.

Incremento de precios entre medicamentos de marca y genérico DCI

La tabla muestra los precios promedios de los medicamentos ofertados ante la primera solicitud de medicamento genérico DCI.

El medicamento con mayor incremento porcentual de precios es la Carbamazepina, costando 303% más en su versión de marca que en su versión DCI.

El menor incremento porcentual lo tiene el Ácido Acetilsalicílico (100Mg Tableta), que corresponde a un 29%. En promedio, los medicamentos genéricos DCI consultados tienen un costo superior en 165% en su versión de marca.

TABLA N° 5: PRECIOS PROMEDIOS DE LOS MEDICAMENTOS GENÉRICOS DCI.

ME1MEDICAMENTO	GENÉRICO	MARCA	INCREM%
Carbamazepina 200Mg Tableta	S/. 0.26	S/. 1.05	303%
Propranolol 40Mg Tableta	S/. 0.27	S/. 1.03	281%
Furosemida 40Mg Tableta	S/. 0.29	S/. 1.10	276%
Glibenclamida 5Mg Tableta	S/. 0.24	S/. 0.86	255%
Amitriptilina 25Mg Tableta	S/. 0.52	S/. 1.72	228%
Ciprofl oxacino 500Mg Tableta	S/. 0.54	S/. 1.58	192%
Amoxicilina 500Mg Tableta	S/. 0.45	S/. 1.29	186%
Ceftriaxona 1G Polvo Para Inyección	S/. 5.62	S/. 14.03	150%
Salbutamol 100Mcg Inhalador	S/. 9.00	S/. 21.12	135%
Azitromicina 200Mg/5Ml Suspensión	S/. 5.39	S/. 11.58	115%
Captopril 25Mg Tableta	S/. 0.22	S/. 0.46	109%
Simvastatina 20Mg Tableta	S/. 1.35	S/. 2.62	93%
Metildopa 250Mg Tableta	S/. 0.95	S/. 1.70	79%
Paracetamol 120Mg/5Ml Solución Oral	S/. 5.27	S/. 8.01	52%
Ácido Acetilsalicílico 100Mg Tableta	S/. 0.44	S/.0.56	29%
Promedio	S/. 2.05	S/. 4.58	165%

Fuente: Encuesta de precios de Medicamentos Genéricos en Lima Metropolitana
Elaboración propia MELE

La tabla muestra los precios según la media de los medicamentos genéricos ofertados DCI.

La Glibenclamida (5Mg Tableta) es el medicamento con el mayor incremento porcentual costando 600% más en su versión de marca que en su versión DCI.

El menor incremento porcentual lo tiene el Captopril (25Mg Tableta), que corresponde a 0%. En promedio, las medianas de los medicamentos genéricos DCI consultados tienen un costo superior en 202% en su versión de marca.

Precios entre servicios de farmacia públicos y establecimientos privados

En la tabla se muestran los precios promedios de los servicios de farmacias públicas y las boticas o farmacias privadas consultados. El Ácido Acetilsalicílico (100Mg Tableta), la Amitriptilina (25Mg Tableta) y el Paracetamol (120Mg/5MI Solución Oral) son los productos cuyo precio se incrementa más en los establecimientos privados, mostrando incrementos de 347% (4 veces más), 477% (5 veces más) y 408% (4 veces más) correspondientemente. En promedio, el incremento en el precio de los medicamentos genéricos DCI consultados en las boticas y farmacias con respecto a los hospitales es del 144% (1 vez y media más).

TABLA N° 6: PRECIOS PROMEDIOS ENTRE HOSPITALES NACIONALES Y BOTICAS O FARMACIAS PRIVADAS,

N°	Medicamento	Precio promedio		Incremento
		Servicio de farmacia público	Botica o farmacia privada	
1	Amitriptilina 25Mg Tableta	S/. 0.09	S/. 0.52	477%
2	Paracetamol 120Mg/5MI Solución Oral	S/. 1.04	S/. 5.27	408%
3	Acido Acetilsalicilico 100Mg Tableta	S/. 0.10	S/. 0.44	347%
4	Simvastatina 20Mg Tableta	S/. 0.31	S/. 1.35	340%
5	Glibenclamida 5Mg Tableta	S/. 0.06	S/. 0.24	292%
6	Amoxicilina 500Mg Tableta	S/. 0.13	S/. 0.45	250%
7	Propranolol 40Mg Tableta	S/. 0.08	S/. 0.27	226%
8	Ciprofloxacino 500Mg Tableta	S/. 0.17	S/. 0.54	212%
9	Furosemida 40Mg Tableta	S/. 0.10	S/. 0.29	201%
10	Captopril 25Mg Tableta	S/. 0.09	S/. 0.22	145%
11	Salbutamol 100Mcg Inhalador	S/. 3.71	S/. 9.00	142%
12	Carbamazepina 200Mg Tableta	S/. 0.11	S/. 0.26	134%
13	Ceftriaxona 1G Polvo Para Inyección	S/. 3.01	S/. 5.62	87%
14	Metildopa 250Mg Tableta	S/. 0.53	S/. 0.95	80%
15	Azitromicina 200Mg/5MI Suspensión	S/. 3.11	S/. 5.39	73%
	Promedio	S/. 0.84	S/. 2.05	144%

Fuente: Encuesta de Disponibilidad de Medicamentos Genéricos en Lima Metropolitana
Elaboración propia: MELE 2016

Análisis

- a. En promedio, los medicamentos consultados tienen un precio superior en 165% en su versión de marca que en su versión DCI.
- b. En promedio, el incremento en el precio de los medicamentos genéricos DCI en las boticas y farmacias con respecto a los servicios de farmacia públicos es del 144% (1 vez y media más).

4.2. Análisis e Interpretación

En el Perú las Boticas y Farmacias son establecimientos en los que se dispensan productos farmacéuticos y afines. Los productos farmacéuticos son aquellos destinados al tratamiento y curación de una enfermedad, o a la conservación, mantenimiento, recuperación y rehabilitación de la salud.

Los productos «éticos», son los productos farmacéuticos que requieren de receta médica para su venta al consumidor , mientras que aquellos productos que pueden ser adquiridos sin prescripción médica se denominan populares, de venta libre al público u OTC (por las siglas en inglés «Over The Counter»).

Los productos farmacéuticos, también, se pueden clasificar en productos de marca y genéricos. La diferencia entre ambos radica en que los productos genéricos utilizan la Denominación Común Internacional (DCI) correspondiente al principio activo que contiene y no se identifican por una marca específica.

Los productos afines se adquieren sin receta médica y complementan la oferta de productos de las boticas o farmacias. Dentro de los productos afines se encuentran los productos destinados al cuidado nutricional como los preparados para lactantes, preparados complementarios para niños y complementos alimentarios. Dichos productos complementan la ingesta de alimentos y se insertan en la matriz alimentaria normal de los consumidores, que pueden ser lactantes, niños o adultos.

También las Boticas y Farmacias pueden comercializar productos galénicos, dietéticos y edulcorantes, y recursos terapéuticos naturales, entre otros. Asimismo pueden comercializar insumos, instrumental y equipo de uso médico-quirúrgico u odontológico, productos cosméticos y de higiene personal y productos sanitarios. Finalmente, pueden brindar servicios complementarios y comercializar otros productos no farmacéuticos, siempre que no se ponga en riesgo la seguridad y calidad de los productos farmacéuticos y afines que comercializan.

La cadena de producción, distribución y comercialización a nivel mayorista de productos farmacéuticos y afines está conformada por agentes económicos, como:

i) Los laboratorios de productos farmacéuticos, dedicados a la fabricación, envasado, fraccionamiento, acondicionado, reacondicionado, control de calidad, almacenamiento

o exportación de productos farmacéuticos y leches; y las droguerías, dedicadas a la importación, exportación, comercialización, almacenamiento, control de calidad y/o distribución de productos farmacéuticos.

Los laboratorios son agentes económicos conformados por capitales nacionales o extranjeros, siendo en este segundo caso parte de conglomerados internacionales de laboratorios que tienen sus matrices en Estados Unidos, Europa y Latinoamérica, principalmente. Algunos laboratorios poseen plantas de fabricación instaladas en el Perú (laboratorios locales). Aquellos que no cuentan con plantas en el país encargan la fabricación de sus productos a los laboratorios locales o los importan desde su laboratorio matriz en el exterior o desde sus filiales en la región. Al año 2014, existían alrededor de 390 laboratorios en actividad con plantas de fabricación en el Perú.

Los laboratorios se encuentran agremiados en el Perú de acuerdo con su nacionalidad u origen; así, existen tres instituciones que los agrupan:

- Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales (ADIFAN): que agrupa principalmente a laboratorios de capital peruano y opera desde 1982 y tiene como afiliados a a: Albis S.A., Instituto Quimioterapéutico S.A., Laboratorios AC Farma S.A., D. A. Carrión S.A.C., S. J. Roxfarma, Laboratorios Colliere S.A., Induquímica S.A., Medifarma S.A., Francar S.A., Teva Perú, entre otros.

Tabla N° 7. Principales Laboratorios Locales y Extranjeros ubicados en el Perú

Poseen planta de fabricación		No poseen planta de fabricación	
Farmaindustria	Perú	Mead Johnson Nutrition	Estados Unidos
Medifarma	Perú	Abbor	Estados Unidos
Trifarma	Perú	Bayer	Alemania
Medco	Perú	Abeefe Bristol Myers Squibb	Estados Unidos
Hersil	Perú	Glaxosmithkline	Reino Unido
Carrión	Perú	Merck Sharp Dohme	Estados Unidos
Cipa	Perú	Pfizer	Estados Unidos
Corporación Infarmasa*	Perú	Tecnofarma	México
Roemmers	Argentina	Bagó del Perú	Argentina
Grunenthal Peruana	Alemania	Merck Sharp Dohme	Estados Unidos
Cifarma	Perú	Sanofi Aventis	Francia - Alemania
Iqfarma	Perú	Roche	Suiza
Portugal	Perú	ABL Pharma	Chile
Markos	Perú	Boehringer Ing	Alemania
Alfa	Perú	Novartis Phama	Suiza
		Genfar	Colombia
		Astrazeneca	Reino Unido

Fuente: DIGEMID, páginas web de las empresas

Elaboración: MELE

- Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (ALAFARPE): desde 1953, ejerce la representación de laboratorios de origen norteamericano y europeo que comercializan medicamentos de marca y son asociados Abbvie, Abbot, Astra Zeneca, Boehringer Ingelheim, Bristol Myers Squibb Perú, Eli Lilly, Bayer, Merck, Merck-Sharp & Dohme, Deutsche Farma, Novartis, Pfizer, Roche, Sanofi, entre otros.
- Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Latinoamericanos (ALAFAL), creado en 2003, representa a los laboratorios extranjeros de capital latinoamericano y sus

principales asociados son Unimed del Perú, Sanderson, Tecnofarma, Silecia, Sabal, Biotoscana, Trebol. ABL Farma y Grupo Farma.

Los laboratorios pueden abastecer directamente a las farmacias o boticas e indirectamente a través de las distribuidoras mayoristas o droguerías. Estas últimas pueden tener la representación de los productos que comercializan (por ejemplo, Química Suiza o Albis) o pueden dedicarse a la importación paralela de medicamentos de marcas reconocidas en el mercado nacional, de otras marcas o de medicamentos genéricos.

De acuerdo al número y la importancia de los laboratorios que representan, los principales distribuidores mayoristas son Química Suiza S.A., Albis, Drokasa del Perú S.A. y Perufarma S.A. Dichas empresas cuentan con sucursales en Lima, Trujillo, Arequipa, Huancayo y otras ciudades del Perú, con una cobertura de distribución farmacéutica a nivel nacional.

Tabla N° 8. Principales distribuidores del sector farmacéutico

Distribuidor	Clientes Principales
Química Suiza	Abbot, Allergan, Nycomed, Astrazeneca, Bayer Health Care, Bibraun, Boehringer Ingelheim, Botox, Cinfa, Galderma, Ferring, Grunenthal, Hospira, Innothera, Corporación Infamarsa, Leo, Merck, Novartis, OM Pharma, Organon, Pfizer, Quilab, Roche, Sankyo, Sanofi-Aventis, Schering, Solvai, Tecnofarma, Vifor Pharma, UCB Pharma, Abbot Nutrition, Mead Johnson Nutricionals, entre otros.
Albis	Líneas representadas en forma exclusiva: Grupo Ferrer, Faes, Cristalia, Astellas, Norgine, Valeant, Solco, Merz, Isispharma. Líneas en codistribución: ABL Pharma, AC Farma, Sanofi Aventis, Alcon, Bioderma, Bagó, Bayer, Elifarma, Farpasa, Farmagé.
Drokasa	Stiefel, Gillette, Armour, Farminustria, Schein, Roemmers, Pharmalab, Pharmedinvesti, USV, Proensam Parmalat, Silueta Schwarzkopft, Henkel, Kimberly Clark, Beiersdorf, Global Brands, Biondi e Hijos y Perfumería Española.
Perufarma	Bristol-Myers Squibb Company, BD, Ultronic, Mead Johnson Nutricionals, entre otros.

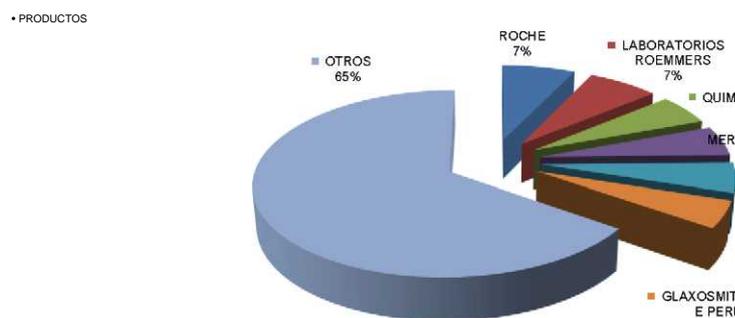
Fuente: Páginas web de las empresas

Elaboración: MELE

Las distribuidoras mayoristas también suelen brindar servicios de marketing y promoción de los productos de sus representados. Se encargan de diseñar estrategias de marketing orientadas a la generación de demanda, según la categoría de productos a la que se requiera dar soporte. También se encargan de la promoción de sus productos a través de un equipo de visitantes médicos y promotores encargados de proporcionar los conocimientos a los médicos, farmacéuticos y usuarios para que puedan hacer un uso adecuado de sus productos.

En el año 2014 se importaron productos farmacéuticos por un valor de US\$ 670 millones, de los cuales alrededor de US\$ 107 millones (16%) fueron importados por el Ministerio de Salud; y la diferencia, por distribuidores mayoristas y filiales de laboratorios del sector privado. Al año 2014, las seis principales importadoras mayoristas fueron: Productos Roche (7%), Laboratorios Roemmers (7%), Química Suiza (6%), Merck Peruana (5%), Pfizer (5%) y Glaxosmithkline Perú (5%).

