

DOCUMENTO DE DISCUSIÓN

DD/07/10

Análisis económico de las compras públicas de medicamentos

Janice Seinfeld y Karlos La Serna



DOCUMENTO DE DISCUSIÓN

DD/07/10

© 2007 Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

DD/07/10

Documento de Discusión

Análisis económico de las compras públicas de medicamentos*

Elaborado por Janice Seinfeld y Karlos La Serna

Marzo 2007

Resumen

El componente más importante del gasto en salud de los hogares es la adquisición de medicinas. En el Perú, donde el bajo poder adquisitivo de los consumidores afecta la demanda de medicamentos, la provisión del sector público se constituye en un eje fundamental del sistema de salud. Las compras de las entidades del Sector Público están reguladas por la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado. En este documento, se realiza el seguimiento de los precios de las licitaciones del Minsa y EsSalud desde el año 2002. En el caso de EsSalud, los precios de los medicamentos comprados cayeron, en promedio real, en 17.7%, entre los años 2002 y 2003, y en 16.9%, entre los años 2003 y 2005. Ello generó un ahorro de S/. 36,932,153.58 entre los años 2002 y 2003 y de S/. 41,999,021.53 entre los años 2003 y 2005. De las 80 clases terapéuticas identificadas en las compras de EsSalud, solo 9 aumentaron de precio. Entre los factores que explican este aumento de precios, se encuentra el trato preferencial a los productores nacionales, a través de una bonificación de 20% sobre la sumatoria de la propuesta técnica y económica, la cual determinó que durante el año 2002 ganen la licitación productos nacionales de mayor precio y habría desanimado a laboratorios extranjeros de presentar propuestas en años posteriores. En el Minsa, se observa que los precios de los medicamentos comprados cayeron, en promedio real, en 12.0%, entre los años 2002 y 2003, y 0.34%, entre los años 2004 y 2005. Además de los potenciales efectos del trato preferencial a los productores nacionales, la poca caída en los precios del Minsa es el resultado del aumento de los precios referenciales en las bases de las licitaciones y de problemas administrativos al interior del Minsa que habrían generado sobrecostos financieros a sus proveedores con la consiguiente reducción de la oferta.

Key words: Medicamentos, compras públicas, sector farmacéutico, licitaciones.

E-mail de los autores: seinfeld_jn@up.edu.pe, laserna_k@up.edu.pe

* Las opiniones expresadas en los Documentos de Discusión son de exclusiva responsabilidad de los autores y no expresan necesariamente aquellas del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Los Documentos de Discusión difunden los resultados preliminares de las investigaciones de los autores con el propósito de recoger comentarios y generar debate en la comunidad académica.



UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
CENTRO DE INVESTIGACIÓN

Índice de Contenido

Resumen.....	2
1. El Sector Farmacéutico en el Perú.....	5
1.1 Los medicamentos.....	5
1.2 Características de la oferta	7
1.3 Características de la demanda	7
2. El marco legal de las compras públicas de medicamentos.....	9
3. Las compras de medicamentos de las Entidades del Sector Público.....	14
4. Seguimiento de los precios de los medicamentos comprados por el Sector Público...	16
4.1 Generalidades.....	16
4.2 Metodología.....	16
4.3 Fuentes de información.....	19
4.4 Resultados	19
4.4.1 EsSalud.....	19
4.4.2 Minsa.....	26
4.4.3 INEN.....	32
5. Factores que afectan el proceso, los precios y la calidad de los medicamentos adquiridos por las Entidades Públicas	37
5.1 Los retrasos en los procesos de licitación y el desabastecimiento.....	37
5.2 Adquisición mediante procesos de selección que no facilitan la competencia en precios	38
5.3 El trato preferencial a los productores nacionales y otros frenos a la competencia en precios.....	38
5.4 Fallas del mercado farmacéutico y desregulación	44
Conclusiones.....	50
Bibliografía.....	52
Anexo I.....	55

Resumen

Se estima que el 60.35%¹ del gasto trimestral en salud de los hogares se destina a la adquisición de medicinas. En un contexto como el peruano, donde el bajo poder adquisitivo de los consumidores afecta la demanda de medicamentos, la provisión del sector público se constituye en un eje fundamental del sistema de salud.

Las compras de medicamentos que realizan las diversas entidades del Sector Público están reguladas por la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado aprobada en noviembre del año 2004. El artículo N° 14 de dicha Ley prevé cuatro tipos de procesos de selección para la adquisición de bienes y suministros, los cuales, según los márgenes que establece la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público del Año Fiscal 2006, son: (1) Licitación Pública, si el valor referencial es igual o superior a S/. 450,000.00; (2) Adjudicación Directa Pública, si el valor referencial es inferior a S/. 450,000.00; (3) Adjudicación Directa Selectiva, si el valor referencial es menor o igual a S/. 225,000.00 y (4) Adjudicación de Menor Cuantía, si el costo es menor a S/. 45,000.00.

Las compras de medicamentos del Sector Público están constituidas principalmente por las adquisiciones que realizan el Minsa y la Seguridad Social (EsSalud), que concentran aproximadamente el 90% del “mercado público”. Para desarrollar sus compras, cada entidad cuenta con un petitorio. Las compras del Minsa están constituidas por las adquisiciones de todos los hospitales nacionales, las direcciones (regionales y subregionales) de salud y los institutos especializados que forman parte de su pliego. Del año 2003 a la fecha, el Minsa ha realizado tres compras nacionales, mediante Licitación Pública, para abastecer a 130 unidades ejecutoras a nivel nacional. Por su parte, EsSalud organiza sus adquisiciones centralizando grandes compras nacionales en Lima, para atender las diversas necesidades de sus centros asistenciales a nivel nacional; mientras que a sus gerencias departamentales se les asigna un presupuesto para las compras de lo que podría haber faltado en las compras nacionales. Las tres últimas licitaciones centralizadas de EsSalud se convocaron los años 2002, 2003 y 2005.

En el presente documento, se realiza el seguimiento de los precios de las licitaciones del Minsa y EsSalud. Puntualmente, el análisis se concentra en las adquisiciones más importantes, compras nacionales, que realizan estas entidades desde el año 2002. La metodología usada consiste en analizar la evolución de los precios de una canasta base de medicamentos comprados por cada entidad. Dicha canasta corresponde a la lista de productos requeridos a través de las bases de las licitaciones durante el periodo inicial y que han vuelto a demandarse durante los periodos posteriores. Para una mayor precisión en el análisis, se ha liberado a la tendencia de los precios de los efectos o distorsiones que genera la inflación sobre los valores nominales.

En el caso de EsSalud, se ha determinado que los precios de los medicamentos comprados cayeron, en promedio nominal, en 15.6%, entre los años 2002 y 2003, y en 12.73%, entre los años 2003 y 2005. Al deflactar, por la inflación de aquellos periodos, se observa que en términos reales los precios cayeron en promedio 17.65%, entre los años 2002 y 2003, y en 16.93%, entre los años 2003 y 2005. Ello genera una caída acumulada de los precios, entre los años 2002 y 2005, de 26.34%, en términos nominales, y de 31.59%, en términos reales.

La reducción en los precios ha permitido generar un ahorro nominal de S/. 36,932,153.58 en las licitaciones de EsSalud realizadas entre los años 2002 y 2003, lo cual equivale al 22.39% del total comprado durante el año 2003. Entre los años 2003 y 2005, la reducción en los precios ha generado un ahorro nominal de S/. 41,999,021.53; es decir, se ha ahorrado un monto equivalente al 16.18% del total comprado durante el año 2005.

Entre las 80 clases terapéuticas identificadas en las compras de EsSalud durante los tres periodos

¹ Encuesta Nacional de Hogares, 2005.

analizados, solo 9 aumentaron de precio entre los años 2002 y 2005. Estas clases terapéuticas generaron un gasto que representa el 5.88% del monto total adquirido durante el año 2002. Entre los factores que explican este aumento de precios, se encuentra el trato preferencial a los productores nacionales, a través de una bonificación de 20% sobre la sumatoria de la propuesta técnica y económica, la cual determinó que durante el año 2002 ganen la licitación productos nacionales de mayor precio y habría desanimado a los laboratorios extranjeros de presentar propuestas en años posteriores. Este fenómeno reduce la oferta, la cual además se concentra en productores nacionales y, ante la menor competencia, determina mayores los precios.

Asimismo, se observa que la caída promedio de los precios de los medicamentos oncológicos comprados por EsSalud fue de 31.16%, en términos nominales, y de 36.07%, en términos reales. Entre los años 2002 y 2003, los valores reales cayeron 24.21%, mientras que entre los años 2003 y 2005 cayeron en 15.64%. Ello significa, que los oncológicos han mantenido la misma tendencia que las compras totales, cuyos precios promedio en dichos períodos cayeron en 17.65% y 16.93%, respectivamente.

En el Minsa, se observa que los precios de los medicamentos comprados cayeron, en promedio nominal, en 8.94%, entre los años 2002 y 2003, pero subieron 1.15%, entre los años 2004 y 2005. Al deflactar por la inflación de aquellos períodos, se observa que en términos reales los precios cayeron en promedio 12.02%, entre los años 2003 y 2004, y 0.34%, entre los años 2004 y 2005. Ello genera una caída acumulada de los precios, entre los años 2003 y 2005, de 7.89%, en términos nominales, y de 12.32%, en términos reales.

El aumento de precios observado en el Minsa no se habría concentrado en determinadas clases terapéuticas. Además de los potenciales efectos del trato preferencial a los productores nacionales, el incremento de los precios es el resultado del aumento de los precios referenciales en las bases de las licitaciones, pues los precios de los medicamentos ya habrían tocado piso durante el año 2004, y de problemas administrativos al interior del Minsa que habrían generado sobrecostos financieros a sus proveedores con la consiguiente reducción de la oferta.

En las compras del INEN, se han observado importantes disminuciones en los precios promedio. En el caso de las adquisiciones bajo la modalidad de Adjudicación de Menor Cuantía, entre el año 2003 y 2005, los precios caen en 20.37% en términos nominales y en 24.20% en términos reales. Cuando se analizan las compras mediante Licitación Pública, se aprecia que los precios caen en 6.93% en términos nominales y en 11.41% en términos reales. Sin embargo el hecho de que no todos los medicamentos sean adquiridos mediante Licitación Pública genera mayores gastos a dicha institución. Ello se debe a los retrasos en los procesos de licitación, que generan desabastecimiento y presionan a adquirir mediante Adjudicación de Menor Cuantía, situación en la cual la demanda puede ser orientada hacia marcas que, en la experiencia de los médicos, garantizan el efecto terapéutico, pero generan mayores costos a la institución. Es necesario considerar que la Ley General de Salud limita severamente la función reguladora de la Digemid, afectando la calidad de los productos farmacéuticos comercializados, lo cual determina distorsiones del mercado tales como la orientación de la demanda.

La falta de sistemas adecuados para controlar la calidad de los medicamentos, así como los retrasos en los procesos de licitación afectan no solo al INEN sino al resto de compradores importantes del Sector Público, los cuales son perjudicados por un marco legal que crea incentivos a demorar los procesos, para generar así desabastecimiento y obliga a acudir a modalidades de adquisición que no garantizan competencia ni menores precios.

Otro factor que ha frenado la caída de los precios de la compras del Sector Público es el trato preferencial a los productores nacionales, que otorga una bonificación de 20% a los productores nacionales al momento de desarrollarse la evaluación de las propuestas para los procesos de compra. Este privilegio causa que el Estado pague más y deba seleccionar entre un número más reducido de opciones. En ese sentido, al analizar las licitaciones de EsSalud, se ha calculado que la pérdida que genera la bonificación se ha incrementado de 2 a 18 millones de soles entre los años

2002 y 2005. Durante el año 2002, esta pérdida representó el 0.71% del monto total convocado en la licitación; mientras que para el año 2005 ha pasado a representar el 3.65%. En el caso de las licitaciones del Minsa, se ha estimado que, en el año 2003, se pagó S/. 80 mil adicionales como consecuencia del trato preferencial, mientras que para el año 2005 se pagó S/. 1,7 millones adicionales. La pérdida representaba 0.1% del monto total convocado en las bases en el año 2003; mientras que en el año 2005 equivalía al 1.6%. El incremento de la bonificación que reciben los productores nacionales y la tendencia creciente en el gasto adicional que le genera esta práctica al Estado brindan señales de que se estaría consolidando un sector que es privilegiado por las prácticas discriminatorias hacia la competencia extranjera.