Gráfico N° 1
Principales importadores de productos farmacéuticos por parte del sector privado durante 2014



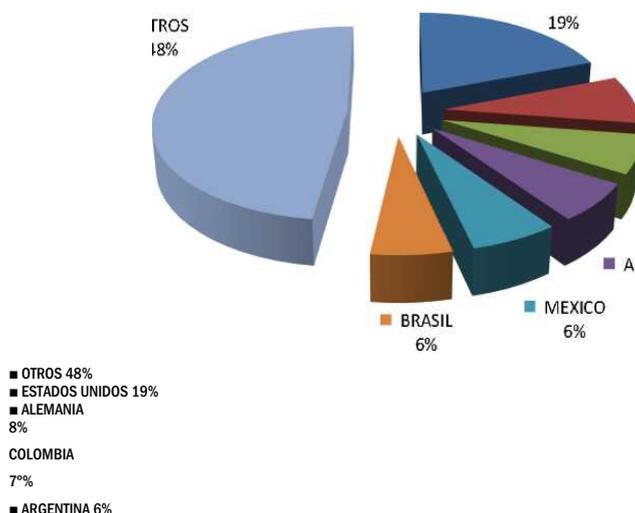
• GLAXOSMITHKLIN
 E PERU
 5%
 QUIMICA SUIZA
 6%
 MERCK PERUANA 5%
 PFIZER
 5%

Fuente: SUNAT

Elaboración: MELE

En el año 2014, los principales países de origen de los productos farmacéuticos importados fueron: Estados Unidos (19%), Alemania (8%), Colombia (6%), Argentina (6%), México (6%), Brasil (6%), Francia (5%) y Suiza (5%), de un total de 63 países.

Gráfico N° 2
Principales orígenes de importación de productos farmacéuticos 2014



Fuente: SUNAT - Capítulo 30 del Arancel de Aduanas.

Elaboración: MELE

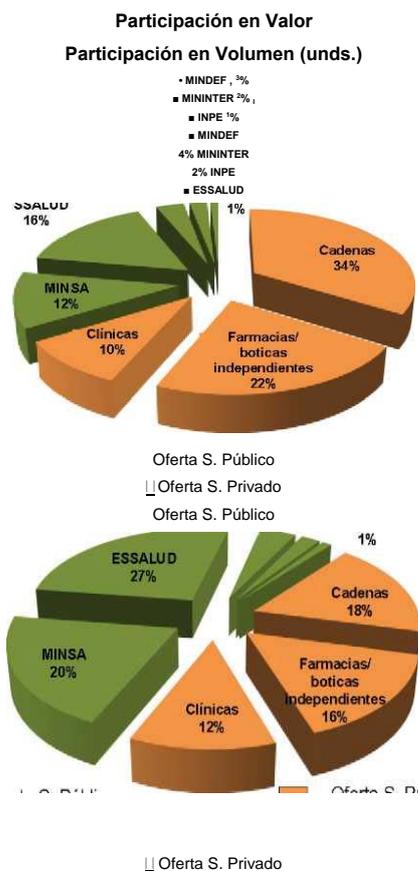
Los laboratorios y distribuidores mayoristas dirigen su oferta de medicamentos y otros productos al sector público y privado. El sector público considera a los establecimientos de salud del Ministerio de Salud (MINSa), el Seguro Social del Salud (EsSalud), entre otras entidades. En el sector privado se encuentran las boticas y farmacias, las clínicas privadas y las Empresas Prestadoras de Salud (EPS).

Las boticas y farmacias se pueden diferenciar en cadenas e independientes. Las cadenas son un conjunto de boticas y farmacias que pertenecen a una misma unidad empresarial, mientras que las independientes usualmente hacen referencia a que un solo establecimiento, sea botica o farmacia, es propiedad de una unidad empresarial.

La venta de medicamentos de los laboratorios y distribuidores mayoristas al sector privado representó el 66% de las ventas mayoristas totales, mientras que las ventas al sector público representaron el 34% restante. En cuanto al número de unidades vendidas, la participación del sector privado correspondió a 46% y del sector público a 54%.

Gráfico N° 3

Participación en la oferta de medicamentos y afines, según sector privado o público



Fuente: DIGEMID -Elaboración: MELE

Relación de las cadenas y boticas farmacéuticas con los laboratorios

Para mejorar sus márgenes de utilidad, las cadenas de farmacias y boticas han impulsado el desarrollo de marcas propias, diferenciando de esta manera los productos que ofrecen. Por ello, ha sido frecuente que mantengan relaciones verticales con laboratorios y distribuidoras a fin de poder ofrecer productos de marca propia que se vendan a menores precios que los productos de marcas tradicionales. Al 2014, algunas cadenas importantes tenían relaciones de propiedad o gestión con laboratorios y distribuidoras.

En el año 2009 tres cadenas se encontraban vinculadas verticalmente con laboratorios farmacéuticos: BTL con Medco, Arcángel con Albis y Química Suiza con Mifarma.

Cabe mencionar que estos laboratorios también abastecían a otras cadenas de farmacias, droguerías y farmacias independientes. Esta situación ha cambiado al 2016 pues BTL salió del mercado.

Gráfico N° 4
Vinculaciones entre laboratorios y cadenas al año 2014



Fuente: Páginas web de las empresas
Elaboración: MELE

En términos generales, puede afirmarse que los laboratorios que poseen una cadena vinculada tendrán la posibilidad de establecer un precio de venta al público (precio minorista), a través de dichas cadenas, de los productos que elaboran. No obstante, la capacidad del laboratorio de influir en los precios minoristas dependerá de la participación de mercado de su cadena vinculada, entre otras consideraciones.

En los últimos años se observa una tendencia hacia la concentración de empresas en el sector de cadenas de farmacias. Efectivamente, entre los años 2011 y 2016, se produjeron las siguientes adquisiciones:

- Eckerd (cuyos locales de farmacias operan en el mercado bajo el nombre de «Inkafarma») fue adquirida por el grupo Interbank en enero de 2011.
- BTL fue adquirida por el grupo Quicorp, propietario de Química Suiza, en febrero de 2011.
- Fasa, de propiedad de la empresa chilena Farmacias Ahumada (la cual, a su vez, pertenecía al grupo mexicano Casa Saba), fue adquirida en enero de 2012 por Quicorp.

- Albis, propietario de Arcángel, fue adquirida por el grupo Quicorp, propietario de Química Suiza, en marzo de 2016.

Comercialización minorista de productos farmacéuticos y otros productos

En la venta minorista de productos farmacéuticos y otros productos se desenvuelven las boticas y farmacias privadas; las entidades públicas como el MINSA o ESSALUD; y las clínicas privadas. Estas constituyen las fuentes de aprovisionamiento a las que podría acudir el consumidor para adquirir dichos productos.

De todas las fuentes de aprovisionamiento mencionadas, el consumidor peruano muestra una alta preferencia por farmacias o boticas privadas al momento de adquirir productos farmacéuticos. En efecto, el 88% del gasto de los peruanos en medicamentos durante el año 2014, reportado en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), fue realizado en farmacias o boticas privadas; mientras que solo un 5% de dicho gasto se realizó en entidades públicas, como el MINSA o ESSALUD, y un 3%, en clínicas privadas.

En el período comprendido entre 2004 y 2010 se observa una tendencia creciente de compra de medicamentos en farmacias o boticas privadas. Durante este periodo, en promedio, el 86% del gasto en medicamentos fue efectuado en farmacias y boticas privadas y el 14% restante se realizó en establecimientos de salud públicos, clínicas privadas y otros lugares de venta de medicamentos. En los años 2008 y 2009 el gasto en medicamentos realizado en farmacias y boticas privadas alcanzó el 87% y 88% respectivamente.

De igual manera, respecto de la adquisición de otros productos, los consumidores peruanos también muestran una mayor preferencia por realizar las compras en las boticas y farmacias. Sobre el particular, la Encuesta Nacional de Presupuestos

Familiares (ENAPREF) muestra que más del 85% de las personas que compran preparados para lactantes y preparados complementarios lo realizaron a través de las boticas y farmacias dejando de lado a los supermercados, mercados y bodegas, como se observa en el siguiente cuadro.

Tabla N°8
Lugar de compra de preparados para lactantes y preparados complementarios por parte de los consumidores

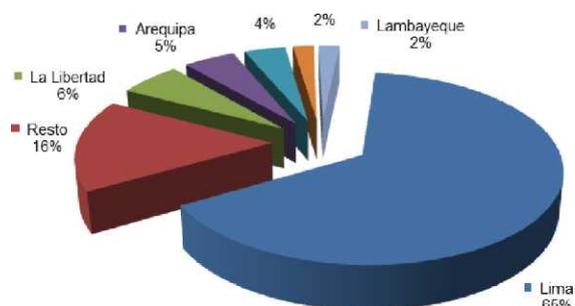
Lugar de compra	Preparados para Lactantes	Preparados complementarios
	Part. %	Part. %
Farmacias - Boticas	85.2	90.0
Autoservicio - Supermercado	11.2	1.5
Mercado - Bodega - Otros	3.6	8.4
Centros de Salud	-	0.1

Fuente: ENAPREF - 2009

Elaboración: MELE

Las boticas y farmacias cuentan con un número importante de establecimientos a nivel nacional. En el 2014 las boticas y farmacias tenían más de 9,800 locales, que en su mayoría se encontraban en la ciudad de Lima (65%), seguida por La Libertad (6%), Arequipa (5%), Junín (4%), Ica (2%), y Lambayeque (2%), como se observa en el siguiente gráfico.

Gráfico N° 5
Distribución de puntos de venta por departamento



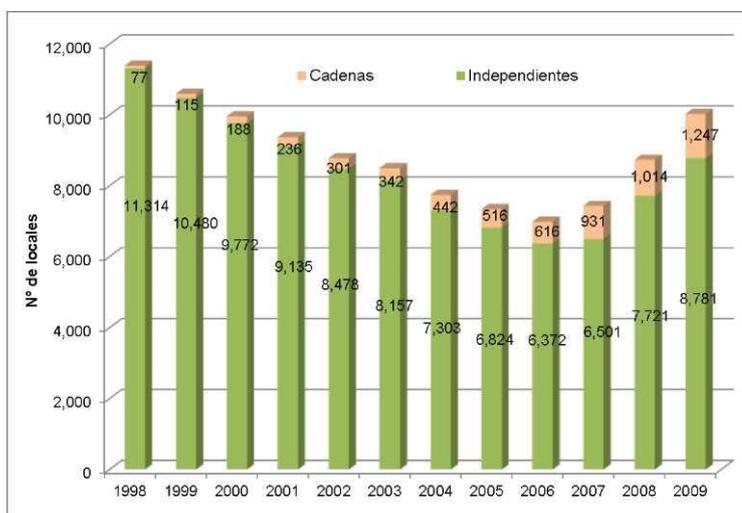
Fuente: DIGEMID

Elaboración: MELE

Por ese motivo las boticas y farmacias tendrían ventajas en la provisión de medicamentos y otros productos respecto a otros establecimientos en razón del número de locales que poseen y la preferencia que el consumidor tiene por este tipo de establecimientos. Esto genera una diferenciación entre las boticas y farmacias de otros establecimientos en la venta minorista de medicamentos y otros productos.

Las boticas y farmacias se diferencian entre cadenas e independientes. Tal como se muestra en el siguiente gráfico, las cadenas de boticas y farmacias mostraron un dinamismo importante, creciendo sostenidamente de setenta y siete (77) locales en 1998 a mil setecientos ochentises (1,786) en el 2014. De manera opuesta, las boticas y farmacias independientes cayeron de once mil trescientos catorce (11,314) establecimientos en 1998 a ocho mil setecientos ochenta y uno (8,781) en 2009.

Gráfico N° 6
Evolución del número de locales de boticas y farmacias (1998-2009)



Fuente: Asociación de Boticas y Farmacias Independientes - AFABIP

Elaboración: MELE

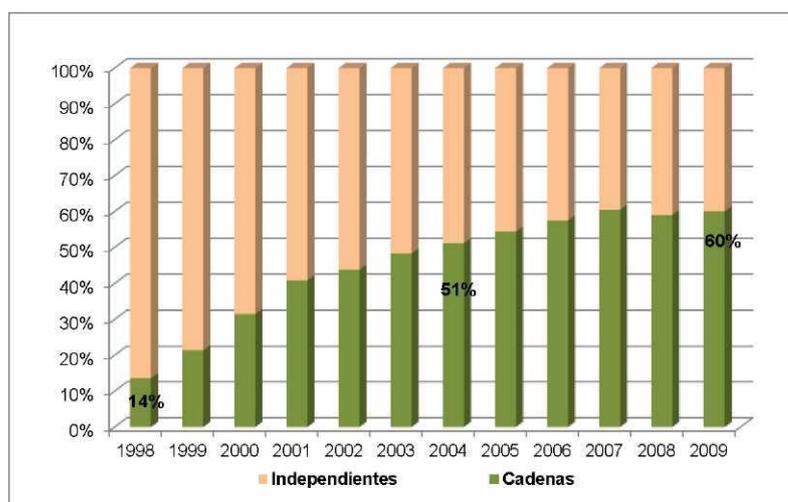
En el 2009, el 85% de locales correspondían a boticas y farmacias independientes; y el 15%, a cadenas de farmacias. No obstante, la participación de las cadenas en términos de valor y volumen de sus compras fue mucho mayor. En efecto, las cadenas representaron el 60% de las compras totales de medicamentos para la venta minorista

(cadenas e independientes), y el 52% del volumen adquirido de sus proveedores expresado en unidades.

La comercialización minorista de medicamentos experimentó un importante crecimiento entre los años 1998 y 2009 impulsado por el dinamismo de las cadenas de farmacia. Así, en el año 1998 las cadenas representaban solo el 14% de las compras de medicamentos a laboratorios y distribuidores realizadas por farmacias y boticas en general (incluyendo cadenas y boticas y farmacias independientes), al 2004 ya concentraban el 50% de dichas compras, aumentando dicha participación a 60% para el año 2009.

Gráfico N° 7

Participación de las boticas y farmacias independientes y de las cadenas, según valor de las compras a laboratorios y distribuidores (1998-2009)



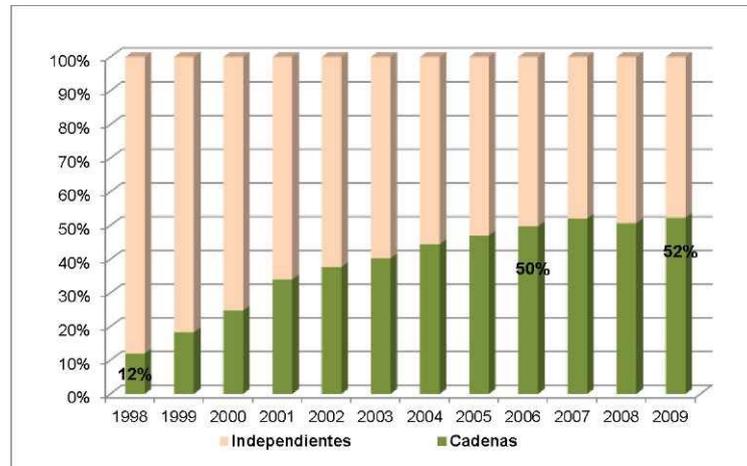
Fuente: DIGEMID

Elaboración: MELE

La participación de las cadenas en el mercado farmacéutico mostró un crecimiento similar respecto de las unidades adquiridas en el período 1998-2009. En efecto, en 1998 la participación de las cadenas alcanzó el 12%, incrementándose a 52% hacia el año 2009, como se muestra a continuación:

Gráfico N° 8

Participación de las boticas y farmacias independientes y de las cadenas, según unidades adquiridas a laboratorios y distribuidores (1998-2009)



Fuente: DIGEMID

Elaboración: MELE

El incremento de las ventas minoristas de productos farmacéuticos y otros productos experimentado influyó en el incremento del número de locales de las cadenas de farmacias y de las compras a laboratorios y distribuidores. Esta coyuntura permitió a las cadenas registrar mayores ventas por local respecto de las independientes. En efecto, en el 2009 las cadenas obtuvieron aproximadamente S/. 948 mil en ventas por cada local mientras que las independientes solo alcanzaron aproximadamente S/. 90,4 mil, lo que demuestra la preferencia del consumidor por las cadenas.

Por otro lado las cadenas de boticas y farmacias poseen características particulares (relacionadas con la variedad y disponibilidad de productos ofrecidos, las compras de productos en grandes volúmenes, servicios adicionales, políticas de descuentos e inversión en publicidad) que les confieren ventajas en comparación con las boticas independientes.

Estos elementos diferenciadores permiten a las cadenas de farmacias atraer una mayor cantidad de consumidores a sus locales además de reducir la competencia efectiva que pudiera ocurrir entre las cadenas y las boticas y farmacias independientes.

Las cadenas requieren de una red de distribución adecuada (número de locales) que les permita vender los productos adquiridos. Al respecto, las cadenas requerirían realizar una inversión inicial aproximada de S/. 25 mil para poner en funcionamiento un local, monto que incluye el alquiler del local y mobiliario que cumpla con los requerimientos de las autoridades.

Durante el 2009 las cadenas de farmacias incrementaron significativamente la apertura de nuevos locales, superando los mil cien (1,100) a nivel nacional en dicho año.

La cadena que lideró el incremento del número de locales fue Eckerd con trescientos ocho (308) locales al 2009; seguida por Arcángel, con ciento noventa y seis (196); Fasa, con ciento ochenta y dos (182); BTL, con ciento sesenta y seis (166); ByS, con ciento cincuenta y seis (156) locales; Mifarma, con ciento dos (102) locales; y finalmente Nortfarma, con cincuenta y dos (52) locales en el 2009, como se observa en el siguiente gráfico. El resto de locales pertenecían a las cadenas Hollywood, América y Superfarma, y a algunos supermercados como Metro y Wong, con menos de 50 locales cada uno en el 2009.

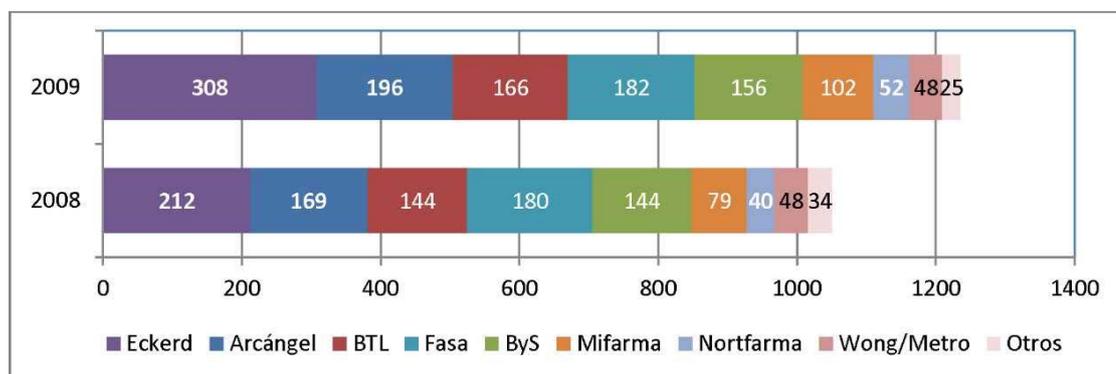
Las cadenas contaban con locales ubicados en Lima y en provincias. En el 2009, en promedio, el 60% de locales de las cadenas se ubicaban en Lima y el 40% restante en provincia. En este año, ByS mantenía alrededor del 80% de sus locales en Lima, asimismo, BTL, Fasa, Eckerd y Mifarma concentraban alrededor de 60% de sus locales en Lima. Arcángel, a diferencia de sus competidoras, mantenía el 60% de sus locales en provincias, mientras que Nortfarma poseía locales solo en provincias.

Por otro lado los niveles de inversión en publicidad en los que han incurrido las cadenas son significativos. La inversión en publicidad de Eckerd, Fasa, Arcángel, Mifarma, BTL y ByS se incrementó en 50% entre 2007 y 2009. Del total de la inversión en el

2009, Eckerd representó el 54%, seguida de Fasa (24%), Mifarma (13%), Arcángel (6%), BTL (2%) y ByS (1%).

El efecto de esta publicidad es crear reputación, recordación y lealtad del consumidor a un producto o marca. Así, permite a las empresas capturar una parte del mercado teniendo un efecto diferenciador en los productos o marcas que proveen. Las inversiones en publicidad son un costo hundido que no puede ser recuperado aún si la empresa decide salir del mercado. Por lo tanto, retrasaría el ingreso al mercado afectando la rentabilidad de la entrada. Adicionalmente, la publicidad puede reforzar otras estrategias de diferenciación emprendidas por las empresas que les permitan un mejor posicionamiento frente a sus competidoras.

Gráfico N° 9
Evolución del número de locales por cadena de farmacias 2008 - 2009



Fuente: IMS Health e información de farmacias

Elaboración:MELE

Los montos invertidos en publicidad se relacionan con los niveles de recordación de las marcas de cada cadena. Así, Eckerd fue la marca con mayor recordación (81,2%), seguida por BTL (51,7%), Fasa (45,2%), Arcángel (28,6%) y Mifarma (16,5%) en el 2009. De esta manera, tres de las cadenas que más invirtieron en publicidad, Eckerd, Fasa y Arcángel, alcanzaron una alta recordación de su marca entre los consumidores durante el 2009.

Además, la recordación de la marca influye fuertemente en las participaciones que las cadenas tienen en las ventas totales. Al respecto, Eckerd habría tenido una cuota de 40% en el 2009, mientras que Arcángel, Fasa, BTL, ByS y Mifarma alcanzaron el 15%, 15%, 13%, 9% y 5%.

La publicidad está básicamente destinada a dar a conocer sus campañas de descuento o de precios reducidos. Por ejemplo, el eslogan de «más salud al mejor precio» para el caso de Eckerd y el descuento de 10% los lunes para el caso de Mifarma. Así, la publicidad buscaría la fidelización de los clientes a la marca de la cadena con el objetivo de diferenciarse de la competencia, captar y retener consumidores.

Las cadenas aplican diversas políticas comerciales destinadas a diferenciarse de las otras. Dichas estrategias tienen como objetivo que los consumidores compren todos los productos que necesitan en los locales de la cadena, además de incentivar la fidelización a su marca.

Eckerd y Mifarma usaban la competencia vía precios como mecanismo para generar una percepción de diferenciación en el consumidor. Esta estrategia estaba orientada a generar una competencia más agresiva con las demás cadenas. Por otra parte, Fasa y BTL buscaban diferenciarse ofreciendo una mejor atención a sus consumidores.

La estrategia de Arcángel se centraba en ofrecer servicios complementarios a los productos que comercializa como el servicio médico gratuito o asesorías de salud alimenticia. Algo similar era el caso de BTL el cual brindaba servicios de asesoramiento para el cuidado de la salud además de prestar servicios de inyectables y medidas de presión.

Por último, la estrategia comercial de ByS se basaba en celebrar convenios con instituciones públicas y privadas para el suministro de productos a sus afiliados; además ofrecían servicios adicionales, como plataformas de recaudación que permiten a los

consumidores el pago de servicios públicos, servicios de agente financiero para los clientes de un banco privado, puntos de venta de entradas a eventos de entretenimiento, entre otros.

Las cadenas competían en el mercado con distintas estrategias comerciales que tuvieron como característica común incentivar al consumidor a adquirir todos los productos que requerían en sus locales. En efecto, las cadenas realizaban acciones para incrementar la demanda de todos los productos que vendían. Las inversiones en publicidad tuvieron un efecto en los niveles de recordación de las marcas para los consumidores, reforzando el nivel de competencia de todos los productos que vendían.

ANÁLISIS DE ENCUESTA A PROFESIONALES DE LA SALUD SOBRE MEDICAMENTOS

En esta sección se analiza las encuestas efectuadas a médicos y químicos farmacéuticos que es la tercera muestra trabajada sobre un cuestionario de 13 preguntas cuyos resultados son los siguientes:

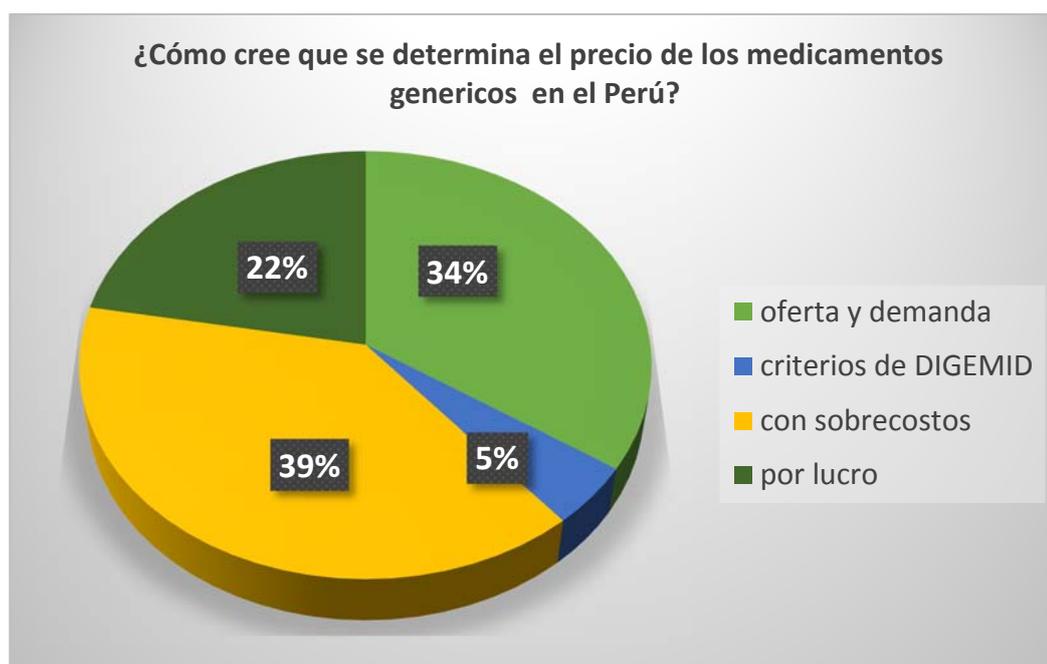
CUADRO N° 1: PRECIOS DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro, se aprecia que casi la totalidad (96,24%) de los encuestados considera que los medicamentos genéricos en el Perú tienen un costo elevado, frente a solo un 3,1% que considera que se encuentran en su costo real, y un 0,75% que considera los precios bajos.

CUADRO N° 2: FORMA COMO SE DETERMINA EL PRECIO DE MEDICAMENTOS

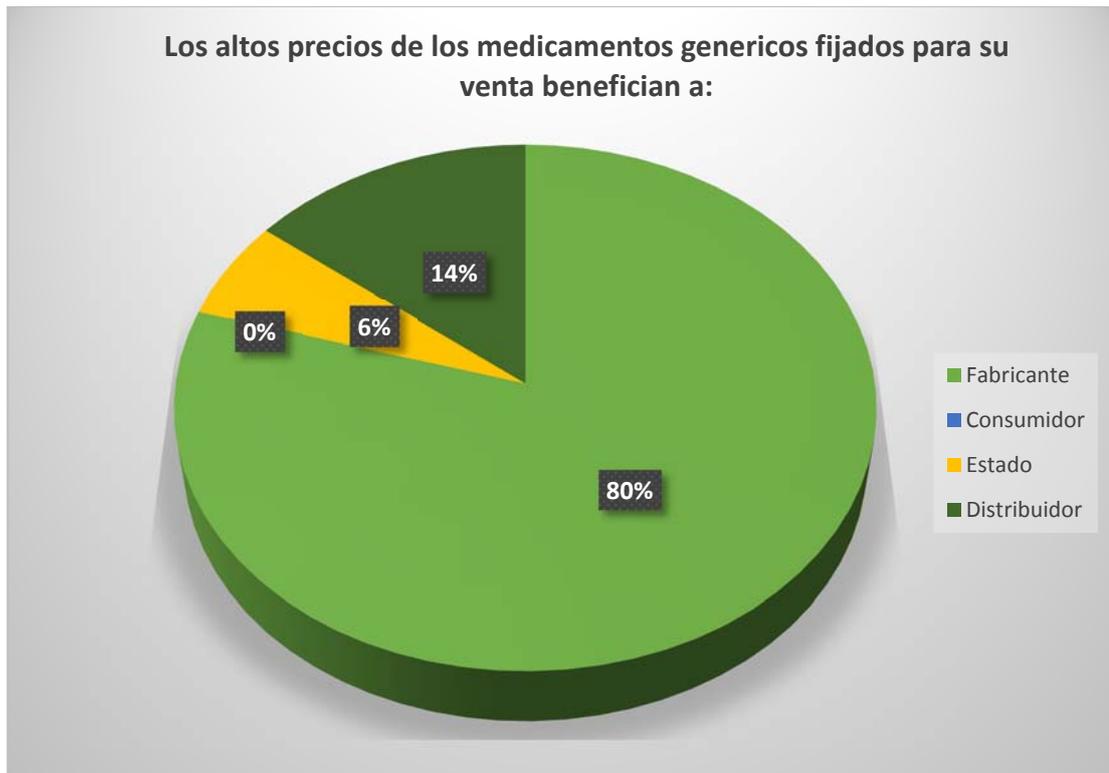


Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro, podemos apreciar la percepción de los encuestados respecto a cómo se fijan los precios de los medicamentos genéricos en el Perú.