Finalmente, otro factor que limita la competencia en precios está en las bases de las licitaciones, las cuales determinan que las propuestas económicas que ofrecen las empresas competidoras deban fijarse dentro de un rango que está entre el 70% y el 110% del valor referencial que se establece para cada medicamento demandado. Ello impide una mayor competencia en precios. Sin embargo, es necesario tener presente que, en el caso puntual del sector farmacéutico, es fundamental garantizar la calidad de los productos antes de promover la competencia en precios.

1 El Sector Farmacéutico en el Perú

1.1 Los medicamentos

Los medicamentos son los productos farmacéuticos (productos medicamentosos) empleados para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administran. El término “medicamento” también es usado para referirse a un fármaco o principio activo que debe formularse para su adecuada administración (OPS/OMS, 1999).

El principio activo es una sustancia química que tiene la capacidad de producir efectos terapéuticos benéficos cuando se utiliza de acuerdo con lo recomendado. El principio activo es uno de los compuestos químicos que constituyen un medicamento y a su efecto se atribuyen propiedades medicinales².

La Denominación Común Internacional (DCI) es el nombre recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para cada principio activo. La finalidad de la DCI es identificar cada fármaco en el ámbito internacional. Una misma DCI se puede ofrecer en dos categorías:

1. Medicamento innovador: Es el producto fabricado por la empresa que descubrió y patentó el principio activo. Normalmente, este medicamento se vende con una marca comercial, por lo cual se le suele denominar “marca innovadora”. Un medicamento se mantiene en la categoría de innovador a pesar del vencimiento de su patente.
2. Medicamento genérico: Son las copias que aparecen luego que vence la patente del medicamento innovador. Dichos medicamentos pueden ser vendidos bajo dos subcategorías:
 - i) Genérico de marca. Es la copia del producto innovador que se identifica con una marca comercial. En algunos países, estos productos son conocidos como

² Los medicamentos también están compuestos por excipientes o sustancias que se utilizan para darle consistencia, sabor y, en general, para facilitar su ingestión.

“medicamentos similares”.

- ii) Genérico DCI. Es el medicamento identificado con la DCI del producto innovador. Normalmente, los genéricos DCI se comercializan a menores precios que el resto de presentaciones del mismo principio activo, pues no incluyen los gastos en investigación y desarrollo efectuados para el hallazgo del medicamento innovador, ni los gastos en los que suelen incurrir los laboratorios y distribuidores que comercializan medicamentos de marca³ (innovadores y genéricos de marca).

Por su parte, las farmacopeas son documentos que listan todos los medicamentos aceptados por la autoridad sanitaria de un país. En ella, se especifican cada una de las pruebas de control de calidad que son obligatorias, así como el rango de resultados válidos para cada una de ellas (OPS/OMS, 1999). En el Perú, está permitido inscribir en el Registro Sanitario de Medicamentos los productos farmacéuticos señalados en las siguientes obras⁴:

- USP (Farmacopea de los Estados Unidos)
- Farmacopea Británica
- Farmacopea Internacional de la Organización Mundial de la Salud
- Formulario Nacional Británico
- Farmacopea Alemana
- Farmacopea Belga
- Farmacopea Europea
- USP-DI (Formulario Nacional de los Estados Unidos)
- Farmacopea Helvética
- Farmacopea Japonesa

Sin embargo, pueden inscribirse los productos cuya formulación aún no se encuentre en las obras señaladas anteriormente, pero que hayan sido autorizados por las autoridades competentes del país de origen o por un comité de expertos luego de un análisis prolongado.

Todo sistema sanitario también considera la existencia de un conjunto de medicamentos esenciales; es decir, de aquellos que satisfacen las necesidades de salud de la mayoría de la

³ Fuerzas de venta, visitadores médicos, publicidad, entre otros.

⁴ Artículo N° 50 de la Ley General de Salud. Ley N° 26842 del 20 de Julio de 1997.

población y que siempre deben hallarse disponibles y en cantidad suficiente. La OMS ha diseñado y actualiza periódicamente una lista de medicamentos esenciales (Model Lists Essential Drugs) que se elabora según los países y se adapta a las diferentes necesidades sanitarias de cada país (OPS/OMS, 1999).

1.2 Características de la oferta

En el Perú, durante el año 2005, cuatro agentes generaron más del 98% de las ventas (en valores) de medicamentos que llegaron a los consumidores: farmacias independientes (29.91%), cadenas de boticas y farmacias (34.24%), hospitales (19.89%), clínicas (14.63%)⁵. Por su parte, los laboratorios (que producen o importan medicamentos) utilizan a las droguerías para distribuir sus productos, las cuales, del total vendido por los laboratorios, absorben el 69.20%, en valores, y el 54.74%, en unidades⁶.

Por el lado del Sector Público, los medicamentos son ofertados al público a través de las farmacias de la Seguridad Social (Essalud), de los establecimientos del Minsa (hospitales, centros de salud y puestos de salud) y de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

Se calcula que, durante el año 2004, de los 136 millones de unidades de productos farmacéuticos comercializadas en el mercado peruano, 54 millones fueron distribuidos a través de instituciones públicas⁷. Ello refleja la importancia del Estado como demandante en el mercado farmacéutico y el impacto de las compras públicas de medicamentos sobre la competencia en el mismo.

1.3 Características de la demanda

La demanda de productos farmacéuticos en el mercado peruano proviene de dos sectores: la demanda privada y la demanda pública. El mercado privado está conformado principalmente por la cadena de comercialización que lleva los medicamentos a los

⁵ Datos obtenidos del Internacional Market Service (IMS).

⁶ En los últimos años, se observa una reducción de la participación de las ventas indirectas debido a una mayor concentración del mercado privado en las cadenas de boticas y farmacias.

⁷ Datos obtenidos del Internacional Market Service (IMS).

consumidores finales a través de las farmacias, las boticas y las cadenas.

Un concepto clave para analizar la demanda de un medicamento es el de las clases terapéuticas. Estas últimas agrupan a medicamentos que poseen cierto grado de sustitución entre sí, por lo cual permiten definir, aunque de manera imperfecta, los mercados en el sector farmacéutico⁸. Tal como lo señala Indecopi (2002), un medicamento utilizado para el tratamiento de la hipertensión arterial es un pobre sustituto de un antigripal, por lo cual compiten en mercados distintos. De este modo, el mercado farmacéutico se encuentra segmentado dependiendo del tratamiento terapéutico al que se orienten los productos.

El bajo poder adquisitivo de los consumidores peruanos afecta la demanda de medicamentos, en especial si se considera que, según la Enaho 2005, alrededor del 60.35% del gasto trimestral en salud de los hogares se destina a la adquisición de medicinas. Es necesario considerar que la OPS/OMS señala, con datos del año 2000 referidos al sistema de aseguramiento público, que el 39% de los gastos en salud son financiados por los hogares, mientras que los empleadores y el Estado financian el 35% y 22%, respectivamente (OPS, 2003). Evidentemente, ello se manifiesta en una significativa inequidad, pues los hogares con más recursos son los que acceden a los bienes y servicios de salud.

⁸ Cada clase terapéutica corresponde a un área del cuerpo humano. El Internacional Market Service (IMS) usa una clasificación de 4 niveles. El primer nivel es más general y agrupa de 16 clases terapéuticas; mientras que el cuarto nivel es más particular e incluye 585 subclases terapéuticas. Dentro de cada clase terapéutica se observa la competencia de productos con distintos niveles de sustitución: alto grado (cuando se trata del mismo principio activo) o de menor grado (cuando se trata de distintos principios activos).

2. El marco legal de las compras públicas de medicamentos

Las compras de medicamentos que realizan las diversas entidades del Sector Público están reguladas por la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado aprobada en noviembre del año 2004. Los antecedentes de esta norma se encuentran en la Ley N° 26850, publicada el 3 de agosto de 1997. Esta Ley fue aprobada con el propósito de establecer un marco normativo nacional para los procedimientos a seguir por las Entidades del Sector Público en materia de contrataciones y adquisiciones.

Posteriormente y mediante el Decreto Supremo N° 012-2001-PCM, del 12 de febrero del año 2001, se aprobó el Texto Único Ordenado de la Ley 26850, a efectos de consolidar en una sola norma todas las modificaciones que sobre la materia se habían emitido. En la misma fecha y por medio del Decreto Supremo N° 013-2001-PCM, se aprobó el Reglamento de la referida Ley. Tres años después, específicamente, el 3 de julio del año 2004, se publicó la Ley N° 28267, mediante la cual se modificó parte de la Ley N° 26850.

Finalmente, el 29 de noviembre de 2004, se publicó el Decreto Supremo N° 083-2004-PCM, que aprobó el Texto Único Ordenado (TUO) de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, así como el Decreto Supremo 084-2004-PCM, que aprobó el reglamento de la Ley. El Decreto Supremo N° 063-2006-EF, publicado el 18 de mayo de 2006, modificó dicho reglamento⁹.

De acuerdo con el marco normativo vigente, la “contratación” es el acuerdo para regular, modificar o extinguir una relación jurídica dentro de los alcances de la Ley y el Reglamento de Contrataciones y Adquisiciones del Estado. Por su parte, la “adquisición” es la acción orientada a obtener la propiedad de un bien. Los bienes son objetos o cosas que requiere una Entidad para el desarrollo de sus actividades y cumplimiento de sus fines. Los medicamentos y los insumos médicos corresponden a este concepto.

La Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado regula los procesos de selección; es decir, los procedimientos desarrollados para elegir a la persona natural o jurídica con la cual las Entidades del Estado van a celebrar un contrato para la adquisición de bienes, contratar

⁹ Una de las modificaciones que se introdujeron fue establecer que la regulación del Sistema de Contrataciones y Adquisiciones del Estado dependería exclusivamente del Ministerio de Economía y Finanzas (en reemplazo de la Presidencia del Consejo de Ministros) y del Consejo Superior de Contrataciones y Adquisiciones del Estado (Consucode).

servicios o ejecutar una obra necesaria para el cumplimiento de sus funciones. Según el artículo N° 2 de la mencionada Ley, estos procedimientos se aplican a las siguientes entidades:

- a) El Gobierno Nacional, sus dependencias y reparticiones, así como sus instituciones y organismos públicos descentralizados;
- b) Los Gobiernos Regionales, sus dependencias y reparticiones;
- c) Los Gobiernos Locales, sus dependencias y reparticiones;
- d) Los Organismos Constitucionales Autónomos;
- e) Las Universidades Públicas;
- f) Las Sociedades de Beneficencia y las Juntas de Participación Social;
- g) Los Institutos Armados y la Policía Nacional del Perú;
- h) Los Fondos de Salud, de Vivienda, de Bienestar y demás de naturaleza análoga de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional del Perú;
- i) Las empresas del Estado de derecho público o privado, ya sean de propiedad del Gobierno Nacional, Regional o Local; las empresas mixtas en las cuales el control de las decisiones de los órganos de gestión esté en manos del Estado;
- j) Los proyectos, programas, órganos desconcentrados y demás unidades orgánicas, funcionales, ejecutoras y/u operativas de los Poderes del Estado y los organismos públicos descentralizados; y,
- k) Todas las dependencias como organismos públicos descentralizados, unidades orgánicas, proyectos, programas, empresas, fondos pertenecientes o adscritos a los niveles de gobierno central, regional o local, así como los organismos a los que alude la Constitución Política y demás que son creados y reconocidos por el ordenamiento jurídico nacional.

Las compras del Sector Público correspondientes a las dependencias del Gobierno Nacional (en el caso del sector salud, serían el Minsa, EsSalud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, etc.), se efectúan de manera descentralizada, ya que cada entidad realiza sus procesos de compras institucionales dentro del marco legal y el presupuesto institucional asignado para cada ejercicio anual.

La legislación ha previsto la conformación de Comités Especiales para llevar a cabo la organización, conducción y ejecución de la integridad del proceso de selección hasta antes de la suscripción del contrato. Las oficinas de abastecimiento o logística son las encargadas

de facilitar la información básica (valor referencial, términos de referencia, expediente técnico, entre otros) a los Comités Especiales. Esta información se elabora de acuerdo con los requerimientos del área usuaria.