Se cree que el Estado, a través de la DIGEMID, fija el precio de los medicamentos (5%), pero una mayoría considera que el mercado, mediante el juego de la oferta y la demanda (34%) es el que asigna el precio. En esta última opción, el ofertante propone el precio de sus productos por la expectativa de lucro (22%).

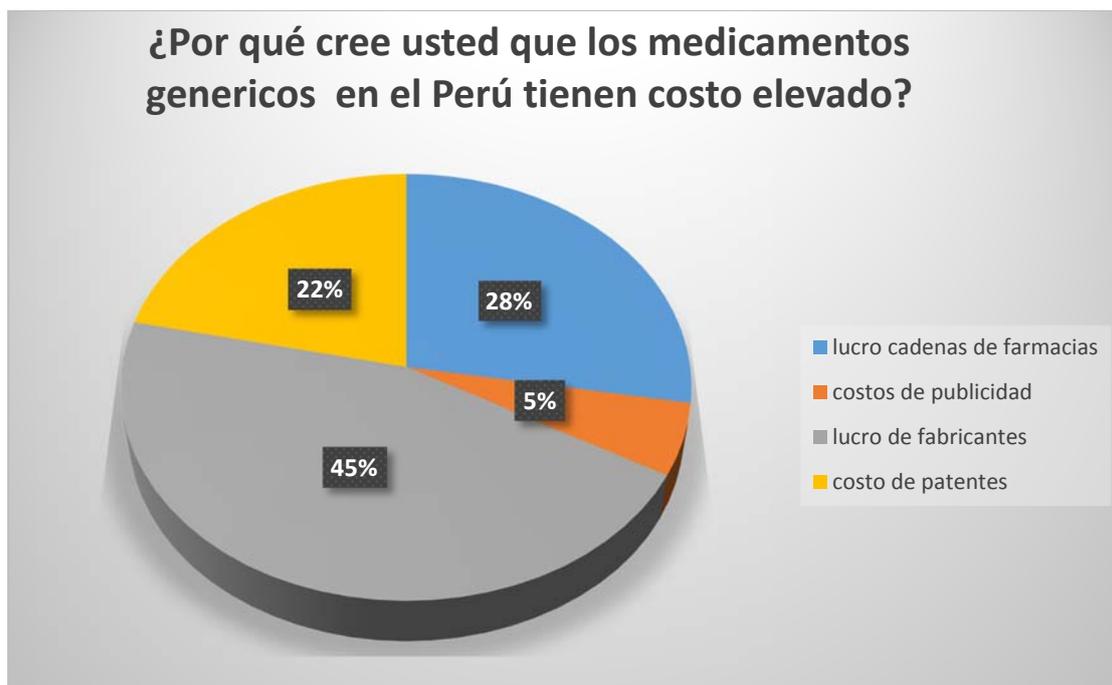
CUADRO N° 3: BENEFICIARIOS DE LOS ALTOS PRECIOS DE MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

La percepción de las personas encuestadas es que la ganancia de un producto cuyo precio es elevado beneficia al fabricante (80%), y de manera indirecta, mediante el cobro de impuestos indirectos, al Estado (6%). Un 6% que considera que el beneficiario es el distribuidor, en su calidad de intermediario.

CUADRO N° 4: CAUSA DE LOS ALTOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS

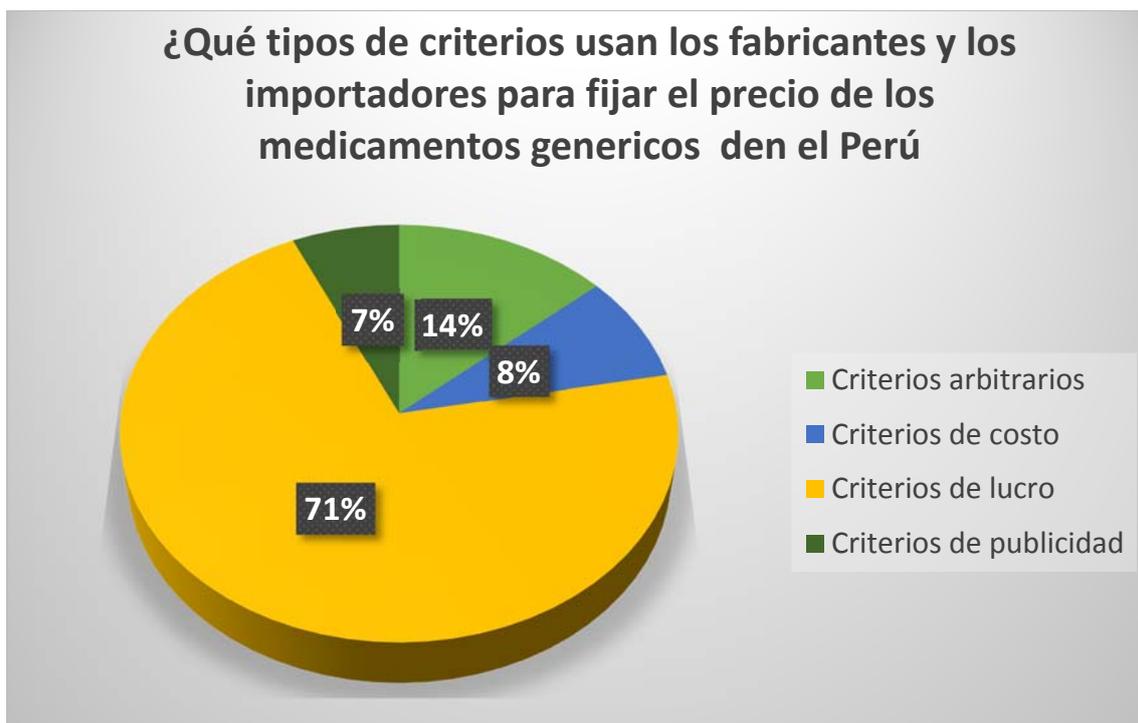


Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro, se aprecia que casi la mitad de los encuestados cree que el costo elevado de los medicamentos se debe al lucro del fabricante (45%), seguido por un grupo de encuestados que culpan de ello a las cadenas de farmacias (28%). Un 22% percibe que en el precio de los medicamentos se está reflejando el costo de la patente. Finalmente, hay un 5% lo atribuye a los costos de publicidad.

La mayoría de encuestados considera que los altos precios responden a un afán de lucro de los proveedores, sean estos los fabricantes o las cadenas de farmacias (73%). Apenas un 27% considera que estos precios pueden estar dentro de la estructura de precios de la venta de medicamentos, como son los costos de publicidad o los costos de las patentes.

CUADRO N° 5: CRITERIOS PARA FIJAR PRECIOS DE MEDICAMENTOS

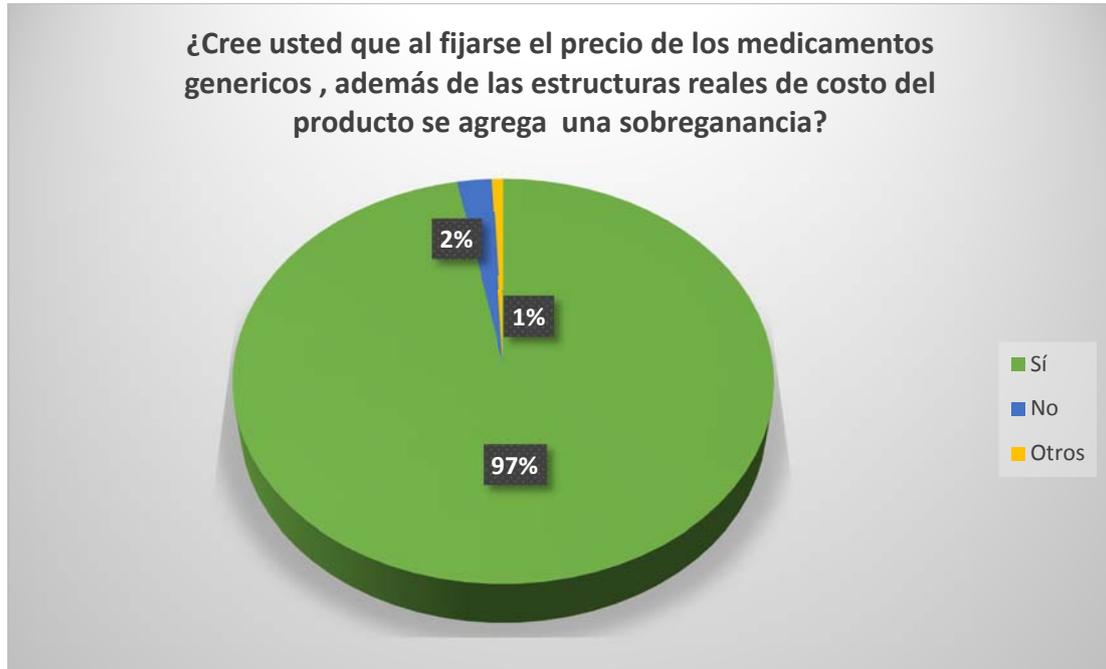


Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro, vemos como se percibe por los encuestados los criterios utilizados por fabricantes e importadores para la fijación de los precios de los medicamentos en el Perú. Así, una gran mayoría de los encuestados creen que el criterio de lucro es preponderante (71%), seguido de personas que consideran que los precios de los medicamentos se fijaron criterios arbitrarios (14%).

Apenas un 8% de los encuestados consideró dentro que el criterio preponderante es el de costo, mientras que un 7% considera que prima un criterio de publicidad.

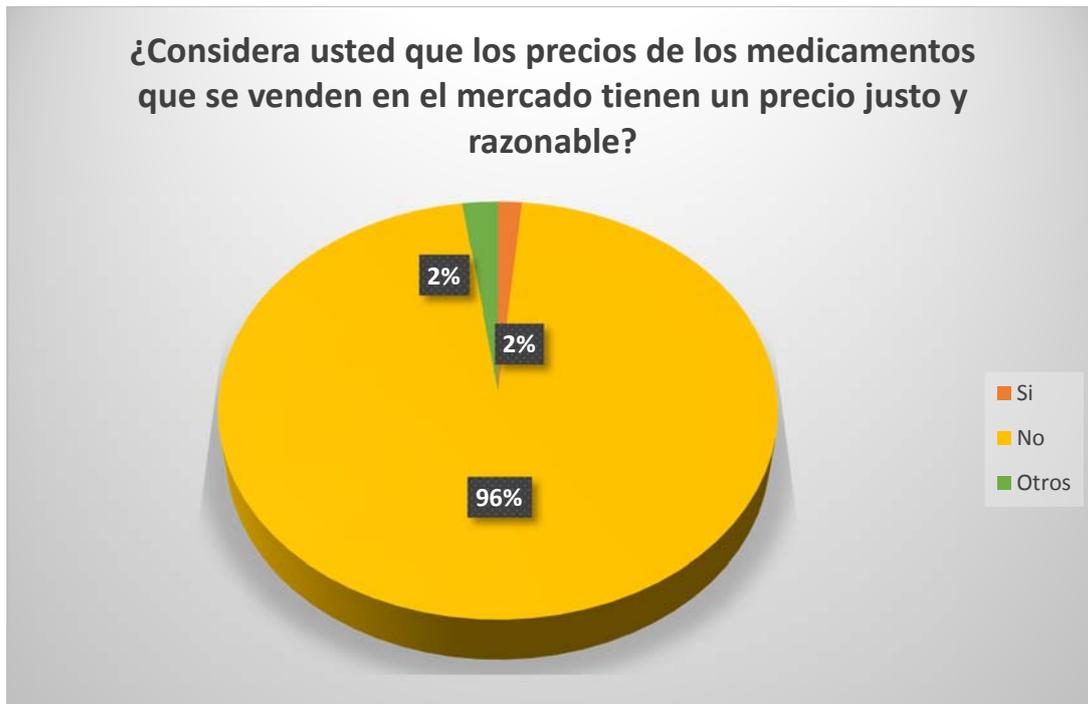
CUADRO N° 6: SOBREGANANCIA Y PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

La casi totalidad (97%) de los encuestados considera que hay un alto margen de “sobreganancia”. Podríamos hablar de ganancias altas que es lo que movería a los fabricantes o distribuidores cuando asigna los precios finales que se venden al público.

CUADRO N° 7: RAZONABILIDAD DEL PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS

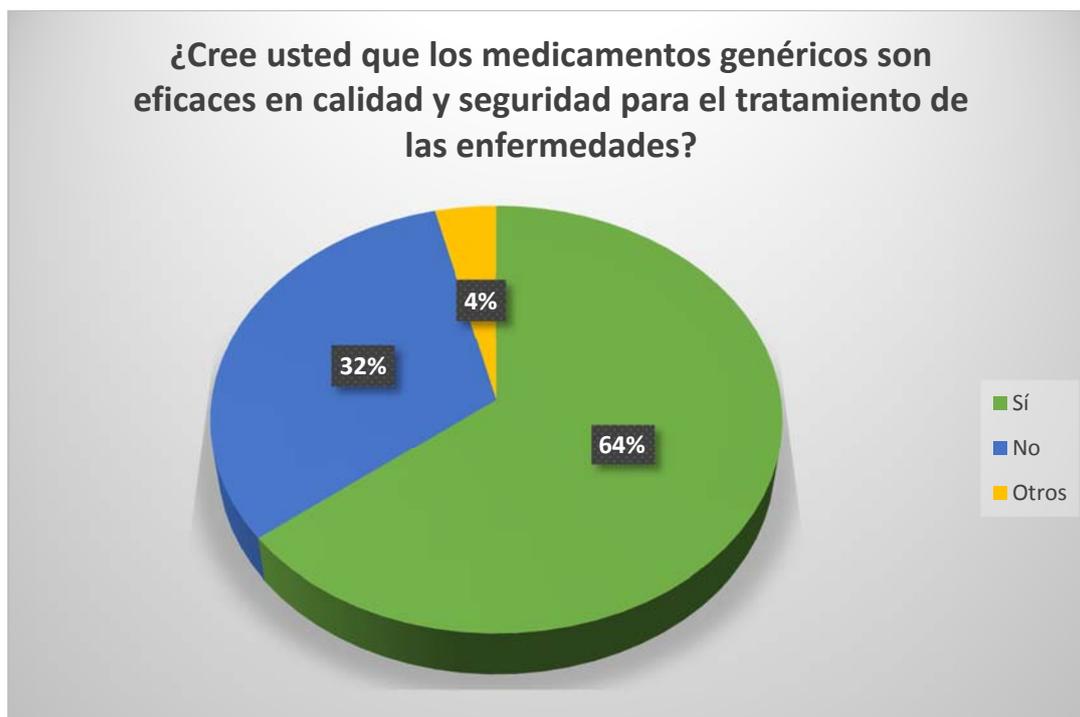


Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

Este cuadro, conjuntamente con el anterior, nos demuestra que el 96% de los encuestados considera que el precio “no es justo ni razonable”, en tanto que solo un 2% lo considera razonable.