El artículo N° 14 de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado prevé cuatro tipos de procesos de selección para realizar las compras públicas:

- (1) La Licitación Pública, mediante la cual se convoca para la adquisición de bienes¹⁰ y suministros¹¹ así como para la contratación de obras¹², dentro de los márgenes que establece la Ley Anual de Presupuesto.
- (2) El Concurso Público, por medio del cual se convoca para la contratación de servicios de toda naturaleza, incluyendo consultorías y arrendamientos, dentro de los márgenes que establece la Ley Anual de Presupuesto.
- (3) La Adjudicación Directa se aplica para la adquisición de bienes, contratación de servicios y ejecución de obras, que realice la Entidad Pública, dentro de los márgenes que establece la Ley Anual de Presupuesto. Existen dos modalidades para la Adjudicación Directa:
 - a) Adjudicación Directa Pública. Se convoca cuando el monto de la adquisición o contratación es mayor al 50% del límite máximo establecido para la Adjudicación Directa en la Ley Anual de Presupuesto.
 - b) Adjudicación Directa Selectiva. Se convoca cuando el monto de la adquisición o contratación es igual o menor al 50% del límite máximo establecido para la Adjudicación Directa por las normas presupuestarias.
- (4) Adjudicación de Menor Cuantía, se convoca para:
 - a) La adquisición o contratación de bienes, servicios y obras, cuyos montos sean inferiores a la décima parte del límite mínimo establecido por las normas

¹⁰ La adquisición de bienes es entendida como el contrato de compraventa destinado a transferir la propiedad de uno o más bienes a favor de la Entidad Pública.

¹¹ El suministro es el contrato por el cual la Entidad adquiere en propiedad bienes a tracto sucesivo; es decir, mediante entregas periódicas, sucesivas o continuadas.

¹² El contrato de obra es aquél por el cual el contratista se obliga a ejecutar una obra determinada.

presupuestarias para las licitaciones públicas o concursos públicos, según corresponda;

- b) Los procesos declarados desiertos; y
- c) La contratación de expertos independientes para que integren los Comités Especiales.

En la ley, no existen otros procesos adicionales a los anteriormente mencionados. Sin embargo, el artículo 19° de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, establece la figura de la exoneración de los procesos de Licitación Pública, Concurso Público, Adjudicación Directa o Adjudicación de Menor Cuantía, según sea el caso, para las adquisiciones y contrataciones que se realicen de acuerdo al siguiente detalle:

- a) Entre Entidades del Sector Público;
- b) Para contratar servicios públicos sujetos a tarifas cuando éstas sean únicas;
- c) En situación de emergencia o de desabastecimiento inminente declaradas de conformidad con la presente Ley;
- d) Con carácter de secreto, secreto militar o de orden interno por parte de las Fuerzas Armadas, Policía Nacional y Organismos conformantes del Sistema de Inteligencia Nacional, que deban mantenerse en reserva conforme a Ley, previa opinión favorable de la Contraloría General de la República¹³. En ningún caso, se refieren a bienes, servicios u obras de carácter administrativo u operativo;
- e) Cuando los bienes o servicios no admiten sustitutos y exista proveedor único; y,
- f) Para los servicios personalísimos, de acuerdo a lo que establecido por el Reglamento.

Los márgenes que establece la Ley Anual de Presupuesto del Sector Público para la adquisición de bienes y suministros para el Año Fiscal 2006, Ley N° 28652, se detallan a continuación:

- Licitación Pública, si el valor referencial es igual o superior a S/. 450,000.00.
- Adjudicación Directa Pública, si el valor referencial es inferior a S/. 450,000.00.
- Adjudicación Directa Selectiva, si el valor referencial es menor o igual a S/. 225,000.00.

¹³ Los bienes, servicios y obras con carácter de secreto, secreto militar o de orden interno serán definidos a través de decreto supremo con el voto aprobatorio del Consejo de Ministros.

- Adjudicación de Menor Cuantía, si el costo es menor a S/. 45,000.00.

Según el artículo 69 del Reglamento de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado el proceso de evaluación de propuestas que desarrolla el Comité Especial debe dividirse en dos etapas:

- La primera etapa es la evaluación técnica, cuya finalidad es calificar la calidad de la propuesta.
- La segunda etapa es la evaluación económica, cuyo objeto es calificar el monto de la propuesta.

Las propuestas técnicas y económicas se evalúan asignándoles puntajes de acuerdo a los factores y criterios de evaluación y calificación que se establecen en las Bases del proceso. Solo pueden pasar a la segunda etapa las propuestas que, en la evaluación técnica, alcancen el puntaje mínimo fijado en las Bases.

Según el reglamento de la Ley, tanto la evaluación técnica como la evaluación económica se califican sobre 100 puntos¹⁴. El puntaje total de la propuesta se obtiene del promedio ponderado de ambas evaluaciones¹⁵.

Por otro lado, el Reglamento de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado considera mecanismos para promover las compras corporativas. Esta modalidad de contratación implica que, mediante convenios interinstitucionales o por mandato normativo, las Entidades del Estado adquieren bienes y contratan servicios generales en forma conjunta o agregada, a través de un proceso de selección único, para aprovechar los beneficios de la economía de escala.

¹⁴ En la evaluación económica, se asigna el puntaje máximo establecido a la propuesta económica de menor monto; mientras que al resto de propuestas se les debe asignar el puntaje inversamente proporcional.

¹⁵ Cabe mencionar que, en el caso de las adquisiciones de medicamentos, los coeficientes de ponderación, tanto para la evaluación técnica como para la económica, suelen ser de 0.5.

3. Las compras de medicamentos de las Entidades del Sector Público

Las compras de medicamentos del Sector Público están constituidas principalmente por las adquisiciones que realizan el Minsa y la Seguridad Social (EsSalud), que concentran aproximadamente el 90% del “mercado público”. El resto lo constituye, principalmente, la demanda de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, a través de áreas especializadas como Disamar (Dirección de Salud de la Marina de Guerra del Perú), Fospeme (Fondo de Salud para el Personal Militar del Ejército) y Fospoli (Fondo de Salud para el Personal de la Policía Nacional).

En Agosto de 1998, se aprobó el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales¹⁶ para las adquisiciones del Minsa. Dicho petitorio es un listado de los fármacos considerados fundamentales para cubrir la mayoría de las necesidades de atención médica de la población y, sobre la base del mismo, las Direcciones de Salud, los hospitales, los institutos especializados y las estrategias sanitarias deben realizar sus adquisiciones¹⁷. En el año 2005, se aprobó la actualización del Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales¹⁸ del Minsa¹⁹. EsSalud posee su propia lista que corresponde en un 75% a la del Minsa y es de uso obligatorio tanto para las adquisiciones como para las prescripciones médicas (OPS, 2001).

En cuanto a los tipos de procesos de selección usados por las Entidades Públicas del Sector Salud, las licitaciones concentran la mayor parte del presupuesto asignado para dichas compras. En las bases de los procesos de selección, todos los productos farmacéuticos son solicitados por el nombre de su principio activo o DCI. Asimismo, en este tipo de procesos no es necesario realizar gastos de promoción. En consecuencia, las empresas postoras no tienen los mismos incentivos para diferenciar sus productos con una marca, tal como lo hacen en el mercado privado, lo cual determina que parte importante de los productos que ofrece el sector público sean medicamentos genéricos DCI.

Las compras del Minsa están constituidas por las adquisiciones de medicinas de todos los hospitales nacionales, las direcciones (regionales y subregionales) de salud y los institutos

¹⁶ Mediante Resolución Ministerial N° 308-98-SA/DM.

¹⁷ www.boletinfarmacos.org

¹⁸ Mediante la Resolución Ministerial N° 414-2005/MINSA.

¹⁹ El cual incluye 365 principios activos en 577 presentaciones farmacéuticas, agrupados en 27 grupos farmacoterapéuticos.

especializados que forman parte del pliego de este ministerio. Las adquisiciones dependen del Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico Quirúrgicos (Sismed), creado el 9 de julio de 2001²⁰, una de cuyas competencias es la ejecución de compras nacionales de medicamentos esenciales para abastecer a los organismos mencionados.

Cabe mencionar que, históricamente, las compras de los distintos organismos que conforman el Minsa habían sido realizadas de manera individualizada y de acuerdo a sus necesidades particulares. Sin embargo, durante el año 2001, se establecieron los lineamientos para la adquisición centralizada de medicamentos²¹ con el fin de obtener mejores descuentos por mayores volúmenes de compra.

Del año 2003 a la fecha, el Minsa ha realizado tres compras nacionales que consolidan la necesidad anual de un conjunto de productos prioritarios y de alta rotación para 130 unidades ejecutoras a nivel nacional, lo que cubre el total de las regiones y aproximadamente el 80% de la morbilidad nacional (Minsa, 2006).

Por su parte, Essalud organiza sus adquisiciones centralizando grandes compras nacionales en Lima, para atender las diversas necesidades de sus centros asistenciales a nivel nacional; mientras que a sus gerencias departamentales se les asigna un presupuesto para las compras de lo que podría haber faltado en las grandes compras nacionales. Las adjudicaciones directas de EsSalud se realizan por montos menores y para atender necesidades específicas.

²⁰ El Sismed es el conjunto de procesos técnicos y administrativos, estandarizados y articulados bajo los cuales se desarrolla la selección, programación, adquisición, almacenamiento, distribución y utilización de los medicamentos e insumos médico quirúrgicos; así como, el monitoreo, control, supervisión, evaluación y manejo de información en las dependencias y establecimientos del Minsa.

²¹ Resolución Ministerial N° 336-2001-SA/DM publicada el 20 de junio de 2001.

4. Seguimiento de los precios de los medicamentos comprados por el Sector Público

4.1 Generalidades

Tal como se ha explicado previamente, las adquisiciones más importantes de medicamentos para las Entidades Públicas se desarrollan a través de compras nacionales que exigen la realización de Licitaciones Públicas. En términos generales, cuando se obliga a licitar las adquisiciones, se introduce competencia, lo cual obliga a las empresas postoras a ser más eficientes. En ese contexto, y a iguales condiciones técnicas, gana la licitación la empresa que ofrece el menor precio o tarifa. Cuando no se usan procesos de licitaciones, gana la licitación quien es convocado, independientemente de la tarifa cobrada al usuario.

Para el éxito de las licitaciones, se requiere de un conjunto de políticas y normativas dentro de las cuales cobra gran relevancia la necesidad de desarrollar un conjunto de capacidades en la administración pública para apoyar los procesos de licitación. Una de las capacidades más importantes de desarrollar es la de evaluar si el Estado está adquiriendo bienes o servicios que satisfacen el interés público en forma eficiente. Para ello, es indispensable el seguimiento de los precios pagados (Corea, 2002).

4.2 Metodología

En el presente documento, se realiza el seguimiento de los precios de las licitaciones de los dos compradores más importantes de medicamentos del sector público: el Minsa y EsSalud. Puntualmente, el análisis se concentra en las adquisiciones más importantes, compras nacionales, que realizan estas entidades desde el año 2002. Las adquisiciones analizadas se presentan en la siguiente tabla.

Compras nacionales de medicamentos que serán analizadas				
Entidad	Licitación	Fecha de convocatoria	Monto total convocatoria según las bases en S/.	Ítems requeridos según las bases
Essalud	LP N° 0199L00231	03/03/2002	306,604,489.90	455
Essalud	LP N° 0399L00041	10/09/2003	279,251,903.37	444
Essalud	LP N° 0599L00041	13/05/2005	494,997,657.22	392
Minsa	LP N° 0003-2003	18/05/2003	80,307,632.26	103
Minsa	LP N° 0005-2004	08/08/2004	77,360,193.39	163
Minsa	LP N° 0007-2005	31/10/2005	105,169,900.32	146

Fuente: Minsa y EsSalud.

Elaboración: Propia

La metodología usada consiste en analizar la evolución de los precios de una canasta base de medicamentos comprados por cada entidad. Dicha canasta corresponde a la lista de productos comprados (adjudicados) a través de las bases de las licitaciones durante el periodo inicial y que han vuelto a demandarse durante los períodos posteriores.

Para determinar si es que la canasta base de medicamentos comprados se ha encarecido o no, se han ponderado (multiplicado) los precios de los medicamentos analizados con las cantidades del período inicial (año base). Evidentemente, ello exige considerar solo aquellos medicamentos adquiridos durante el periodo inicial y también durante los siguientes períodos.