La percepción pública es que el precio es muy alto, seguramente por el afán de lucro del proveedor (ver cuadros 4, 5 y 6).

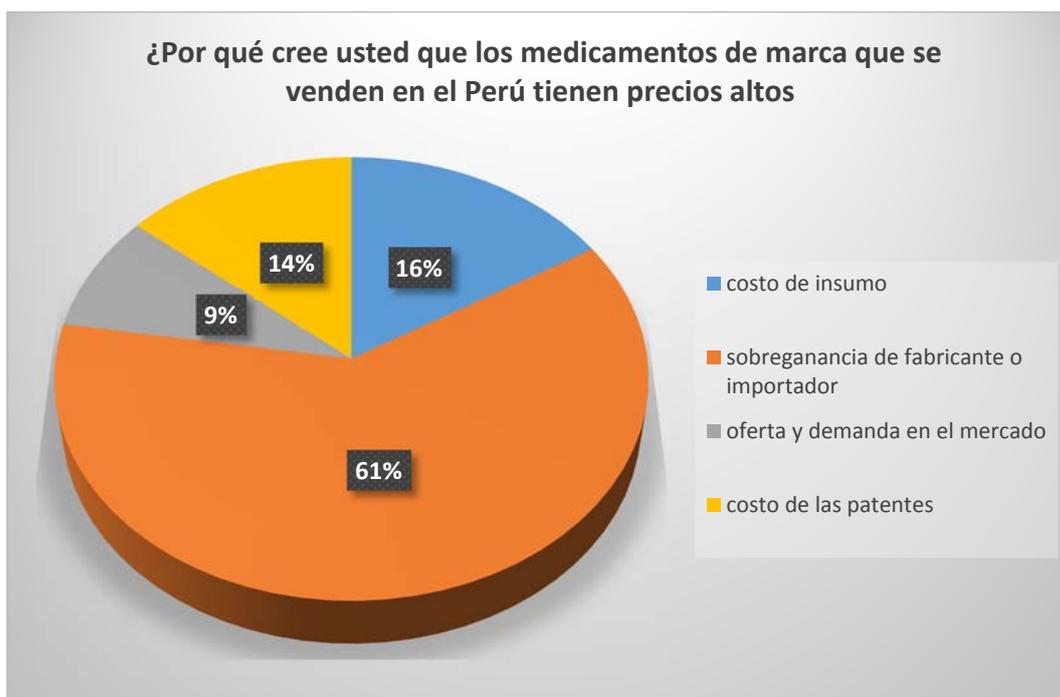
CUADRO N° 8: EFICACIA Y CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro se indaga por la eficacia de los medicamentos genéricos. En este caso, una gran mayoría del público encuestado (64%) considera que los medicamentos genéricos son eficaces en calidad y seguridad para el tratamiento de las enfermedades. No obstante, hay un 32% que considera lo contrario, lo que demuestra un desconocimiento de los procedimientos que tienen que pasar estos medicamentos para su aprobación. Los medicamentos genéricos poseen la misma concentración y dosificación que su equivalente de marca, poseen el mismo principio activo y teniendo además que demostrar su bioequivalencia.

CUADRO N° 9: PRECIO DE LOS MEDICAMENTOS DE MARCA



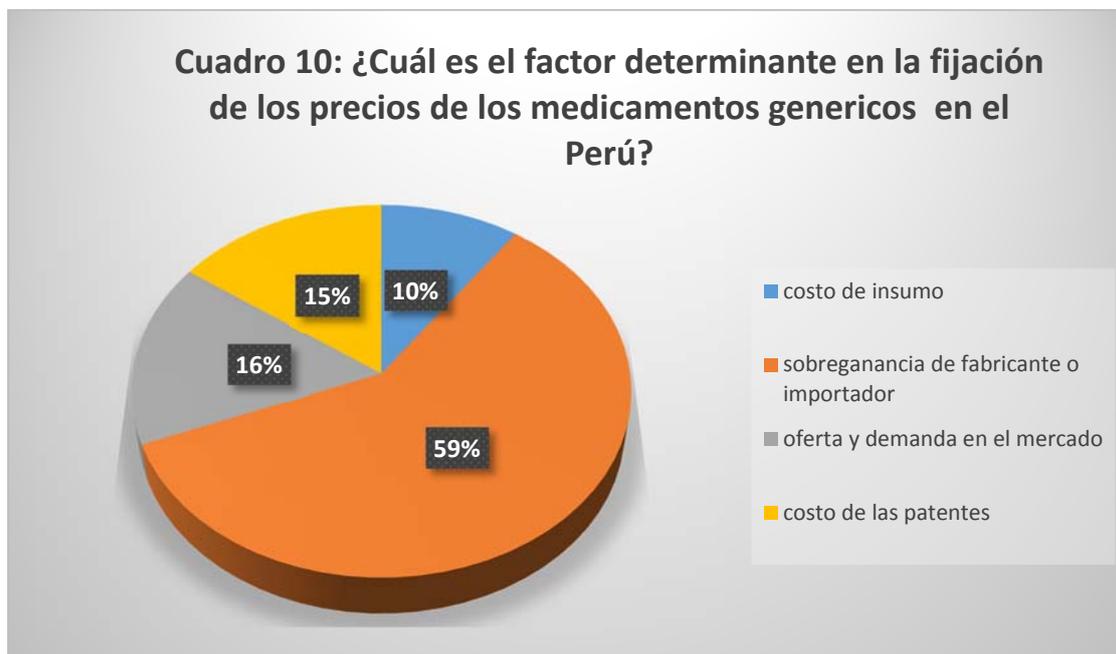
Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.

Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro, podemos ver que un 61% de los encuestados considera que la causa de los precios altos de los medicamentos de marca en el Perú es la sobre ganancia de los proveedores, en tanto que un 16% de los encuestados los atribuye al costo de los insumos. Un 14% cree que se debe al costo de las patentes y un 9% lo atribuye a la oferta y demanda en los mercados. Los encuestados atribuyen el precio alto de los medicamentos de marca a la sobre ganancia de los proveedores. El afán de lucro también existe en el caso los medicamentos genéricos. Pero hay dos factores importantes que están íntimamente relacionados, al costo final de los medicamentos: las patentes y su efecto en el mercado. La patente es utilizada por la empresa productora para poder cubrir los gastos de I+D+I, lo que se conoce como costo de la patente. Pero también, al ser un monopolio temporal otorgado legalmente al inventor, evita que existan otros medicamentos en el mercado, por lo que la ausencia de oferta y demanda influyen en el precio alto.

En el caso de los medicamentos genéricos también hay afán de lucro por parte de los fabricantes, y un importante margen de ganancia.

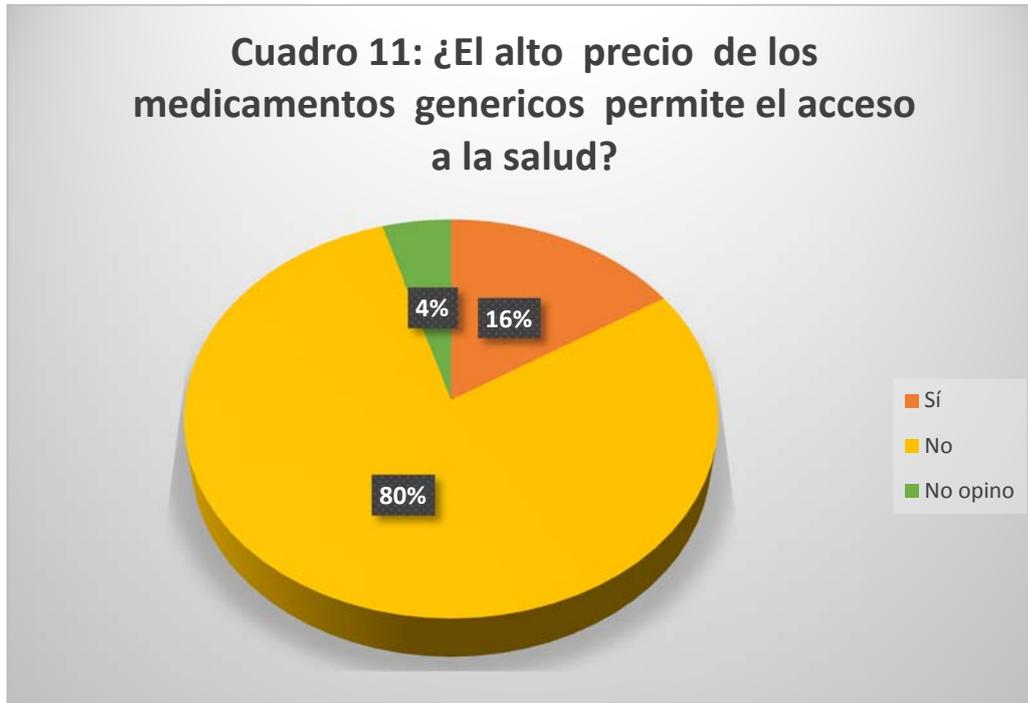
CUADRO N° 10: FACTOR DETERMINANTE DE PRECIO DE MEDICAMENTO



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración Margarita Lobatón Erazo

Los encuestados en un 59% atribuyen a la sobre ganancia de los proveedores el alto costo de los medicamentos. Un 10% lo atribuye al costo de los insumos, y apenas un 31% de los encuestados perciben que los altos precios se deben a los costos de las patentes (15%) o en su efecto sobre la oferta y demanda en los mercados (16%).

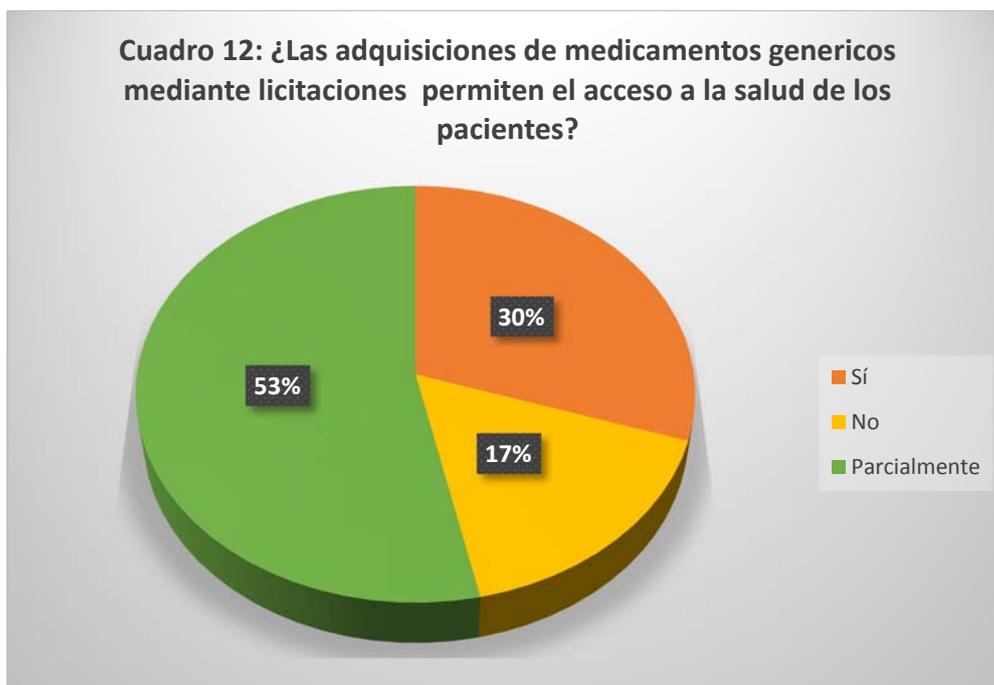
CUADRO N° 11: ACCESO A LOS MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro, apenas un 16% de los encuestados considera que el SIS ha resuelto el problema del acceso oportuno de la población a medicamentos de buena calidad, mientras que un apabullante 80% considera que no es así. Un 4% ha preferido no opinar.

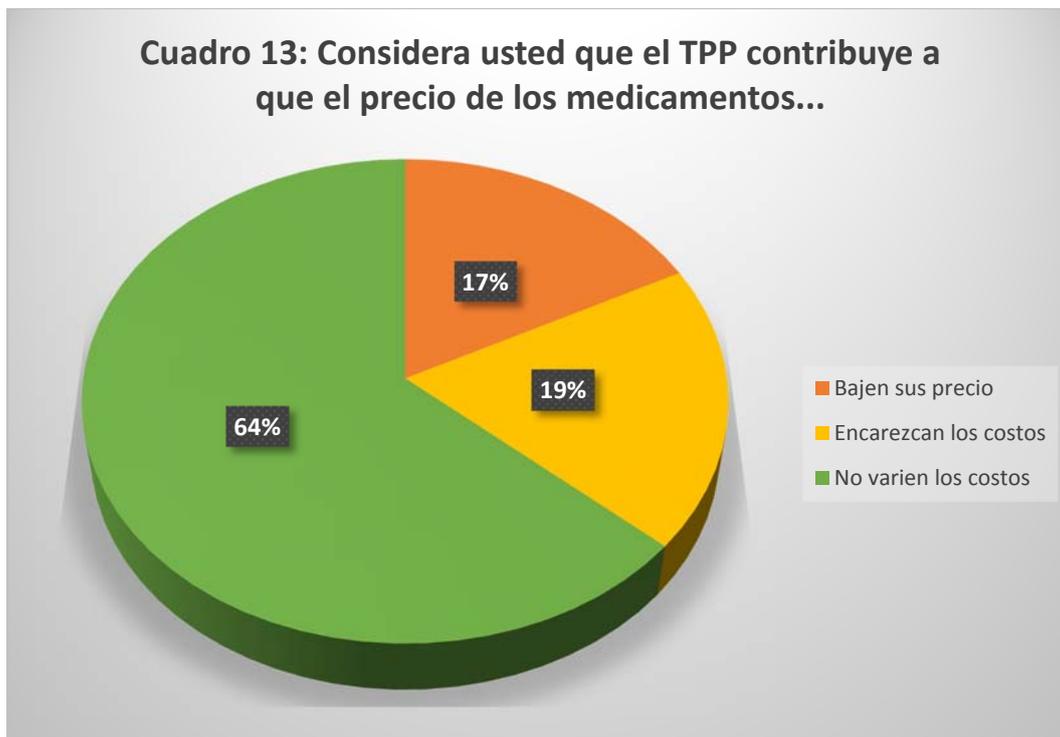
CUADRO N° 12: ADQUISICIÓN DE MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

En este cuadro se aprecia que un 30% de los encuestados considera que las compras de medicamentos genéricos a gran escala mediante licitaciones mancomunadas si permite a los pacientes el acceso a la salud. Pero un mayoritario 53% considera que esta solución es solamente parcial, siendo necesarias otras acciones para garantizar este acceso. Finalmente, un 17% es escéptico respecto al papel de este tipo de compras y no lo considera relevante para garantizar el acceso.