Posteriormente, en cada uno de los años, se han sumado los valores ponderados de los distintos productos que conforman la canasta base, y, así, se ha obtenido el valor de dicha canasta en cada período. Ello permite analizar la evolución del valor de la canasta y determinar si es que se encareció o abarató respecto del período anterior.

Para una mayor precisión en el análisis, los valores hallados han sido deflactados (divididos) por el índice de precios al consumidor (IPC) de cada período, lo cual permite convertir los resultados nominales en resultados reales; es decir, se ha liberado a la tendencia de los precios de los efectos o distorsiones que genera la inflación sobre los valores nominales.

El ejercicio descrito se ha desarrollado con valores referenciales que aparecen en las bases de las licitaciones convocadas y con los precios a los que fueron adjudicados los productos, aunque, por el interés de analizar los medicamentos efectivamente comprados, el presente estudio se concentra en los precios a los que se otorgó la buena pro (precios adjudicados). Evidentemente, algunos de los productos demandados en las bases no necesariamente

fueron adjudicados, por la falta de postores o porque ninguno de los postores que se presentaron obtuvieron la buena pro.

Asimismo, se calcula el monto de ahorro (o desahorro) que se ha generado para la entidad como resultado del abaratamiento (o encarecimiento) de los medicamentos. Para esta comparación, se usa la canasta base del período final. Este monto es estimado tanto para los valores referenciales de las bases como para los valores adjudicados.

También se realiza un análisis de la evolución de los precios por clases terapéuticas. Para ello, se realiza un seguimiento de los precios de los productos adjudicados, los cuales han sido agrupados en clases terapéuticas de Nivel 3.

Adicionalmente, se analiza la evolución de los precios de todos los medicamentos adquiridos por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). En este caso, y debido a la disponibilidad de información, se usan los precios de los medicamentos comprados durante los años 2003, 2004 y 2005. El análisis se realiza por separado para los dos tipos de proceso más usados; es decir, se comparan los precios de los medicamentos adquiridos a través de Licitación Pública y de Adjudicación de Menor Cuantía.

La metodología usada en el presente estudio; esto es, definir una canasta base que vuelve a ser valorizada en los períodos posteriores a los precios vigentes, no está libre de limitaciones si es que se le intenta usar como indicador de la variación de los precios de las compras estatales de medicamentos. Una de las mayores limitaciones, que comparte con el IPC, es que no considera la aparición de nuevos productos (sesgo de nuevos productos) o cambios en las preferencias. Es decir, existen medicamentos que pueden haberse licitado en el período inicial, pero que no volvieron a licitarse en períodos posteriores pues aparecieron sustitutos farmacéuticos por los cuales fueron reemplazados y que fueron incorporados a los procesos de licitación.

A pesar de sus limitaciones, el análisis realizado es una opción conveniente para aproximarse a la evolución de los precios de los medicamentos adquiridos por las dependencias del Sector Público.

4.3 Fuentes de información

El seguimiento de los precios exige que los órganos públicos mantengan bancos de datos, constantemente actualizados y de acceso al público por Internet. De modo óptimo, estos bancos de datos podrían estar interconectados para permitir comparaciones en línea entre diferentes órganos contratantes. Así se logra un control no solo interno sino externo de esta actividad (Corea, 2002).

Solo en el caso del Minsa, la información sobre compras se pudo obtener directamente de su página web. Por ello, se solicitó, tanto a EsSalud y al INEN, el acceso a la información necesaria para poder realizar el análisis de la evolución de los índices de precios de las canastas de medicamentos.

4.4 Resultados

4.4.1 EsSalud

En el caso de las Licitaciones desarrolladas por EsSalud, se ha elaborado una canasta conformada por los medicamentos adjudicados en las licitaciones convocadas durante los años 2002, 2003 y 2005²². Para ello, se usó los productos cuya compra se ha realizado durante cada uno de los tres años analizados. En el año base (2002), dicha canasta tuvo un valor, en función de los precios adjudicados, de S/. 106,813,165.63. Ello representa el 53.19% del monto total comprado por EsSalud a través de la licitación de ese año.

Como resultado del análisis de la canasta elaborada, se ha determinado que los precios de los medicamentos comprados a través de las licitaciones convocadas por EsSalud cayeron, en promedio nominal, en 15.6%, entre los años 2002 y 2003, y en 12.73%, entre los años 2003 y 2005. Al deflactar, por la inflación de aquellos períodos, se observa que en términos reales los precios cayeron en promedio 17.65%, entre los años 2002 y 2003, y en 16.93%, entre los años 2003 y 2005²³. Ello genera una caída acumulada de los precios, entre los años

²² Cabe mencionar que EsSalud no convocó ninguna Licitación Pública durante el año 2004.

²³ Al analizar los productos demandados en las bases licitaciones convocadas los años 2002, 2003 y 2005, se ha determinado que los precios referenciales de dichos productos cayeron, en promedio nominal, en 21.25%, entre los años 2002 y 2003, y en 12.83%, entre los años 2003 y 2005. Al deflactar, por la

2002 y 2005, de 26.34%, en términos nominales, y de 31.59%, en términos reales.

EsSalud: comparación de precios adjudicados en las licitaciones

	2002	2003	2005	Var % 2002 - 2005
Deflactor	1	1.025	1.050525	
Totales Adjudicados canasta 2002	106,813,165.63	90,162,176.24	78,681,213.67	-26.34%
Variación porcentual entre cada Licitación		-15.59%	-12.73%	
Totales Adjudicados canasta 2002 deflactados	106,813,165.63	87,963,098.77	74,897,040.69	-31.59%
Variación porcentual entre cada Licitación deflactando por inflación		-17.65%	-16.93%	

Elaboración: Propia

EsSalud: Comparación de las compras realizadas en los años 2002 y 2003

Si solo se consideran los productos adjudicados durante los años 2002 y 2003, se puede elaborar una canasta que en el año base (2002) tuvo un valor, en función de los precios adjudicados, de S/174,996,998.69. Ello representa el 87.14% del monto total comprado por EsSalud a través de la licitación de ese año. De este modo, se observa que entre los años 2002 y 2003, los precios de los productos adjudicados, en ambos períodos, mostraron una caída promedio de 18.90%, en sus precios nominales, y de 20.88%, en sus valores reales²⁴.

EsSalud: comparación de precios de licitaciones

	2002	2003	Var. %
Deflactor	1	1.025	
Totales Adjudicados canasta 2002	174,996,998.69	141,923,964.05	-18.90%
Totales Adjudicados canasta 2002 deflactados	174,996,998.69	138,462,403.95	-20.88%

Elaboración: Propia

La reducción en los precios ha permitido generar un ahorro nominal de S/ 36,932,153.58 en las licitaciones de EsSalud realizadas entre los años 2002 y 2003, considerando una canasta del año 2003. Es decir, se ha generado un ahorro que equivale al 22.39% del total comprado durante el año 2003.

inflación de aquellos períodos, se observa que en términos reales los precios cayeron en promedio 23.17%, entre los años 2002 y 2003, y en 17.03%, entre los años 2003 y 2005.

²⁴ Por su parte, los precios referenciales de los productos demandados en las licitaciones de ambos períodos cayeron en 19.56%, en términos nominales, y en 21.52%, en términos reales.

EsSalud: Ahorro generado por la variación en los precios de las licitaciones

	2003	2002	Ahorro/Desahorro	Ahorro/Desahorro como % del 2003
Totales Referenciales canasta 2003	263,665,273.71	329,990,564.30	66,325,290.59	25.16%
Totales Adjudicados canasta 2003	164,974,098.77	201,906,252.35	36,932,153.58	22.39%

Elaboración: Propia

EsSalud: Comparación de las compras realizadas en los años 2003 y 2005

Asimismo, se ha elaborado una canasta conformada por los medicamentos demandados por EsSalud en los años 2003 y 2005. En el año base (2003), dicha canasta tuvo un valor, en función de los precios adjudicados, de S/. 130,580,983.07. Ello representa el 60.65% del monto total comprado por EsSalud a través de la licitación de ese año. Se aprecia así que los precios de los productos farmacéuticos demandados durante ambos períodos mantuvieron una tendencia decreciente. Así, los productos adjudicados, en ambos períodos, mostraron una caída promedio de 11.93%, en sus precios nominales, y de 16.17%, en sus valores reales²⁵.

EsSalud: comparación de precios de licitaciones

	2003	2005	Var. %
Deflactor	1	1.050525	0.0505
Totales Adjudicados canasta 2003	130,580,983.07	115,002,398.20	-11.93%
Totales Adjudicados canasta 2003 deflactados	130,580,983.07	109,471,357.85	-16.17%

Elaboración: Propia

La reducción en los precios ha permitido generar un ahorro nominal de S/. 41,999,021.53 en las licitaciones de EsSalud realizadas entre los años 2003 y 2005, considerando la canasta del año 2005. Es decir, se ha generado un ahorro que equivale al 16.18% del total comprado durante el año 2005.

²⁵ Por su parte, los valores referenciales cayeron en 12.19%, en términos nominales, y en 16.42%, en términos reales.

EsSalud: Ahorro generado por la variación en los precios de las licitaciones

	2005	2003	Ahorro/Desahorro	Ahorro/Desahorro como % del 2005
Totales Referenciales canasta 2005	443,052,500.83	513,339,562.07	70,287,061.24	15.86%
Totales Adjudicados canasta 2005	259,585,097.08	301,584,118.61	41,999,021.53	16.18%

Elaboración: Propia

EsSalud: Evolución de los precios por clases terapéuticas

Se ha comparado la evolución de los precios de los medicamentos comprados por clases terapéuticas. Para ello, se ha seguido el comportamiento de los precios nominales de los productos adjudicados en los tres períodos de análisis. En el caso de EsSalud, dichos productos han podido ser agrupados en 80 clases terapéuticas de Nivel 3. Como resultado, se ha encontrado que, de las 10 clases terapéuticas que implicaron mayor gasto durante el año 2002, todas, salvo dos, mostraron una caída en sus precios nominales entre los años 2002 y 2005. Las dos clases cuyos precios promedio aumentaron pertenecen a la clase de nivel 1 denominada “soluciones hospitalarias”. Cabe mencionar que las 10 clases terapéuticas presentadas generaron un gasto de S/. 44,157,570.43 durante el año 2002, lo cual representa el 21.99% del monto total adquirido durante dicho año.

EsSalud: Evolución de los precios de los medicamentos de las 10 clases terapéuticas que generaron mayor gasto según la licitación del año 2002

Código	Clase Terapéutica Nivel 1	Clase Terapéutica Nivel 3	Valor canasta 2002	Valor canasta 2003	Valor canasta 2005	Var. % 2002-2005	Var. % 2002-2003	Var. % 2003-2005
J01D	Antiinfecciosos vía general.	Cefalosporinas	9,984,663.24	9,476,470.73	6,105,745.72	-38.85%	-5.09%	-35.57%
J01C	Antiinfecciosos vía general.	Penicilinas amplio espectro	6,010,645.47	5,237,731.54	4,931,404.95	-17.96%	-12.86%	-5.85%
A09A	Aparato digestivo y metabolismo.	Digestivos incl. enzimas	4,616,352.24	4,624,136.28	3,375,711.81	-26.87%	0.17%	-27.00%
N05C	Sistema nervioso central	Tranquilizantes	4,613,809.02	3,016,725.44	494,527.07	-89.28%	-34.62%	-83.61%
G03C	Productos genitales y urinarios	Estrógenos ex. g3a,g3e,g3f	3,868,630.50	2,834,006.72	2,014,266.95	-47.93%	-26.74%	-28.93%
K04B	Soluciones hospitalarias	Soluciones standard < 100ml	3,559,383.16	3,520,764.72	3,868,832.40	8.69%	-1.08%	9.89%
A02B	Aparato digestivo y metanol.	Antiulcerosos	3,193,699.65	2,877,424.31	2,371,260.61	-25.75%	-9.90%	-17.59%
N03A	Sistema nervioso central	Antiepilépticos	3,078,249.03	2,548,163.59	2,015,548.43	-34.52%	-17.22%	-20.90%
K04C	Soluciones hospitalarias	Soluciones calóricas < 100ml	2,699,279.91	2,597,400.62	2,870,387.71	6.34%	-3.77%	10.51%
N05A	Sistema nervioso central	Antipsicóticos	2,532,858.21	2,124,486.73	2,107,605.62	-16.79%	-16.12%	-0.79%
Total			44,157,570.43	38,857,310.67	30,155,291.26			

Elaboración: Propia

Además es necesario considerar que, entre las 80 clases terapéuticas de nivel 3 identificadas en las compras de EsSalud durante los tres períodos analizados, solo 9 aumentaron de precio entre los años 2002 y 2005. Estas clases terapéuticas generaron un gasto de S/. 11,816,935.66 durante el año 2002, lo cual representa el 5.88% del monto total adquirido durante dicho año.

**EsSalud: Evolución de los precios de los medicamentos de las clases terapéuticas que
aumentaron de precio entre los años 2002 y 2005**

Código	Clase Terapéutica Nivel 1	Clase Terapéutica Nivel 3	Valor canasta 2002	Valor canasta 2003	Valor canasta 2005	Var. % 2002-2005	Var. % 2002-2003	Var. % 2003-2005
A12A	Aparato digestivo y metabolismo.	Calcio	95,418.18	97,268.49	121,107.69	27%	2%	25%
J06J	Antiinfecciosos vía general.	Otras inmunoglob especific.	212,100.00	213,898.61	241,642.28	14%	1%	13%
J01X	Antiinfecciosos vía general.	Otros antibacterianos	1,185,006.60	1,154,658.87	1,297,726.74	10%	-3%	12%
K04B	Soluciones hospitalarias	Soluc standard < 100ml	3,559,383.16	3,520,764.72	3,868,832.40	9%	-1%	10%
C07A	Aparato cardiovascular	Agentes beta-bloq. solos	390,983.07	386,711.56	415,941.84	6%	-1%	8%
K04C	Soluciones hospitalarias	Soluc. caloricas < 100ml	2,699,279.91	2,597,400.62	2,870,387.71	6%	-4%	11%
N04A	Sistema nervioso central	Antiparkinsonianos	1,006,354.62	1,069,155.78	1,060,282.46	5%	6%	-1%
J01H	Antiinfecciosos vía general.	Penic. medio y reduc. Espect	2,500,420.86	2,416,373.10	2,605,480.56	4%	-3%	8%
P01B	Antiparasitarios	Antihelminticos	167,989.26	157,674.13	171,967.95	2%	-6%	9%
Total			11,816,935.66	11,613,905.88	12,653,369.62			

Elaboración: Propia

Tal como se ha mencionado de las 10 clases terapéuticas que implicaron mayor gasto para EsSalud, las dos clases cuyos precios promedio aumentaron pertenecen a la clase de nivel 1 denominada “soluciones hospitalarias”. Al examinar al detalle las propuestas y resultados de los productos que constituyen las canastas de dicha clase, se observan dos fenómenos que explicarían el aumento de los precios. El primero es el trato preferencial a los productores nacionales, a través de una bonificación de 20% sobre la sumatoria de la propuesta técnica y económica. Este privilegio determinó que durante el año 2002 ganen la licitación productos nacionales de mayor precio. El segundo fenómeno observado, es que el trato preferencial a los productores nacionales habría desanimado a los laboratorios extranjeros de presentar propuestas en las posteriores licitaciones. En ese sentido, se observa una reducción de la oferta, la cual además se concentra en productores nacionales y determina mayores precios. Los efectos del trato preferencial a los productores nacionales son examinados al detalle en la sección 5.3.

Propuestas y resultados de las compras de medicamentos de las clases terapéuticas “soluciones hospitalarias”

Descripción	Clase Terapéutica	Valor de compra 2002	2002			Valor de compra 2003	2003			Valor de compra 2005	2005		
			N	E	B*		N	E	B*		N	E	B*
Cloruro de sodio 0.9% x 1L	K04B	1.411	1	1	Sí	1.39	1	1	Sí	1.53	1	0	No
Cloruro de sodio 0.9% x 250 ml	K04B	1.7	0	1	No	1.84	1	1	Sí	1.95	2	0	No
Dextrosa 10 % x 1 L	K04C	2.37	1	1	Sí	2.28	2	1	No	2.48	2	0	No
Dextrosa 33 % x 20 ml	K04C	0.861	4	1	Sí	0.768	3	1	No	1.02	2	0	No
Dextrosa 5 % x 1 L	K04C	1.51	1	1	Sí	1.48	1	0	No	1.61	1	0	No
Dextrosa 5 % x 500 ml	K04C	1.75	1	1	Sí	1.65	2	1	No	1.64	1	0	No
Dextrosa 50 % x 1 L	K04C	9.9	2	1	Sí	8.88	1	1	No	8.98	2	0	No

N = Número de laboratorios Nacionales que presentaron propuestas para la licitación
E = Número de laboratorios Extranjeros que presentaron propuestas para la licitación
B* = ¿Determinó que el bonificación de 20% a los productores locales que gane la licitación un laboratorio nacional?

Elaboración: Propia

EsSalud: Evolución de los precios de los medicamentos oncológicos

Para analizar la evolución de los precios de los medicamentos oncológicos, se han considerado las clases terapéuticas de Nivel 3, las cuales agrupan a los antineoplásicos, y se ha analizado la evolución de los precios de aquellos productos que fueron adjudicados durante los años 2002, 2003 y 2005. Cabe considerar que, al momento de iniciar el análisis, todos estos productos ya contaban con exoneraciones tributarias²⁶ (para mayor detalle ver el Anexo I).

Se observa que todos los precios nominales observados, salvo el del Metotrexato 50 mg, se redujeron entre los años 2002 y 2005. De este modo, durante dicho período, la caída promedio de los precios de los medicamentos oncológicos fue de 31.16%, en términos nominales, y de 36.07%, en términos reales. Entre los años 2002 y 2003, los valores reales cayeron 24.21%, mientras que entre los años 2003 y 2005 cayeron en 15.64%. Ello significa, que los oncológicos han mantenido la misma tendencia que las compras totales,

²⁶ El 18 de junio del 2001 entró en vigencia la Ley 27450, la cual había sido promulgada el 19 de mayo del mismo año. Mediante esta ley la importación y venta de medicamentos e insumos necesarios para el tratamiento de enfermedades oncológicas (cáncer) y del VIH/Sida quedaron exoneradas del pago del IGV, del Impuesto Selectivo al Consumo y de los Derechos Arancelarios. La relación de los medicamentos exonerados apareció el 22 de diciembre de 2001, mediante DS N° 236-2001-EF. Dicha lista fue actualizada el 21 de diciembre de 2002, mediante DS N° 143-2002-EF; el 14 de abril de 2003, mediante DS N° 049-2003-EF; el 06 de abril de 2005, mediante DS N° 041-2005-EF, y el 22 de junio de 2006, mediante DS N° 093-2006-EF. Recientemente también se ha incluido en la lista de medicamentos exonerados del pago de impuestos los correspondientes a tratar la diabetes.

cuyos precios promedio en dichos períodos cayeron en 17.65% y 16.93%, respectivamente.

EsSalud: Evolución de los precios de los medicamentos Oncológicos que fueron adjudicados durante los tres períodos de análisis

Descripción	Clase Terapéutica Nivel 3	Valor canasta 2002	Valor canasta 2003	Valor canasta 2005	Var. % 2002-2005	Var. % 2002-2003	Var. % 2003-2005
Fluorouracilo 500 mg	L01B	30,564.80	27,508.32	25,106.80	-17.86%	-10.00%	-8.73%
Mercaptopurina 50 mg	L01B	26,623.02	26,003.88	21,669.90	-18.60%	-2.33%	-16.67%
Metotrexato 2.5 mg	L01B	267,919.32	194,714.31	140,106.05	-47.71%	-27.32%	-28.05%
Metotrexato 50 mg (sin preservantes)	L01B	30,152.77	33,366.81	36,218.85	20.12%	10.66%	8.55%
Metotrexato 500 mg	L01B	124,891.20	100,618.56	80,720.64	-35.37%	-19.44%	-19.78%
Etoposido 50 mg	L01C	63,828.00	49,896.00	42,411.60	-33.55%	-21.83%	-15.00%
Vincristina 1 mg	L01C	72,495.36	83,418.21	57,333.64	-20.91%	15.07%	-31.27%
Vinorelbina 50 mg	L01C	676,548.40	452,802.95	466,674.29	-31.02%	-33.07%	3.06%
Carboplatino 450 mg	L01X	180,991.87	122,190.52	127,083.07	-29.79%	-32.49%	4.00%
Cisplatino 10 mg	L01X	88,873.55	100,608.31	66,983.05	-24.63%	13.20%	-33.42%
Cisplatino 50 mg	L01X	94,455.66	96,294.00	76,597.50	-18.91%	1.95%	-20.45%
	Total	1,657,343.95	1,287,421.86	1,140,905.39	-31.16%	-22.32%	-11.38%
Variaciones reales (deflactados)					-36.07%	-24.21%	-15.64%

Elaboración: Propia

En suma, en el caso de EsSalud, se observa una importante caída en los precios de los medicamentos, incluidos los oncológicos, adquiridos a través de Licitaciones Públicas, lo cual ha generado importantes ahorros para dicha institución.

4.4.2 Minsa

En el caso de las Licitaciones realizadas por el Minsa, se ha elaborado una canasta conformada por los medicamentos adjudicados en las licitaciones convocadas durante los años 2003, 2004 y 2005. En el año base (2003), dicha canasta tuvo un valor, en función de los precios adjudicados, de S/. 49,392,075.05. Ello representa el 72.22% del monto total comprado por Minsa a través de la licitación de ese año.

Como resultado del análisis de la canasta elaborada, se ha determinado que los precios de los medicamentos comprados cayeron, en promedio nominal, en 8.94%, entre los años 2002

y 2003, pero subieron 1.15%, entre los años 2004 y 2005. Al deflactar por la inflación de aquellos períodos, se observa que en términos reales los precios cayeron en promedio 12.02%, entre los años 2003 y 2004, y 0.34%, entre los años 2004 y 2005²⁷. Ello genera una caída acumulada de los precios, entre los años 2003 y 2005, de 7.89%, en términos nominales, y de 12.32%, en términos reales.

Minsa: comparación de precios adjudicados en las licitaciones

	2003	2004	2005	Var % 2003 - 2005
Deflactor	1	1.035	1.015	
Totales Adjudicados canasta 2003	49,392,075.05	44,977,633.19	45,496,340.71	-7.89%
Variación porcentual entre cada Licitación		-8.94%	1.15%	
Totales Adjudicados canasta 2003 deflactados	49,392,075.05	43,456,650.42	44,823,980.99	-12.32%
Variación porcentual entre cada Licitación		-12.02%	-0.34%	

Elaboración: Propia

Comparación de las compras realizadas por el Minsa en los años 2003 y 2004

Si se construye una canasta que solo considera los productos adjudicados durante los años 2003 y 2004, se observa que los precios de los medicamentos comprados mostraron una caída promedio de 9.26%, en sus valores nominales, y de 12.33%, en sus valores reales²⁸.

Minsa: comparación de precios referenciales de licitaciones

	2003	2004	Var. %
Deflactor	1	1.035	0.035
Totales Adjudicados canasta 2003	59,640,085.97	54,116,656.50	-9.26%
Totales Adjudicados canasta 2003 deflactados	59,640,085.97	52,286,624.64	-12.33%

Elaboración: Propia

²⁷ Cabe mencionar que los precios referenciales de los productos demandados en las bases de las licitaciones convocadas por el Minsa los años 2003, 2004 y 2005 cayeron, en promedio nominal, en 19.44%, entre los años 2003 y 2004, pero aumentaron en 2.37%, entre los años 2004 y 2005. Al deflactar por la inflación de aquellos períodos, se observa que en términos reales los precios cayeron en promedio 22.17%, entre los años 2003 y 2004, pero subieron en 0.86%, entre los años 2004 y 2005.

²⁸ Por su parte, los precios referenciales de los productos convocados para las licitaciones de ambos períodos cayeron en 20.6%, en términos nominales, y en 23.28%, en términos reales.

Comparación de las compras realizadas por el Minsa en los años 2004 y 2005

Luego de construir una canasta que solo considere los productos adjudicados durante los años 2004 y 2005, se ha determinado que los precios de los medicamentos comprados mostraron un aumento promedio de 0.92%, en sus valores nominales, pero una disminución de 0.57%, en sus valores reales²⁹.