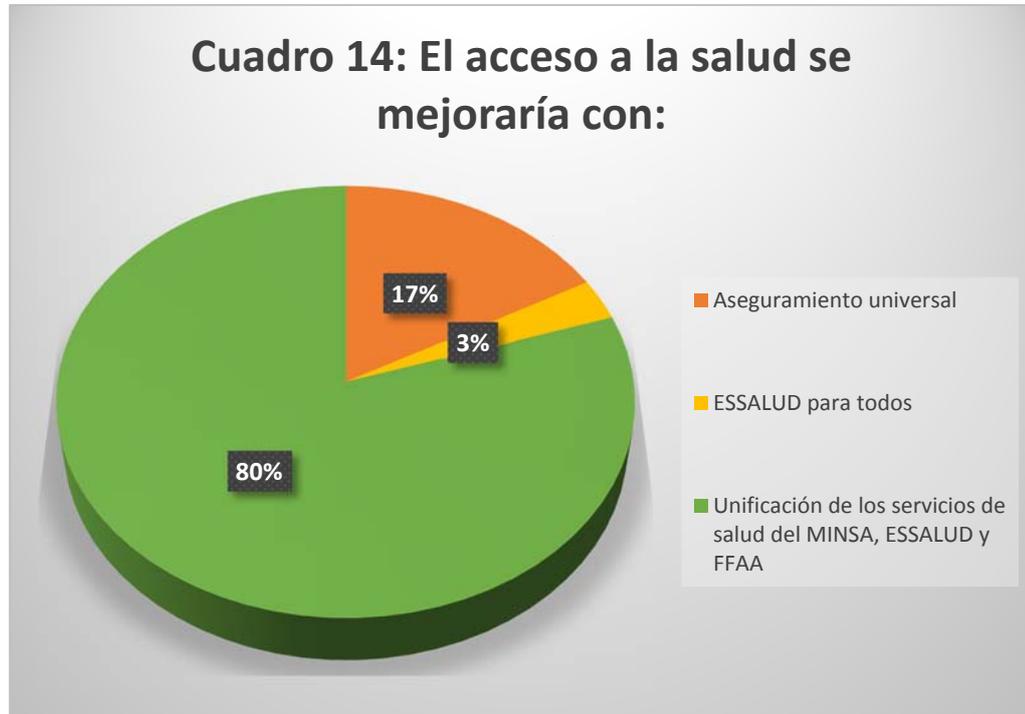
CUADRO N° 13: TPP Y PRECIO DE MEDICAMENTOS



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

Un 19% de los encuestados considera que el TPP va a encarecer los precios de los medicamentos. A pesar de ello, un 64% de los encuestados piensa que no variarán los precios de los medicamentos, y un insólito 17% piensa que incluso bajará el precio.

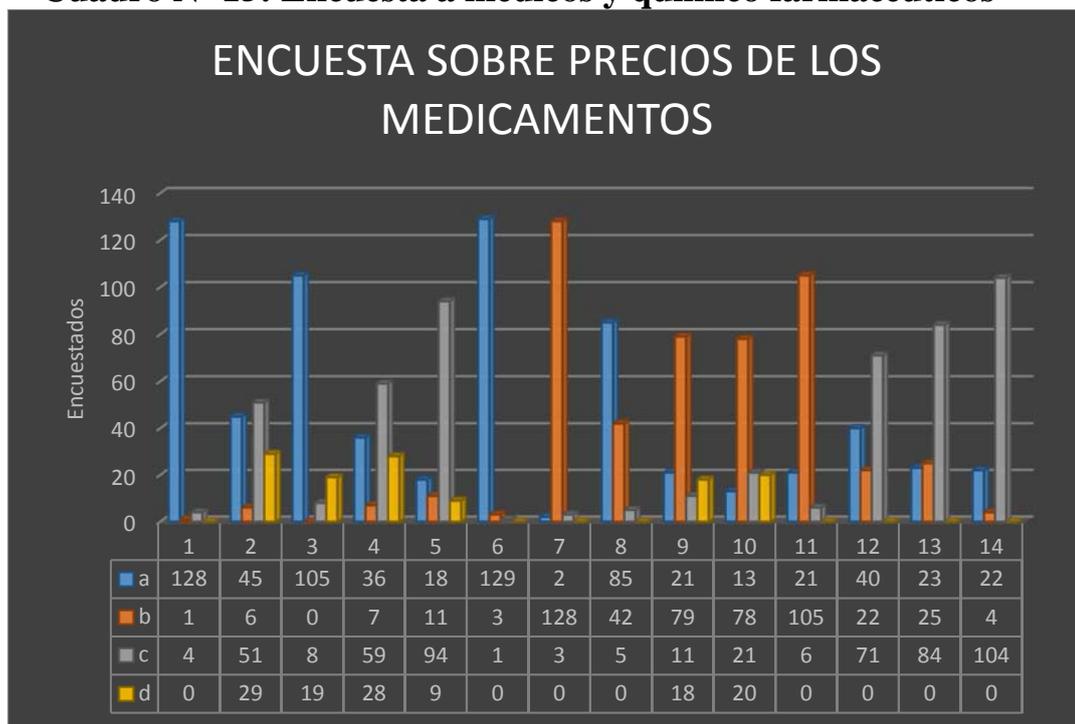
CUADRO N° 14: ACCESO A LA SALUD



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017.
Elaboración .Margarita Lobatón Erazo

Finalmente, en este cuadro vemos que los encuestados son escépticos respecto al funcionamiento de ESSALUD como seguro público de uso general (3%) o al aseguramiento universal general que, aunque gana más adeptos, termina como opción minoritaria (17%). Mayoritariamente piensan que el acceso a la salud se mejoraría unificando los servicios del MINSA, ESSALUD y las FFAA, de manera que se cree un solo ente que brinde de manera centralizada este servicio.

Cuadro N° 15: Encuesta a médicos y químico farmacéuticos



Fuente: Encuesta efectuada por MELE 2017

En este cuadro se aprecia el resultado de las encuestas dirigidos a médicos y químicos farmacéuticos sobre precios de medicamentos. En base a 14 preguntas.

V. DISCUSION DE RESULTADOS

El precio de los medicamentos representa una de las principales barreras para el acceso a medicamentos. Esta situación se expresa de manera inobjetable cuando los medicamentos son de única fuente, pues su precio puede incrementarse en más de 20 veces que cuando existe competencia. (Véase respuestas a encuesta ,pregunta uno y cuadro 1). Entre los factores que pueden condicionar que un medicamento sea de única fuente y goce de una posición monopólica en el mercado podemos citar a las patentes, la protección de datos de prueba, los mercados de poco interés comercial y las barreras tecnológicas o regulatorias.

El sobregasto es la diferencia entre: el gasto real - el gasto hipotético si se hubiesen adquirido la misma cantidad de unidades de los medicamentos al precio aproximado de comercialización en el mercado local.

En el presente estudio se determinó que existe un diferencial en el incremento de precios entre medicamentos de marca y genérico DCI. Los precios promedios de los medicamentos ofertados ante la primera solicitud de medicamento genérico DCI revelan una sobre ganancia que está por encima de su costo de fabricación y los precios de comercialización promedio. (Así aparece de la respuesta 6 y 9 de la encuesta practicada y de los cuadros 6 y 9).

Tal es el caso del medicamento con mayor incremento porcentual de precios que es la Carbamazepina, costando 303% más en su versión de marca que en su versión DCI.(Véase la tabla N° 5 sobre precios de medicamentos genéricos)

El menor incremento porcentual lo tiene el Ácido Acetilsalicílico (100Mg Tableta), que corresponde a un 29%, según la tabla N° 5 señalada. En promedio, los medicamentos genéricos DCI consultados tienen un costo superior en 165% en su versión de marca,

conforme a los cálculos sobre los precios de los medicamentos de la muestra que aparecen en la Tabla 5. Y respecto a los precios de los medicamentos genéricos también existe sobre ganancias si se compara los precios de adquisición de los laboratorios y el precio con el cual se le vende al público final.

Existe un consenso de que el precio es un factor importante para el acceso a los medicamentos pues muchos pacientes tienen que costear sus medicamentos con ingresos precarios lo que afecta su bienestar, según informe del Redge y también puede constituir en una barrea de acceso a la salud (véase respuestas a las preguntas 10 y 11 de la Encuesta y cuadros). Esta es la razón por lo que las políticas públicas deben promover la implementación de estrategias que permitan reducir el precio de los medicamentos, previniendo por otro lado el lucro desmedido de productores y distribuidores. Así aparece de las respuestas a la pregunta 6 de la encuesta .

Dentro de una economía de mercado, las políticas comerciales que promueven el libre comercio, acuerdos sobre propiedad intelectual, las limitaciones en investigación y tecnología y la falta de una regulación legal adecuada han permitido que algunos medicamentos tengan una exclusividad en el mercado al provenir de una única fuente, generando precios altos que debe pagar el consumidor, generado por los acuerdos de Libre Comercio.

Un caso reportado en el 2009 da cuenta que cuando un medicamento es de única fuente su precio pueden llegar a costar hasta más de 20 veces que cuando hay competencia.

En un mercado competitivo, en general los medicamentos genéricos pueden llegar a bajar el precio entre 30 y 70%, dependiendo del número de medicamentos que se introduzca al mercado.

Un medicamento goza de exclusividad en el mercado en razón de las patentes, establecidas con una vigencia de 20 años en el Acuerdo de los Derechos de Propiedad

Intelectual relacionadas al Comercio (ADPIC) del cual el Perú es signatario. También la protección de datos de prueba que se aplica desde que entró en vigencia el tratado comercial con los EEUU y otorga hasta cinco años de exclusividad. Los mercados sin interés comercial donde un solo proveedor cubre una pequeña demanda, y las exigencias tecnológicas o limitaciones regulatorias como en el caso de los productos biotecnológicos.

Para determinar el precio del medicamento a ser comparado, se procedió a calcular el precio promedio; para ello se utilizó los precios unitarios y las cantidades adquiridas por medicamento, información que fue obtenida de las compras públicas identificados anteriormente según registros del MINSA (compras del 1° de enero al 31 de diciembre del 2016), luego se relacionó los volúmenes de compra y los precios con el objeto de disminuir el efecto del volumen de compra sobre el precio de adquisición.

Obtenido el precio a comparar, se procedió a hacer la búsqueda de los precios de adquisición en otros países, como Colombia, Brasil, Ecuador y Chile, (Véase precios del Observatorio Digemid) los cuales tienen un sistema de transparencia de precios y están disponibles para el mismo periodo de tiempo.

El instrumento más efectivo para bajar los precios y mejorar el acceso a los medicamentos es estimular la oferta de productos competidores (de marca nacional y genéricos). Durante el año 2014, según datos reportados en la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), el 88% del gasto de los peruanos en medicamentos fue realizado en farmacias o boticas privadas; mientras que solo un 5% de dicho gasto se realizó en entidades públicas, como el MINSA o ESSALUD, y un 3%, en clínicas privadas. Por lo tanto una mayor oferta de parte de los organismo públicos como de entes privados, con diversidad de fármacos, podrá presionar para la baja de precios de los medicamentos.

Por otro lado al finalizar una patente, que es cuando pueden comercializarse los competidores, el precio del fármaco cae entre 22 y 80%, dependiendo del número de competidores que entran al mercado. A nivel global estos medicamentos cuestan, en promedio, la tercera parte que los medicamentos de marca internacional.

En Colombia los medicamentos competidores de marca nacional y con nombre genérico cuestan apenas la **cuarta parte** que los medicamentos de marca internacional en promedio y en casos puntuales hasta 35 veces menos.

La marcada diferencia de precios, aunada a la buena calidad de los medicamentos competidores, resultante de la aplicación en los laboratorios de los más altos estándares de fabricación existentes a nivel internacional, ha determinado el auge en el país de los productos competidores (de marca nacional y con nombre genérico), al punto que hoy abastecen más de las **dos terceras partes** del mercado nacional en volumen, para beneficio de los consumidores institucionales y privados. La participación en el mercado en valores es mucho menor (37%), justamente debido a la diferencia de precios.

Para mantener esta situación y contener la aceleración de la inequidad en el acceso, reiteramos que es forzoso impedir que en el país se establezcan nuevas barreras para la oferta de medicamentos competidores de bajo precio, las cuales han sido concebidas por la industria farmacéutica internacional para prolongar sus derechos de exclusividad comercial e imponer altos precios. No se trata de desconocer la propiedad intelectual, que se protege plenamente en cumplimiento de la normativa de la OMC, sino de establecer un balance entre los intereses legítimos de los dueños de las patentes y el derecho a la salud de las personas.

VI. CONCLUSIONES

PRIMERA

El medicamento en el Perú es considerado erróneamente como una mercancía como cualquier otra; y por ende sus precios se establecen por la oferta y la demanda y que son afectados por la concentración de la producción y de la distribución. Asimismo en el Perú la integración vertical que existe entre productores, distribuidores y hasta prestadores de servicios de salud (seguros y clínicas), hace aún más imperfecta la competencia en el mercado farmacéutico.

SEGUNDA

Existe una diversidad de precios para un mismo medicamento que no tienen otra explicación de que los productores y distribuidores imponen los precios que el mercado o un segmento del mercado, con el afán de obtener sobre ganancias que esta fuera de toda lógica y que no obedece a criterios de costo, sino a criterios de lucro.

El medicamento no es considerado como un bien que cumple una función social pues es un componente esencial para ejercer plenamente el derecho a la salud, cuando ésta se encuentra perturbada y se requiere una intervención con medicamentos.

TERCERA

Los altos precios de medicamentos, hacen que los pacientes no puedan pagarlos de su bolsillo y las instituciones prestadoras no los consideren en sus coberturas y programas que incluyen la distribución gratuita de medicamentos, tienen amenazada su sostenibilidad por los altos precios.

CUARTA

Se debe acercar los medicamentos a la población, tanto aquella que paga de su bolsillo como a que debe recibir una atención integral y de calidad a través de los prestadores públicos o privados. la variabilidad de los precios de los medicamentos y en consecuencia los esfuerzos que tienen que hacer los usuarios e instituciones prestadoras para acceder a tratamientos que son caros.