Minsa: comparación de precios adjudicados en las licitaciones

	2004	2005	Var. %
Deflactor	1	1.015	0.015
Totales Adjudicados canasta 2004	42,280,378.32	42,671,300.44	0.92%
Totales Adjudicados canasta 2004 deflactados	42,280,378.32	42,040,690.09	-0.57%

Elaboración: Propia

Minsa: Evolución de los precios por clases terapéuticas

En un intento por identificar las causas del aumento de precios entre los años 2004 y 2005, se ha realizado un seguimiento de los precios nominales de los productos adjudicados, los cuales han sido agrupados por clases terapéuticas. De este modo, se han identificado 32 clases terapéuticas de Nivel 3 que presentan información para los tres años estudiados. En los dos cuadros siguientes, se presenta, la evolución de los gastos promedio en las 12 clases terapéuticas que aumentaron de precio entre los años 2004 y 2005; así como de las 20 clases que disminuyeron de precio en dicho período³⁰. Sin embargo, no se identifica un aumento de precios concentrado en determinadas clases terapéuticas. Así, 5 subclases de la clase de Nivel 2 “J01”³¹ subieron, pero 4 disminuyeron en sus precios promedio.

²⁹ Los precios referenciales de los productos demandados en las licitaciones de ambos períodos aumentaron en 2.14%, en términos nominales, y en 0.63%, en términos reales.

³⁰ Cabe mencionar que las 12 clases terapéuticas que subieron de precio generaron un gasto de S/. 21,098,076.37 durante el año 2003, lo cual representa el 30.85% del monto total adquirido durante dicho año; mientras que las que disminuyeron de precio generaron un gasto de S/. 26,407,412.32 durante el año 2003, lo cual representa el 38.61% del monto total adquirido durante dicho año.

³¹ Antibacterianos sistémicos.

**Minsa: Evolución de los precios de los medicamentos de las 12 clases terapéuticas que
aumentaron de precio entre los años 2004 y 2005**

Clases Terapéuticas	Clase Terapéutica Nivel 1	Clase Terapéutica Nivel 3	Valor canasta 2003	Valor canasta 2004	Valor canasta 2005	Var. % 2003-2005	Var. % 2003-2004	Var. % 2004-2005
D06A	Dermatológicos	Antibiot/sulfa Tepic. Solo.	239,919.36	210,201.18	254,307.78	6.00%	-12.39%	20.98%
A03A	Aparato digestivo y metabolismo	Antiespasm. + anticol. solos	851,042.23	566,044.22	669,668.00	-21.31%	-33.49%	18.31%
J01H	Antiinfecciosos vía general.	Penic. medio y reduc. espect.	5,727,343.84	4,799,181.49	5,528,759.08	-3.47%	-16.21%	15.20%
A10B	Aparato digestivo y metabolismo	Antidiabéticos orales	52,118.21	46,775.91	51,453.50	-1.28%	-10.25%	10.00%
C01C	Aparato cardiovascular	Estim card excl gluc card	153,091.28	125,091.44	137,539.86	-10.16%	-18.29%	9.95%
C09A	Aparato cardiovascular	Inhibidores eca solos	249,909.49	208,569.66	227,614.80	-8.92%	-16.54%	9.13%
J01B	Antiinfecciosos vía general.	Cloranfenicol y asoc.	1,600,976.04	1,504,801.02	1,614,677.49	0.86%	-6.01%	7.30%
M01A	Aparato locomotor	Antirreumat. no esteroid.	689,928.89	705,864.98	753,500.04	9.21%	2.31%	6.75%
J01G	Antiinfecciosos vía general.	Fluorquinolonas	140,323.85	143,187.60	151,610.40	8.04%	2.04%	5.88%
J01D	Antiinfecciosos vía general.	Cefalosporinas	4,637,838.27	3,478,843.95	3,639,802.80	-21.52%	-24.99%	4.63%
R06A	Aparato respiratorio	Antihistaminicos	1,280,962.62	1,256,905.34	1,294,777.96	1.08%	-1.88%	3.01%
J01C	Antiinfecciosos vía general.	Penicilinas amplio espect.	5,474,622.29	5,466,296.65	5,587,589.61	2.06%	-0.15%	2.22%
Total			21,098,076.37	18,511,763.44	19,911,301.31	-5.63%	-12.26%	7.56%
Variaciones reales (deflactados)						-10.16%	-15.23%	5.97%

Elaboración: Propia

Minsa: Evolución de los precios de los medicamentos de las 20 clases terapéuticas que disminuyeron de precio entre los años 2004 y 2005

Clases Terapeuticas	Clase Terapeutica Nivel 1	Clase Terapeutica Nivel 3	Valor canasta 2003	Valor canasta 2004	Valor canasta 2005	Var. % 2003-2005	Var. % 2003-2004	Var. % 2004-2005
K04B	Soluciones hospitalarias	Soluc. standard < 100ml	3,818,673.82	4,202,424.86	4,196,636.40	9.90%	10.05%	-0.14%
J01E	Antibióticos vía general.	Asoc. Trimetoprim. y simil.	2,811,190.36	2,627,284.39	2,611,570.41	-7.10%	-6.54%	-0.60%
A02A	Aparato digestivo y metabolismo	Antiacid antíflato carmin	829,578.35	750,453.60	745,643.00	-10.12%	-9.54%	-0.64%
A07G	Aparato digestivo y metabolismo	Restaurad. electrolit. oral	3,202,094.59	3,340,021.84	3,307,465.44	3.29%	4.31%	-0.97%
J01F	Antibióticos vía general.	Macrólidos y similares	756,581.94	659,043.50	652,106.20	-13.81%	-12.89%	-1.05%
N02B	Sistema nervioso central	Analg. no narc. antipiret.	4,506,718.93	4,307,408.33	4,211,564.62	-6.55%	-4.42%	-2.23%
J01K	Antibióticos vía general.	Aminoglucosidos	1,388,060.10	1,253,022.05	1,202,970.81	-13.33%	-9.73%	-3.99%
D01A	Dermatológicos	Antimicóticos dermatolog.	2,321,492.32	2,031,303.76	1,948,490.39	-16.07%	-12.50%	-4.08%
R03A	Aparato respiratorio	Estimulantes-b2	3,024,609.70	2,393,675.51	2,275,035.26	-24.78%	-20.86%	-4.96%
G01A	Productos genitales y urinarios	Tricomonicidas	788,858.72	788,123.68	749,043.02	-5.05%	-0.09%	-4.96%
P01B	Antiparasitarios	Antihelmínticos	409,863.77	405,108.84	383,815.86	-6.36%	-1.16%	-5.26%
A02B	Aparato digestivo y metabolismo	Antiulcerosos	179,875.70	114,514.40	103,503.40	-42.46%	-36.34%	-9.62%
G02A	Productos genitales y urinarios	Inducts parto incluid. Oxito	449,216.19	490,535.10	441,481.59	-1.72%	9.20%	-10.00%
H02A	Hormonas	Corticosteroides solos	190,884.46	212,093.84	190,884.46	0.00%	11.11%	-10.00%
G04A	Productos genitales y urinarios	Antisép antiinfecturinar	107,079.65	105,643.98	94,808.70	-11.46%	-1.34%	-10.26%
J01A	Antibióticos vía general.	Tetraciclina y asociados	155,205.77	157,041.95	140,129.74	-9.71%	1.18%	-10.77%
N05C	Sistema nervioso central	Tranquilizantes	102,578.10	109,291.11	97,420.54	-5.03%	6.54%	-10.86%
B02B	Sangre y órganos hematop.	Antagon(antídoto anticoag)	252,860.42	213,580.52	189,936.92	-24.88%	-15.53%	-11.07%
P03A	Antiparasitarios	Ectoparas. Inca. Escabid.	593,144.98	505,227.47	429,559.00	-27.58%	-14.82%	-14.98%
J02A	Antibióticos vía general.	Antimicóticos sistémicos.	518,844.47	390,289.76	321,588.82	-38.02%	-24.78%	-17.60%
Total			26,407,412.32	25,056,088.49	24,293,654.58	-8.00%	-5.12%	-3.04%
Variaciones reales (deflactados)						-12.43%	-8.33%	-4.48%

Elaboración: Propia

Por consiguiente, el aumento de precios entre los años 2004 y 2005 no se habría concentrado en determinadas clases terapéuticas. Además de los potenciales efectos del trato preferencial a los productores nacionales, es necesario analizar otros factores propios del proceso de compra para explicar el comportamiento de los precios.

Minsa: Razones del aumento de precios entre los años 2004 y 2005

Una razón para explicar la diferencia en la evolución de los precios de los medicamentos comprados por EsSalud y el Minsa es de tipo logístico. Según las bases para la licitación del año 2005, el Minsa cuenta con 130 Unidades Ejecutoras a las cuales se debe distribuir los medicamentos adjudicados; mientras que EsSalud cuenta con 34 Órganos Desconcentrados para su respectiva distribución. Ello significa que una vez ganada la licitación, los proveedores del Minsa deben distribuir a un mayor número de puntos que aquellos que distribuyen a EsSalud, lo cual genera mayores costos de distribución.

Otra razón se encuentra en las bases de las licitaciones. Es necesario considerar que los postores que participan en una licitación solo pueden fijar un precio en un rango que esté entre el 70% y el 110% del precio referencial fijado en las bases. Al comparar los precios referenciales de las bases de EsSalud, se observa que, en términos nominales, cayeron en promedio 12.83%; mientras que los precios adjudicados cayeron en 12.73%; es decir, siguieron la misma tendencia. Por su parte en el Minsa, los precios referenciales de sus dos últimas licitaciones subieron 2.37%, lo cual, tal como en EsSalud, determinó la tendencia en los precios y se reflejó en un aumento promedio de los precios adjudicados de 1.15%. Es probable que este aumento se deba a que los precios de los medicamentos ya habían tocado piso durante el año 2004, lo cual determinó que, para evitar falta de postores, el Minsa hubiera tenido que aumentar los precios referenciales durante el año 2005.

Comparación de precios referenciales y adjudicados de las dos últimas licitaciones

	Precios referenciales	Precios adjudicados
EsSalud: Variación porcentual	-12.83%	-12.73%
EsSalud: Variación porcentual deflactando por inflación	-17.03%	-16.93%
Minsa: Variación porcentual	2.37%	1.15%
Minsa: Variación porcentual deflactando por inflación	0.86%	-0.34%

Elaboración: Propia

El freno a la caída de los precios a los cuales el Minsa adquirió medicamentos entre los años 2004 y 2005 también se debería a razones de corte financiero. Es necesario considerar que quienes obtienen la buena pro de una licitación deben entregar al Minsa una carta fianza a la firma del contrato. Estas garantías generan gastos financieros que el proveedor debe pagar mensualmente a los bancos mientras la carta no sea liquidada por el Minsa. Lamentablemente, se estima que solo el 30% de las cartas fianzas correspondientes a la licitación del año 2003 han sido liquidadas, a pesar de que los proveedores ya han entregado los medicamentos y el Minsa ha pagado por los mismos. Las cartas fianza no habrían sido liquidadas por problemas burocráticos dentro del Minsa, lo cual genera sobrecostos a los proveedores que los pueden desanimar de participar en posteriores procesos. Ello se refleja en un menor número de postores y, evidentemente, en mayores precios ante la menor oferta. Una muestra de ello es que, cuando se compara los ítems convocados en las bases de la licitación frente a los adjudicados, se observa que, entre los años 2003 y 2005, se incrementó el número de ítems declarados desiertos en la licitación del Minsa. La mayoría de los ítems declarados desiertos se deben a la falta de postores.

**Ítems convocados en las bases de la licitación
frente a los adjudicados por el Minsa**

Licitación	Ítems convocados	Ítems adjudicados	% de Ítems declarados desiertos
2003	103	98	4.85%
2005	145	124	14.48%

Elaboración: Propia

En resumen, los precios a los cuales el Minsa adquiere medicamentos se han reducido entre los años 2003 y 2005. Sin embargo, esta reducción fue frenada en el año 2005 debido al incremento de los precios referenciales en las bases de las licitaciones, pues los precios de los medicamentos ya habrían tocado piso durante el año 2004, y a problemas administrativos al interior del Minsa que habrían generado sobrecostos financieros a sus proveedores con la consiguiente reducción de la oferta y aumento de precios.

4.4.3 INEN

Para profundizar el análisis del comportamiento de los precios de los medicamentos oncológicos, se ha realizado el seguimiento de las compras realizadas por el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN), bajo dos tipos de procesos de selección:

Licitación Pública y Adjudicación de Menor Cuantía. Se han usado los precios de los medicamentos comprados durante los años 2003, 2004 y 2005. En el caso de los medicamentos adquiridos mediante Licitación Pública, se ha podido construir una canasta conformada por 25 ítems, los cuales se presentan en el siguiente cuadro.

**Medicamentos comprados por el INEN mediante Licitación Pública
que conforman la canasta analizada**

Descripción	Cantidad que conforma la canasta del año 2003
Ácido zoledronico 4mg.	852
Bleomicina x 15mg.	3500
Ciclofosfamida x 1gr.	10750
Ciclofosfamida x 200mg.	17500
Ciclofosfamida x 50mg.	60000
Cisplatino x 10 mg.	6000
Cisplatino x 50 mg.	7500
Dacarbazina x 200 mg.	2200
Daunomicina x 20 mg.	4000
Etoposide x 100 mg.	2600
Etoposide x 50mg.	1940
Flutamida x 250 mg.	60000
Gencitabina 1 gr x 50 ml.	670
Gencitabina 200 mg. x 10 ml.	1100
Ifosfamida x 1 gr	5000
Megestrol acet.x40mg.suspensión	1000
Mercaptopurina 50 mg	100000
Metrotexate x 2.5mg.	180000
Metrotexate x 50mg.	6260
Rituximab 100mg.	100
Rituximab 500mg	50
Thioguanimax40mg.	5000
Tretinoin 10mg.	9000
Vincristina sulf.x 1mg.	15700
Vinorelbine x 50mg.	350

Elaboración: Propia

Es interesante observar que, entre el año 2003 y 2005, los precios caen en 6.93% en términos nominales y en 11.41% en términos reales. Ello refleja una tendencia similar a la observada en EsSalud donde los medicamentos oncológicos cayeron en promedio -15.64% en términos reales durante dicho período.

INEN: comparación de precios de compra de medicamentos comprados mediante Licitación Pública

	2003	2004	2005	Var. % Acumulada 2003 - 2005
Canasta valores nominales base 2003	3,739,770.90	3,720,503.16	3,480,557.00	
Variación porcentual anual		-0.52%	-6.45%	-6.93%
Deflactor	1.025	1.035	1.015	
Canasta valores reales base 2003	3,739,770.90	3,594,689.05	3,429,120.20	
Variación porcentual anual		-3.88%	-7.83%	-11.41%

Elaboración: Propia

El mismo proceso realizado anteriormente se ha aplicado a los medicamentos adquiridos mediante Adjudicación de Menor Cuantía. En este caso, se ha podido construir una canasta conformada por 23 ítems, los cuales se presentan en el siguiente cuadro.

Medicamentos comprados por el INEN mediante Adjudicación de Menor Cuantía que conforman la canasta analizada

Descripción	Cantidad que conforma la canasta del año 2003
Anastrozol(arimidex)	500
Dexrazoxano 500mg:	20
Docetaxel x 20mg.	100
Docetaxel x 80mg.	40
Doxorrubicina 20mg.x10ml.(caelyx)	3
Eritropoyetina 5000 ui.	480
Etoposide x 100 mg.	3413
Etoposide x 50mg.	700
Goserelina 3.6mg.	118
Goserelina 10.8 mg.	10
Leucovorina calc. x 15 mg.	5304
Leucovorina calc.50mg.	1000
Leuprolide 3.75mg.	75
Medroxiprogesterona x 5mg.	2500
Mitoxantrona x 20mg.	50
Oxaliplatino 50mg	115
Paclitaxel x 100 mg.	370
Tamoxifeno 20 mg.	3892
Temozolomida 100mgx 5 tab (temodal)	5
Temozolomida 250mgx 5 tab (temodal)	4
Topotecan 4mg.	48
Triptorelina 3.75mg.	20
Temozolomida x 20mg. x 5 tab.(temodal)	5

Elaboración: Propia

En el caso de las adquisiciones bajo la modalidad de Adjudicación de Menor Cuantía, se observa que, entre el año 2003 y 2005, los precios caen en 20.37% en términos nominales y en 24.20% en términos reales.

INEN: comparación de precios de compra de medicamentos comprados mediante Adjudicación de Menor Cuantía

	2003	2004	2005	Var. % Acumulada 2003 - 2005
Canasta valores nominales base 2003	1,006,814.33	932,039.40	801,095.30	
Variación porcentual anual		-7.43%	-14.05%	-20.43%
Deflactor	1.025	1.035	1.015	
Canasta valores reales base 2003	1,006,814.33	900,521.16	789,256.45	
Variación porcentual anual		-10.56%	-15.32%	-24.26%

Elaboración: Propia

Si bien los medicamentos comprados mediante Adjudicación de Menor Cuantía (AMC) han mostrado mayores disminuciones en sus precios promedio, es necesario considerar que, al año 2005, los productos comprados mediante esta modalidad muestran un precio promedio mayor al de los comprados mediante Licitación Pública (LP). Para mostrar ello, se han tomado los 10 productos que implicaron mayor gasto en las compras del INEN del año 2005 y que fueron adquiridos durante dicho año mediante LP y AMC. Se observa que solo en dos medicamentos de los 10 listados (Anastrozol y la Doxorubicin hcl 10mg.) los precios promedio que se obtuvieron al comprar mediante Adjudicación de Menor Cuantía fueron menores que cuando se compraron mediante Licitación Pública; en el resto de los casos fueron mayores. Adicionalmente, destaca que el mismo medicamento comprado mediante Adjudicación de Menor Cuantía llega a costar 31.72% más que cuando se compra mediante Licitación Pública. En contraste, cuando se obtuvo un menor precio mediante Adjudicación de Menor Cuantía, la reducción del precio llegó a solo a 10.13% respecto del precio promedio pagado mediante Licitación Pública.

INEN: Medicamentos que generaron mayor gasto en las compras del año 2005 y que fueron adquiridos durante dicho año mediante LP y AMC

Producto	Cantidad total comprada	Precio promedio LP	Precio promedio AMC	Aumento porcentual promedio por comprar mediante AMC
Doxorrubicina 50 mg.	9,680	46.35	47.00	1.41%
Anastrozol 1mg.x28tab.	2,856	136.73	134.26	-1.80%
Acido zoledronico 4mg.	692	515.91	679.54	31.72%
Gencitabina 200 mg. x 10 ml.	2,030	123.27	123.50	0.19%
Leucovorina calc.50mg.	16,350	11.37	12.08	6.31%
l-asparraginasx1000mg.	1,400	145.18	146.48	0.90%
Eritropoyetina 5000 ui.	798	200.20	200.40	0.10%
Daunomicina x 20 mg.	4,550	41.53	41.88	0.84%
Ciproterona acetato	126,000	1.48	1.51	1.74%
Doxorubicin hcl 10mg.	12,285	14.10	12.67	-10.13%

Elaboración: Propia

En suma, los medicamentos oncológicos adquiridos por el INEN, al igual que en el caso de EsSalud, en promedio, han bajado de precio entre los años 2003 y 2005; sin embargo el hecho de que no todos los medicamentos sean adquiridos mediante Licitación Pública genera mayores gastos a dicha institución. Tal como se explicará más al detalle posteriormente, ello se debe a los retrasos en los procesos de licitación, que generan desabastecimiento y presionan a adquirir mediante Adjudicación de Menor Cuantía, situación en la cual la demanda puede ser orientada hacia marcas que, según la experiencia de los médicos, garantizan el efecto terapéutico, pero generan mayores gastos a la institución.

5. Factores que afectan el proceso, los precios y la calidad de los medicamentos adquiridos por las Entidades Públicas

Tal como se ha demostrado en la sección anterior, en términos generales, los precios de los medicamentos adquiridos por el Sector Público a través de licitaciones han caído durante los últimos años. Sin embargo, existen diversos factores que han frenado dicha caída y que determinan que aun haya espacio para que los precios bajen aun más; entre éstos destacan los retrasos en los procesos de licitación, el trato preferencial a los productores nacionales, las fallas en el mercado y los problemas de calidad.

5.1 Los retrasos en los procesos de licitación y el desabastecimiento

Tal como se ha mencionado anteriormente, Minsa y Essalud han centralizado parte importante de las adquisiciones de medicamentos para atender las diversas necesidades de sus Unidades Ejecutoras y Órganos Desconcentrados, lo cual ha facilitado un mayor poder de compra y mejores precios. Sin embargo, las licitaciones son sometidas a continuas impugnaciones, lo cual retrasa los procesos, genera desabastecimiento y obliga a realizar las compras mediante otras modalidades, en las cuales se paga mayores precios. Ello se debe a que actualmente el marco legal facilita frenar los procesos de selección regulados por el Consucode a través de impugnaciones. Ello determina que las Licitaciones Públicas desarrolladas para las compras nacionales de Essalud y Minsa puedan ser constantemente retrasadas, con lo cual se retrasan los procesos de adquisición y se genera desabastecimiento.

Es necesario considerar que el artículo 19° de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, exonera de los procesos de Licitación Pública o Adjudicación Directa, según sea el caso, las adquisiciones que se realicen en situación de urgencia, adquisiciones que en virtud del artículo 20° de la mencionada Ley deben realizarse mediante proceso de Adjudicación de Menor Cuantía. Asimismo, el artículo 21° de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, admite situación de urgencia a causa de desabastecimiento.

De este modo, existirían incentivos a retrasar los procesos, para generar desabastecimiento y obligar a acudir a modalidades de adquisición que determinan compras más costosas para

el Sector Público.

5.2 Adquisición mediante procesos de selección que no facilitan la competencia en precios

Además, de los retrasos en los proceso de Licitación, descritos previamente, es necesario considerar que no todas las Unidades Ejecutoras participan de los procesos de licitación, por ejemplo, cuando compran medicamentos muy especializados. Estas dos razones determinan que los medicamentos no sean necesariamente adquiridos mediante Licitación Públicas, sino a través de otras modalidades que no facilitan la competencia en precios y en las cuales se puede inducir la demanda. Ello se ha observado claramente en las compras del INEN donde los precios promedio que se obtienen al comprar mediante Adjudicación de Menor Cuantía, en la mayoría de los casos, son mayores que mediante Licitación Pública. Tal como se explicará posteriormente, la falta de mecanismos que garanticen la calidad de los medicamentos comercializados en el mercado peruano, tales como pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad, facilita que, en los procesos Adjudicación de Menor Cuantía, se suela optar por marcas que en la experiencia de los médicos garantizan el efecto terapéutico, pero que generan mayores costos a la institución pública al no adquirirse mediante un proceso que fomente la competencia en precios.

5.3 El trato preferencial a los productores nacionales y otros frenos a la competencia en precios

El trato preferencial que los gobiernos pueden brindar a los productores nacionales en los procesos de compras públicas está enmarcado dentro de lo que se denomina políticas de fomento o políticas sectoriales. Estas prácticas reciben cuestionamientos desde cuatro perspectivas (Melo, 2005): (i) de carácter teórico, (ii) de carácter institucional, (iii) cuestionamientos basados en consideraciones de economía política y (iv) cuestionamientos empíricos.

Los cuestionamientos de carácter teórico son dos. El primero considera que el gobierno no dispone de la información necesaria para conocer la dimensión cuantitativa de las

externalidades, la magnitud óptima de los correctivos necesarios³², ni el alcance preciso de los beneficios generados por las intervenciones gubernamentales³³. La segunda objeción considera la potencial aparición de fallas del gobierno siempre que se intenta llevar a la práctica las políticas sectoriales. La intervención de la política pública puede, además de no resolver el problema diagnosticado, generar una distorsión mayor.

En las objeciones de carácter institucional se aduce que, para ser exitosas, las políticas sectoriales requieren ciertas condiciones institucionales, siendo fundamental la existencia de una burocracia de alta calidad. En ese sentido, países como el Perú, que no necesariamente cumplen con esos prerrequisitos institucionales, estarían condenados a fracasar en la puesta en práctica de dichas políticas.

El tercer grupo de cuestionamientos se refiere a los problemas de economía política que pueden frustrar la intervención estatal. El primero de ellos plantea que las intervenciones estimulan la aparición de grupos empresariales rentistas que terminan apropiándose de la mayor parte del excedente (ganancia) generado, sin que respondan, a manera de contrapartida, ni con incrementos en la productividad ni con incrementos en la eficiencia, fenómeno denominado como la búsqueda de rentas, “Rent Seeking”, (Krueger, 1974).