QUINTA

En periodos de crisis económica, el principal aliado es el consumidor, que concurre a la farmacia y tiene información suficiente para pedir el medicamento más barato. Esto evita que los precios se disparen. Pero cuando la población comienza a recuperar su poder adquisitivo, vuelve a la marca. Lo que sucede es que el paciente no tiene la capacidad de identificar productos similares o sustitos, ya sea porque no existen tales bienes o porque el consumidor no dispone de la información o la capacidad técnica para comprenderla. Este concepto es trascendente para entender que la elasticidad cruzada de la demanda de una determinada droga con respecto de un sustituto más barato en esta industria es relativamente baja, debido a que el paciente o consumidor no sustituiría su demanda hacia el producto más barato, ya que depende en este caso de un médico que lo asesore y lo autorice a realizar dicha sustitución.

SEXTA

Los productos farmacéuticos son fundamentales para garantizar el acceso a la salud y el tratamiento de muchas enfermedades, por consiguiente una falta de medicamentos puede paralizar los sistemas de salud. Además, debe reconocerse, que más allá de su utilidad terapéutica, los medicamentos son elementos tangibles en lo que es principalmente un

sector de servicio. En consecuencia, la disponibilidad de medicamentos a menudo sirve como un indicador para medir la eficacia y la equidad de los sistemas de salud.

SÉPTIMA

Los medicamentos no pueden considerarse como productos de consumo convencionales. La inquietud por la salud pública y el bienestar requiere un grado de control legislativo de la calidad, inocuidad, eficacia y uso de medicamentos. La legislación sobre medicamentos depende de la existencia del marco jurídico necesario y racional y de una autoridad normativa funcional para los medicamentos.

VII. RECOMENDACIONES

1. Son varios los mecanismos o estrategias que podrían utilizarse para disminuir el precio de los medicamentos como el conocer y comparar el precio de estos medicamentos con otros países.

En la comparación de los precios pagados en el sector público observamos que en seis casos el precio del medicamento en Perú fue mayor (entre 5% y 77%) que el precio pagado en Brasil y Colombia. Existe una marcada diferencia en relación a la comparación de los precios pagados en Brasil, y que puede deberse a los volúmenes de compra que adquiere este país.

2. Se debe promover el acceso a los medicamentos en los mercados público y privado a través del fomento de la competencia y la aplicación de medidas que eviten los abusos en el mercado farmacéutico, en el marco de las leyes peruanas y de los tratados internacionales que el Perú ha suscrito.

3. El gobierno, desde un enfoque de derechos, debe responder a las necesidades de la población teniendo en cuenta el perfil epidemiológico, demográfico y social del país, distribuyendo los recursos humanos y asignando los recursos financieros que garanticen la atención integral para todos los peruanos.

4. Se debe aprobar una ley que regule de manera específica la función normativa, reguladora y de supervisión del Ministerio de Salud en el sector público y privado, a través de Digemid, que debe ser reestructurada o convertida en una Superintendencia Nacional de Medicamentos, capaz de implementar políticas regulatorias integrales de los medicamentos a fin de garantizar precios razonables que eviten el abuso y las excesivas ganancias de las grandes cadenas y también combatir las posiciones abuso y de dominio del mercado y la concertación de precios y que enfrente las condiciones que incrementan

el riesgo de las poblaciones por los altos precios de las medicinas.

5. El mercado farmacéutico es dinámico y cambiante y exige del gobierno desarrollar un sistema de información propio que le vaya alimentado de datos y tendencias que le permitan una mejor ubicación en el mercado y ser más eficiente en los distintos procesos relacionados con políticas o estrategias encaminadas a mejorar el acceso a medicamento.

El objetivo de facilitar el acceso a los medicamentos. Debe garantizar la calidad en el conjunto del sistema de salud, que asegure el pleno respeto de los derechos de las personas usuarias con garantías de justicia en caso se vulneren sus derechos.

6. El gobierno debe monitorear de manera permanente el mercado farmacéutico teniendo en cuenta las distintas categorías de productos en relación a los niveles de competencia, lo que exige tratamientos y normas diferenciadas. Así, existen:

a) Medicamentos en condición monopólica debido a las siguientes condiciones: vigencia de patentes o de protección de datos de prueba o sin protección de patentes ni datos de prueba pero único proveedor en el mercado nacional;

b) Único proveedor en el mercado nacional y pocos proveedores en el mercado internacional de medicamentos relacionados a enfermedades tropicales;

c) Medicamentos con alto nivel de competencia en el mercado nacional.

7. El Estado debe orientarse a construir mecanismos de supervisión, fiscalización y capacidad de sanción de los incumplimientos de obligaciones de parte de los agentes del mercado y principalmente de los funcionarios y unidades de gobierno que no cumplan con sus responsabilidades. Se trata de garantizar que efectivamente se tenga acceso universal y que no haya límites creados por las propias autoridades cuando los ciudadanos buscan acceder a los servicios de salud y a los medicamentos. Argumento deleznable es el que sostiene que el país no tiene recursos suficientes para garantizar la universalidad en el acceso. A diferencia del resto de América Latina, Perú es el que menos esfuerzo está

haciendo y su gasto en salud es 5% del PBI cuando el promedio en la región es de 8%.

8. A nivel sectorial se debe buscar una selección racional de medicamentos acorde a criterios de eficacia terapéutica, seguridad, perfil epidemiológico y asequibilidad, mediante la aplicación de los nuevos estándares para el registro sanitario y la renovación del registro sanitario que considera la Ley de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios.

Una selección de medicamentos basada en evidencias reconocidas sobre eficacia y seguridad, permite hacer ahorros importantes al prevenir gastos en productos inefectivos o formulaciones sin justificación terapéutica. Estos ahorros pueden ser usados en mejorar las coberturas de los medicamentos esenciales y otras tecnologías médicas.

9. Se debe implementar una política de promoción de medicamentos genéricos DCI. De acuerdo a experiencias en otros países, una tal política se basa en 4 componentes: **a)** garantizar la calidad de los genéricos DCI; **b)** información y educación a los prescriptores, **c)** información y educación a los consumidores, en ambos casos para reducir su nivel de desconfianza hacia los genéricos DCI, y **d)** facilidades administrativas a los productores y comercializadores de genéricos.

En el Perú, se requieren medidas específicas que aseguren una oferta de genéricos DCI, incluyendo los productos similares, en los puntos de dispensación del sector privado. En ese sentido se propone aprobar una norma que obligue a los establecimientos farmacéuticos privados ofertar genéricos DCI y productos similares, encargando a DIGEMID y las autoridades de salud fiscalizar el cumplimiento de esta disposición.

VIII. REFERENCIAS

Referencias Bibliográficas

AAPM. «Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica.» (2012) Análisis de Política de Medicamentos en Argentina.

Abrutsky R., Bramuglia C, Godio C. (2008). “Estudio de una política en salud: Ley de Prescripción de medicamentos por su nombre Genérico y Plan Remediar”. Consultado el 6 de abril del 2016. Instituto de Investigaciones Gino Germani. Facultad de Ciencias Sociales. UBA

Agacino, R. (2008). El “gasto de bolsillo” en servicios médicos y en fármacos. Análisis de resultados de la Encuesta de Presupuestos Familiares, EPF (2007). Chile: DESAL.

Amat P. Cantos de Sirena (2006). Por qué los TLCs de Estados Unidos con los países andinos socavan el desarrollo sostenible y la integración regional. Oxford: Oxfam International.

Aloma; Moscoso y Larrosa (2006). Departamento de Economía; Universidad Nacional del Sur; CONICET. «Determinantes del acceso a los medicamentos: el caso argentino.». Bahía Blanca, Buenos Aires.

BDO, (2013). "Laboratorios e industria farmacéutica. Reporte sectorial". Becher y Asociados SR. BDO Argentina.

Benedetto, E. (2006). «Efectos de la Ley de Genéricos en la Industria Farmacéutica Argentina.». Tesis de grado - Universidad de San Andrés.

- Blanco, D. (2014). "Medicamentos genéricos: la ley que nació para bajar el costo de la salud y hoy casi no se aplica". Infobae, 26 de junio. Consultado el 29 de marzo de 2016.
- Bocanegra, K. (2012). "Patentes y medicamentos genéricos en Brasil Generalid marzo.
- Capgen N°3. (2014). "Los remedios suben 6% al mes y crece la venta de genéricos". Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos. 11 de Abril, 2014. Consultado el 6 de abril de 2016.
- Capgen N° 4 "Connivencia de industria, médicos y obras sociales frena el despegue de genéricos". Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos. (2014). Consultado el 6 de abril de 2016.:
- Carullo, S. (2008). Percepción de los médicos sobre el aumento de presión promocional de los laboratorios nacionales y multinacionales en el período (2005-2007). Datos y Estrategias.
- Carvalho (2007)MFC: A Polifarmácia em idosos no município de São Paulo -Estudo SABE -Saúde, Bem-estar e Envelhecimento. In Dissertação Universidade de São Paulo;. [citado en Paniz].
- Celani, M. y Stanley L. (2005). Defensa de la competencia en Latinoamérica: aplicación sobre conductas y estrategias. Serie Estudios y perspectivas. Buenos Aires: CEPAL.
- Chan, M. (Febrero de 2011). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de WHO.com
- CILFA. «Escenario y Perspectiva de la Industria Farmacéutica y Farmoquímica Nacional.» (2012).
- CILFA, (2011). "Plan estratégico para el desarrollo del sector farmacéutico y farmoquímico nacional". Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA).

- Crane K, Libicki MC,(2009) et al. Living Conditions in Anbar Province in June 2008. Rand Corporation.
- D'Annunzio, G. (2012). "El mercado de medicamentos en Argentina, 2002-2012". Tesis de grado, Universidad de San Andrés.
- Sica, D. (2008). abeceb.com. «Los precios del sector farmacéutico en un contexto inflacionario.».
- Díaz A. América Latina y el Caribe: La propiedad intelectual después de los tratados de libre comercio. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; (2008).
- Equipo económico de FUNDAR. «Laboratorios e Industria Farmacéutica.» Investigación, (2011).
- Espín J, Rovira J. (2007). Analysis of Differences and Commonalities in Pricing and Reimbursement Systems in Europe. Brussels: DG Enterprise and Industry of the European Commission.
- Foro Salud: Carta abierta a los gobiernos y equipos negociadores de Colombia, Ecuador y Perú en el TLC con los EEUU. 2004. Accedido el 4 de octubre del 2005.
- Fundación Savia; Seminario Diálogo: Medicamentos Genéricos ¿Una opción viable para las personas que viven con el HIV/SIDA en Chile? En Memoria y Balance (2004).
- García R. (2011). España prepara un nuevo paquete de medidas de contención del gasto en medicamentos.
- Gemines consultores. Latin Pharma 2006. Chile. Estudio de Oferta y Demanda del Sector Farmacéutico. Santiago, Chile; Junio 2006.

- González, B. (2005). Difusión de nuevas tecnologías sanitarias y políticas públicas. Colección Economía de la Salud y Gestión Sanitaria. Madrid: Editorial Masson.
- Health International Action (HIA) Europe - IFARMA. Impacto del acuerdo comercial UE-países de la CAN, sobre el acceso a medicamentos en el Perú. Amsterdam: Health International Action Europe; (2009).
- Hernández, Fernández y Baptista (2003). "Metodología de la investigación Capítulo 3". Consultado: 29 de marzo de 2016.
- Herrero, R. y Renna J. (2003). «Nuevas Relaciones entre el Médico y la Industria Farmacéutica.» Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico (SAMF). 12 de 11 de 2003.
- Indecopi (2002), Compras estatales y competencia en el mercado de productos farmacéuticos, Documento de Discusión N° 05-2002/GEE, Gerencia de Estudios Económicos.
- INEI. La Pobreza en el Perú en el año (2007). Lima, Mayo (2008).
- Infobae, (2014). "Buscan modificar la Ley de Genéricos para evitar incluir marcas en las recetas médicas". Publicado el 10 de agosto. Consultado el 29 de marzo de 2016.
- Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Propiedad Intelectual. Perú: los intereses nacionales en propiedad intelectual y los tratados de libre comercio: marco referencial. Lima: INDECOPI; (2005).
- J, Oliveira, E (2005). A, eds. Acceso a Medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado. Río de Janeiro: ENSP1.
- Jones E. (2003). Nuestro futuro por la borda, cómo socavan el desarrollo los tratados de comercio e inversiones entre países ricos y pobres. Oxford: Oxfam International.

- Kanavos P, Vandoros S, Irwin R, Nicod E, Casson M. (2011). Medical Technology Research Group-LSE Health, et al. Differences in costs of and access to pharmaceutical products in the EU. Brussels: European Parliament; p. 92.
- Larrain, F. y Quiroz, J. (2004). Nuevas regulaciones y precio de los medicamentos: análisis y proyecciones. Chile: Asociación Industrial de Laboratorios Farmacéuticos y la Cámara de la Industria Farmacéutica de Chile.
- Lombar, J. (2010). IMS Health. Presentación: Perspectiva mundial del mercado farmacéutico.
- López R. (2009). Escandaloso precio de la olanzapina. Lima: Acción Internacional para la Salud.
- López R. (2005). La Salud Pública en riesgo - Los Medicamentos en el TLC. Lima: CIES/AIS.
- Luiza VL, Castro CO, Marín N. (2006). Estudio de vigilancia de políticas farmacéuticas, Nivel 1 (estructura y procesos) realizado en países de Latinoamérica y el Caribe en 2003. Río de Janeiro: NAF/ENSP/FIOCRUZ/OPS/WDC.
- Maierovitch C. (2004). Política Vigente para Regulamentação de Medicamentos no Brasil. Brasilia: ANVISA.
- Malvestiti, G. (2005) " Inserción de medicamentos genéricos en el área de salud. El caso argentino". Tesis. Universidad de Belgrano.
- Mazzetti-Soler P. (2004). Posición del Ministerio de Salud con respecto a los derechos de propiedad intelectual en materia de medicamentos. Ministra de Estado en la Cartera de Salud. www.minsa.gob.pe. Leído el 30 de septiembre del 2005.

- MECON. (2011). «Complejo Farmacéutico.» Producción regional por Complejos Productivo..
- MINSA. (15 de Enero de 2010). Resolución Ministerial 040-2010-MINSA. *Ministerio de Salud*. República del Perú.
- Ministerio de Salud Brasil (2005). *Avaliação da Assistência Farmacêutica no Brasil: estrutura, processo e resultados*.
- Ministerio de Salud de la Nación (2007). "Política de Medicamentos en Argentina". Lucas Godoy Garraza y Graciela. Ventura - 1a ed. - Buenos Aires: Comisión Nacional Salud Investiga. Consultado el 6 de abril de 2016.
- Musungu SF, Dutfield G. (2003). *Acuerdos multilaterales y un mundo ADPIC plus*. Ginebra: Organización Mundial de la Propiedad Intelectual.
- Nguyen A, Kaplan WA, Laing R. (2008). *Policy options for promoting the use of generic medicines in developing and transitional countries: a review paper*. Geneva: World Health Organization; (2008).
- O'Farrell, Miguel B. (2002). "Nueva ley sobre prescripción de medicamentos por su nombre genérico". Marval, 30 de septiembre. Consultado el 29 de marzo de 2016.
- Organización Mundial de Comercio. *IV Conferencia Ministerial de la OMC: Declaración Ministerial*. Doha: OMC; (2001).
- Organización Panamericana de la Salud. *Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América Latina y el Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos*; (2011). Acceso el 8 de noviembre de (2012).
- Oxfam International. *Comparación de cinco TLCs de los Estados Unidos* (2005). Accedido el 2 de octubre del 2005.