Otro argumento considera que las políticas sectoriales pueden ser usadas para el enriquecimiento ilegal de los funcionarios públicos que toman las decisiones y de los empresarios privados que se benefician de dichas decisiones. La combinación de ambos argumentos genera incentivos perversos, debido a que las empresas buscan ante todo influir en la actividad política en vez de concentrarse en la eficiencia productiva. En definitiva, ocasionan la corrupción del sistema político y un retroceso en el desarrollo del país.

El cuarto tipo de objeciones se desenvuelve en el terreno empírico. Hay estudios que examinan si determinadas actividades generan externalidades positivas para el resto de la economía; es decir, beneficios (en términos de aumento de la productividad y los ingresos, impulso de encadenamientos empresariales o uso eficiente de los recursos de todo el país) que aparecerían indirectamente en aquellos sectores que no son beneficiados por la política sectorial. Otros estudios examinan la experiencia de los países que han usado

³² Ya sea que se trate de subsidios o ya sea que se trate de impuestos.

³³ Para poder compararlos con los beneficios de los usos alternativos que se le podrían dar a los recursos públicos

intensivamente políticas sectoriales y que buscan refutar la tesis según la cual dichas políticas contribuyeron significativamente al desarrollo económico de aquellos países³⁴.

Además de las observaciones planteadas, es necesario considerar que, en el caso puntual del Sector Salud, el trato preferencial reduce los ya muy escasos recursos del Estado, que, en un contexto de mayor competencia en precios, se hubieran podido destinar no solo a mayores compras de medicamentos, sino también a mejorar los servicios y la infraestructura sanitaria del país.

A pesar de los cuestionamientos descritos, en el Perú, desde fines de la década de 1990, se han introducido políticas sectoriales orientadas al trato preferencial hacia los productores nacionales. Específicamente, estas prácticas se aplicaron a las adquisiciones del Estado a través de la Ley N° 27143, Ley de Promoción Temporal del Desarrollo Productivo Nacional, publicada el 16 de junio de 1999. Dicha norma establecía, en su artículo único, que, por un año, se debía ofrecer una bonificación de 10% a los productores nacionales al momento de desarrollarse la evaluación de las propuestas para los procesos de adquisición de bienes para el Sector Público:

“Para la aplicación del Artículo 31 de la Ley N° 26850, Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, en los procesos de adquisición de bienes y para efectos del otorgamiento de la buena pro, se agregará un 10% adicional a la sumatoria de la calificación técnica y económica obtenida por las posturas de bienes elaborados dentro del territorio nacional, conforme al Reglamento de la materia”³⁵.

El Decreto de Urgencia N° 064-2000, publicado el 23 de agosto del año 2000, incrementó el porcentaje de bonificación para las propuestas de los productores nacionales al 15% y extendió la vigencia de este privilegio hasta el 30 de julio del 2001. Por su parte, la Ley N°

³⁴ A manera de ejemplo, los estudios de la primera clase incluyen a aquellos que han explorado la existencia de externalidades positivas generadas por las exportaciones y aquellos que han hecho lo propio para la inversión extranjera directa. De acuerdo con Rodríguez-Clare (2004), la mayoría de los estudios en las dos categorías no han encontrado evidencia positiva ni a favor de la existencia de externalidades positivas de las exportaciones ni a favor de la existencia de dicho tipo de externalidades en la inversión extranjera directa. En la segunda clase de estudios empíricos, se destacan aquellos cuyo propósito ha sido refutar la tesis de que la intervención selectiva de los gobiernos de Japón, Corea del Sur, Singapur y Taiwan aportó una contribución importante al rápido y exitoso crecimiento económico de dichos países en el período 1960-1990. Un estudio típico de esta clase es el de Nolan y Pack (2002). Este estudio concluye afirmando que la evidencia examinada por los autores sugiere que la política industrial hizo una contribución menor al crecimiento de Asia del Este.

³⁵ Cabe mencionar que el artículo 31 de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado, Ley N° 26850 publicada el 3 de agosto de 1997, se refería a la evaluación y calificación de las propuestas.

27633, publicada el 16 de enero de 2002, incrementó nuevamente el porcentaje de bonificación, ahora al 20%, y extendió su vigencia hasta el 30 de julio del 2005.

Finalmente, el 3 de julio de 2004, se publicó la Ley N° 28267, que estableció modificaciones a la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado³⁶. El artículo 8 de las disposiciones complementarias de la mencionada Ley eliminó el límite a la vigencia de la bonificación de la que gozaban los productores nacionales y que debía concluir el 30 de julio del 2005:

“Se mantendrá vigente la Ley 27143, Ley de Promoción del Desarrollo Productivo Nacional, sus normas modificatorias y complementarias”.

De este modo, una norma que fue concebida con carácter temporal se convirtió en permanente. En la práctica, el trato preferencial que reciben los productores nacionales es una freno a la competencia que tiene dos efectos:

- (1) Limita la oferta que reciben las dependencias del Estado en sus procesos de adquisición de medicamentos, ya que desanima la participación de las empresas que no se benefician de la bonificación. En términos simples, una mayor variedad de propuestas facilitarían una mejor selección, pero el trato discriminatorio determina que el Estado deba escoger entre una menor cantidad de propuestas.
- (2) Ocasiona que no necesariamente se adjudique la buena pro a la empresa que, entre las propuestas recibidas para el proceso de adquisición, ofreció el medicamento de menor precio o el de mejor calidad.

En suma, ambos efectos causan que el Estado pague más y deba seleccionar entre un número más reducido de opciones. El Indecopi (2002) reconoce que el trato preferencial que se brinda a los bienes de fabricación nacional en la adquisición de algunos medicamentos ha generado mayores gastos para las instituciones públicas.

A manera de ilustración, Indecopi analizó los resultados la Licitación Pública N°

³⁶ Posteriormente, el 29 de noviembre de 2004 se publicaron un nuevo Texto Único Ordenado de la Ley y un nuevo Reglamento, mediante los Decretos Supremos N° 083-2004-PCM y 084-2004-PCM, respectivamente. Cabe mencionar que en estos decretos no se alude a la bonificación de 20% para los productores nacionales.

0199L00231 de EsSalud³⁷, en la cual, solo por el efecto del trato preferencial, EsSalud tuvo un gasto adicional de 2 millones de soles. Al Indecopi no le fue posible analizar las licitaciones convocadas por el Minsa, puesto que al momento de realizar su estudio, no se contaba con información sobre precios.

Sin embargo, ahora es factible realizar dicho ejercicio y analizar la evolución del gasto adicional realizado por el Estado como consecuencia del trato preferencial. Para ello, se han analizado los resultados de las licitaciones que ha desarrollado EsSalud desde el año 2002 y el Minsa desde el año 2003. En cada licitación, se ha identificado el valor total pagado por los ítems que estuvieron afectados por la bonificación. Este último dato es comparado con el valor que se hubiera pagado si no existiera dicho trato preferencial. La comparación de ambos valores permite determinar la pérdida anual que causó la bonificación. En el caso de EsSalud, y en concordancia con los estimados realizados por el Indecopi en el año 2002, ha sido posible determinar que el trato preferencial no solo ha generado un gasto mayor, sino que este gasto es creciente, tanto en monto como en porcentaje respecto del monto total de la licitación. Así, la pérdida para el Estado se ha incrementado de 2 a 18 millones de soles entre los años 2002 y 2005. Durante el año 2002, esta pérdida representó el 0.71% del monto total convocado en la licitación; mientras que para el año 2005 ha pasado a representar el 3.65%.

Comparación de montos adicionales pagados en las licitaciones de EsSalud debido al trato preferencial a los productores nacionales

Año de Licitación	Ítems afectados por la bonificación	Valor total pagado por los ítems afectados por la bonificación (S/.)	Valor que se hubiera pagado sin la bonificación (S/.)	Perdida a causa de la bonificación (S/.)	La pérdida como porcentaje del monto total convocado en las bases
2002	24	16,000,182.03	13,825,376.04	2,174,805.99	0.71%
2003	25	21,772,429.99	17,295,122.34	4,477,307.65	1.60%
2005	40	64,373,420.89	46,305,627.97	18,067,792.92	3.65%

Elaboración: Propia

En el caso del Minsa, los resultados son similares a los de EsSalud. En ese sentido, el gasto adicional que debe realizar el Ministerio de Salud a consecuencia de la bonificación es creciente y representa un porcentaje cada vez mayor del monto total convocado. De este modo, mientras que en el año 2003 se pago S/. 80 mil adicionales como consecuencia del

³⁷ Licitación pública 0199L00231 convocada por un monto referencial de 306 millones de soles en junio del 2002.

trato preferencial, para el año 2005 se pago S/. 1,7 millones adicionales. La pérdida representaba 0.1% del monto total convocado en las bases en el año 2003; mientras que en el año 2005 equivalía al 1.6%.

Comparación de montos adicionales pagados en las licitaciones del Minsa debido al trato preferencial a los productores nacionales

Año de Licitación	Valor total pagado por los ítems afectados por la bonificación (S/.)	Valor que se hubiera pagado sin el bono (S/.)	Perdida a causa de la bonificación (S/.)	La pérdida como porcentaje del monto total convocado en las bases
2003	1,095,261.68	1,013,287.4	81,974.28	0.10%
2004	1,059,272.59	834,562.873	224,709.72	0.29%
2005	6,463,192.36	4,774,055.93	1,689,136.43	1.61%

Elaboración: Propia

El incremento de la bonificación que reciben los productores nacionales y la tendencia creciente en el gasto brindan señales de que se estaría consolidando un sector que es privilegiado por las prácticas discriminatorias hacia la competencia extranjera. En la práctica, parte de este sector termina siendo sostenido por el subsidio del Estado y podría desaparecer si se eliminara el privilegio que los sostiene. De allí que, conforme se incrementa el trato preferencial a los productores nacionales, sea usual encontrar una resistencia cada vez más fuerte a la eliminación de dichas prácticas. Este fenómeno es el resultado natural del problema del “Rent Seeking” descrito previamente.

Otro factor que impide la competencia y la reducción de los precios es el límite sobre el valor referencial al que se deben sujetar las ofertas. Es decir, las bases de las licitaciones determinan que las propuestas económicas que ofrecen las empresas que compiten en los procesos de selección deben fijarse dentro de un rango que está entre el 70% y el 110% del valor referencial que se establece para cada medicamento demandado. Ello impide una mayor competencia en precios. Sin embargo, en el caso puntual del sector farmacéutico, como se seguirá enfatizando posteriormente, es fundamental garantizar la calidad de los productos antes de promover la competencia en precios.

Cabe mencionar que, para promover la competencia en precios, se ha coordinado la implementación de una nueva modalidad de adquisición que es la subasta inversa³⁸. Sin

³⁸ Según el Minsa (2006), se han elaborado 12 fichas técnicas de medicamentos, las cuales se encuentran aprobadas por Consucode en el Sistema electrónico de adquisiciones y contrataciones del Estado

embargo, hay dos aspectos fundamentales para la adquisición de medicamentos costo-efectivos que no se incorporan en la propuesta de la subasta inversa que regirá para las adquisiciones de productos farmacéuticos:

- (1) No elimina el trato preferencial a los productores nacionales.
- (2) No se consideran medidas para garantizar la calidad de los productos que competirán; especialmente, para los medicamentos de estrecho margen terapéutico que requieren pasar por pruebas de bioequivalencia y biodisponibilidad. Este segundo aspecto, se debe al marco regulatorio vigente y es analizado al detalle a continuación.

5.4 Fallas del mercado farmacéutico y desregulación

Dado que el mercado de medicamentos es imperfecto por naturaleza, se requiere de calidad e información para que los agentes económicos tomen decisiones eficientes. Lamentablemente, en el Perú, el marco regulatorio es sumamente débil y la legislación fomenta la oferta, pero no la calidad ni la información.

Las dos principales fallas de mercado que la teoría económica reconoce que se presentan en el sector farmacéutico son la información asimétrica y el poder monopólico.

La primera falla se debe a que la naturaleza de las transacciones del mercado farmacéutico implica inequidad en la distribución de la información, ya que un lado del mercado suele tener mejor