Perú, Ministerio de Comercio Exterior y Turismo. (2007). Acuerdo de Promoción Comercial Perú – EEUU: Capítulo 16, derechos de propiedad intelectual. Lima: MINCETUR.

Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). France Pharma Profile. Vienna: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate of Health, Family and Youth; 2008.

Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). Germany Pharma Profile. Vienna: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and the Austrian Ministry of Health, Family and Youth; (2008).

Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). Italy Pharma Profile. Vienna: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and the Austrian Ministry of Health, Family and Youth; (2007).

Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). Portugal Pharma Profile Vienna: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate-General and the Austrian Ministry of Health, Family and Youth; (2008).

Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI). Sweden Pharma Profile. Vienna: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate- General and the Austrian Ministry of Health, Family and Youth; (2007).

Piani, Liliana. «El mercado de medicamentos en Argentina: un componente excluyente en el diseño del sistema de salud.» (2009).

Protectora, 2015. "Ley 25649: Ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico". Consultado el 29 de marzo de 2016.

- Raffo, Tomás, José Charreau, y Ricardo Peidro.(2007). «Caracterización de la Industria Farmacéutica en el contexto de la ausencia de un marco regulatorio.» .
- Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico (SAMF). «Dialogando con expertos:
- Tobar F. (2008). Modelos de regulación económica de medicamentos en América Latina.
- Tobar F, Sánchez D. (2005). El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR. Montevideo: Fundación Carolina.
- Valladares-Alcalde G. (2005). Evaluación de los potenciales efectos sobre el acceso a medicamentos del tratado de libre comercio que se negocia con los EUA (2005)..
- Valladares G, Cruzado R, Seclén J, Pichihua J. (2005). Evaluación de los potenciales efectos sobre acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América. Lima: Ministerio de Salud.
- Vargas Girón, Manuel (2002), “Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú” en “La Salud peruana en el siglo XXI: Retos y propuestas de política” Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Vassallo, C. (2002). «Contexto Regional del Mercado Farmacéutico Argentino.».
- Vassallo, C. (2010). "Una agenda para la economía". Ediciones Fundación Sanatorio Güemes. Consultado el 6 de abril de 2016.
- Vassallo, C, y Falbo R. (2006) «Dinámica del mercado de medicamentos. La determinación del precio.» (2006).
- Velásquez, G. (2007). OMS El Acceso a Medicamentos como un Derecho Humano. Lima, julio.

Vincent, R., Suárez C, y Franciosi E. (2007). «Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Sector Farmacéutico.» Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública.

Vogler S, Habl C, Leopold C, Rosian- Schikuta I, Joncheere Kd, Thomsen TL. Pharmaceutical Pricing and Reimbursement Information (PPRI) Report. Vienna: European Commission, Health and Consumer Protection Directorate- General and Austrian Federal Ministry of Health, Family And Youth; (2008).

Wharton, (2006). "Los medicamentos genéricos en Brasil son una píldora difícil de tragar para las grandes farmacéuticas". Universidad de Wharton. Consultado el 29 de marzo de 2016.

REFERENCIAS HEMEROGRAFICAS

Academia Peruana de Salud (1998) XIV Foro “Salud y Desarrollo” Lima-Perú.

BET-Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. «Sector Farmacéutico.» (2012) Boletín Estadístico Tecnológico.

Birkett DJ, Mitchell AS, McManus P. A Cost-Effectiveness Approach to Drug Subsidy and Pricing in Australia. Health Aff (Millwood). (2011);20(3):104–14.

Centro de Estudios para Producción (CEP), Ministerio de Industria. «La industria farmacéutica en la Argentina: Goza de buena salud.» (2008) Síntesis de la Economía Real, Nro. 58, Segunda Sección (diciembre).

Chile: FLACSO, Programa de Gerencia Social y Políticas Públicas. Documentos electrónicos; jun (2009) (1).

Cortez, Rafael (Editor) (2002), Salud, equidad y pobreza en el Perú: Teoría y nuevas evidencias, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

- Dylst P, Simoens S. Generic Medicine Pricing Policies in Europe: Current Status and Impact. *Pharmaceuticals* (2010);3(3):471–81.
- Encuesta Nacional de Hogares Sobre Condiciones de Vida en el Perú. Junio (2007). Informe Técnico N° 3 Setiembre (2007).
- Godás, Luis. Segmentación del Mercado de medicamentos de la oficina de farmacia. *Ámbito Farmacéutico. Gestión Farmacéutica*. Feb (2006); 25 (4).
- Godoy Garraza, Lucas (2001), Contención de costos en medicamentos. La experiencia internacional y el caso chileno, Universidad de Chile, Magister en Gestión y Políticas Públicas, Estudio de caso N° 59.
- López-Linares R. El Tratado de Libre Comercio y el acceso a medicamentos (2004). *Acción internacional para la Salud*. Accedido el 2 de octubre del 2005.
- Madden JM, Meza E, Ewen M, Laing RO, Stephens P, Ross-Degnan D (2010). Measuring medicine prices in Peru: validation of key aspects of WHO/HAI survey methodology. *PAHO Jnl Public Health*. Volume 27(4): 291-299.
- Mestre-Ferrándiz, Jorge. «El mercado de medicamentos genéricos: regulación versus competencia. ¿Qué podemos aprender de la experiencia internacional?» *ReES*, 2007: 32-35.
- OPS/OMS (2002), *Análisis de la situación Perú, Programa Especial de Análisis de Salud*.
- Organización Panamericana de la Salud (2011). *Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América Latina y el Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos*.
- Oscanoa TJ. Acceso y usabilidad de medicamentos: propuesta para una definición operacional. *Rev Peru Med Exp Salud Publica* 29(1):119-26, (2012). importaciones paralelas.

- Puig-Junoy J. Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. *Gac Sanit.* (2010);24(3):193–9.
- Seuba Hernández X. La protección de la salud en el nuevo acuerdo de asociación entre la Comunidad Andina (o algunos de sus miembros) y la comunidad europea a la luz de sus disposiciones en materia de propiedad intelectual y experiencias recientes. Barcelona: Health Action International, Europa/ Acción Internacional para la Salud Latinoamérica y el Caribe; 2009.
- Shaffer ER, Brenner JE. Trade agreement's impact on access to generic drugs. *Health Affairs.* 2009; 28(5): 957- 68.
- Tobar F. Economía de los medicamentos genéricos en América Latina. *Rev Panam Salud Pública.* (2008);23(1):59–67.
- Tobar, F, I Drake, y E Martich. «Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a los medicamentos.» *Panam Salud Pública*, 2012 32(6): 457–63.
- Tobar F, Moretti C. Regulación económica de medicamentos en América Latina. *Isalud.* 2009;4(17):37–44.
- Tobar, Federico (2002), Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. En *BoletínFármacos*, volumen 5.
- Tobar, Federico. «Economía de los medicamentos genéricos en América Latina.» *Revista Paman Salud Pública*, 2008: 23(1):59-67.
- Tobar, Federico. «Estrategias económicas y financiamiento del medicamento.» En *Acceso a Medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado*, de Jorge Bermúdez, María Auxiliadora Oliveira y Angela Esher, 103-138. Río de Janeiro: ENSP, (2004).

Vogler S. The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: implementation of policy options on generics in 29 european countries—an overview. *Generics and Biosimilars Initiative Journal*. (2012);1(2):93–100.

Yadav P. Differential Pricing for Pharmaceuticals. Review of current knowledge, new findings and ideas for action. Zaragoza: MIT-Zaragoza International Logistics Program; (2010).

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS

- <file:///Users/FranciscoMorganti/Downloads/Medicamentos.pdf>
- <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19196es/s19196es.pdf>
- http://www.acodeco.gob.pa/acodeco/uploads/pdf/cabamed/ProvinciaPanamaedicamentosGenericos_Julio2013.pdf
- <http://www.capgen.org.ar/noticia/index/id/5>
- <http://www.capgen.org.ar/noticia/index/id/6>
- http://www.catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/arenas_m_a/capitulo3.pdf
- <http://www.correofarmaceutico.com/2011/07/04/al-dia/profesion/el-gobierno-prepara-mas-medidasde-contencion-para-el-interterritorial> Acceso el 16 de noviembre de 2012.
- <http://www.infobae.com/2014/06/26/1576344-medicamentos-genericos-la-ley-que-nacio-bajar-el-coste-la-salud-y-hoy-casi-no-se-aplica>
- <http://www.infobae.com/2014/08/10/1586620-buscan-modificar-la-ley-genericos-evitar-incluir-marcas-las-recetas medicas>
- http://www.federicotobar.com.ar/nf_pdf2/Regulacion.pdf Acceso el 16 de noviembre de 2012.
- http://www.fsg.com.ar/facebook/ediciones_pdf/una-agenda-para-la-economia-vassallo.pdf
- http://www.fundacionsavia.cl/2008_documentos/2008.07_memoria%202004.pdf
- <http://www.knowledgeatwharton.com.es/article/los-medicamentos-genericos-en-brasil-son-una-pildora-dificil-de-tragar-para-las-grandes-farmaceuticas/>

- <http://www.lanacion.com.ar/428200-las-camaras-farmacéuticas-rechazaron-la-ley-de-genericos>
- <http://www.marval.com.ar/publicacion/?id=4879>
- http://www.prochile.cl/poex/poex_farmaceuticos_2006.pdf
- <http://www.protectora.org.ar/legislacion/ley-25649-ley-de-prescripcion-de-medicamentos-por-su-nombre-generico/268/>
- <http://www.samf.com.ar/node/26>
- http://www.who.int/dg/speeches/2011/medicines_access_20110218/es/
- www.forosalud.org.pe
- www.minsa.gob.pe
- www.oxfam.org
- www.perufrentealtlc.com

IX. ANEXOS

Anexo 1

MODELO DE ENTREVISTA E INSTRUCCIONES

Guía a los encuestadores para indagar el precio de los medicamentos genéricos en Lima Metropolitana

Objetivo:

Recolectar información acerca del precio de venta al público de quince (15) medicamentos genéricos por unidad de medida.

Establecimientos a entrevistar:

Boticas y farmacias del sector privado.

Metodología:

Uso de la técnica de cliente incognito en las boticas y farmacias previamente seleccionadas para la recolección de información .

Observaciones:

- Como tabletas considerar también a las cápsulas, grageas y comprimidos.
- Como suspensión considerar también a las suspensiones extemporáneas.
- Para las suspensiones y soluciones, especificar el volumen en el caso no hubiera el solicitado.
- La cantidad ofrecida por el establecimiento debe de registrarse por cantidad de pastilla (ejemplo, blíster en presentación de 10, 12 o 14 pastillas o tabletas).

Detalle de la entrevista

El entrevistador se acercará a cada establecimiento seleccionado en la muestra para consultar por tres medicamentos genéricos (llevará la receta médica).

La intención de la entrevista es conocer los precios de los medicamentos genéricos. Para ello el entrevistador deberá preguntar asertivamente por el precio de los medicamentos de la receta, en caso el boticario presente un medicamento no genérico, el entrevistador debe incidir por el medicamento de la receta.

Las preguntas y respuesta serán grabadas (sólo audio) con el celular del entrevistado para realizar un control de calidad de las entrevistas en un menor tiempo.

ANEXO 2

ENCUESTA SOBRE MEDICAMENTOS GENÉRICOS

Esta encuesta tiene como finalidad hacer un diagnóstico de la situación del uso de medicamentos en el país a efectos de mejorar el acceso de los usuarios. La información es anónima y se le pide que conteste con la mayor veracidad

Marque con una (X) la opción que Ud. considera correcta y precise la respuesta en las preguntas sin opción.

1. Considera Ud. que los precios de los medicamentos genéricos en el Perú son:
a) Elevados b) Bajos c) Refleja su costo real d) No sabe
 2. ¿Cómo cree Ud. que se determina el precio de los medicamentos genéricos en el Perú?
a) Según Digemid b) Oferta y demanda c) Con sobrecostos d) Por lucro
 3. ¿Los altos precios de los medicamentos genéricos en el Perú fijados para su venta benefician al:
a) Fabricante b) Consumidor c) Estado
 4. ¿Porque cree Ud. que los medicamentos genéricos en el Perú tienen un precio elevado?
a) Por lucro de las cadenas de farmacias b) Por costos de publicidad
c) Por lucro de los fabricantes d) Por falta de control de Digemid.
 5. ¿Qué tipo de criterios utilizan los fabricantes y los importadores para fijar los precios de los medicamentos genéricos en el Perú?
a) Criterios arbitrarios b) Criterios de costo c) Criterios de lucro d) Criterios de publicidad.
 6. ¿Cree Ud. que al fijarse el precio de los medicamentos genéricos en el Perú, además de la estructura de costos reales del producto, se agrega una sobre ganancia?
a) Si b) No
 7. ¿Considera Ud. que el precio de los medicamentos genéricos que se venden en el Perú tienen un precio justo y razonable?
a) Si b) No
 8. ¿Porque cree Ud. que los medicamentos de marca que se venden en el Perú tienen precios altos?
-
9. ¿Cuál es el factor determinante en la fijación de los precios de los medicamentos genéricos en el Perú?
a) Costo del insumo b) Sobre ganancia del fabricante o importador
c) Oferta y Demanda del mercado
 10. ¿El alto precio de los medicamentos genéricos permite el acceso a la salud de los pacientes?
a) Si b) No c) No opino
 11. ¿Las adquisiciones de medicamentos genéricos mediante licitaciones permiten el acceso a la salud de los pacientes?
a) Si b) No c) Parcialmente
 12. Considera Ud. que el Acuerdo Transpacífico de Cooperación Económica (TPP) contribuye a que los precios de los medicamentos genéricos:
a) Bajen sus costos b) Encarezcan sus costos c) No varíen los costos
 13. El acceso a la salud se mejoraría con:
a) Aseguramientos universales
b) Seguro Social (ESSALUD) para todos
c) Unificación de los servicios de salud de Minsa (SIS), ESSALUD y Fuerzas Armadas.

¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡ ¡MUCHAS GRACIAS ¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡¡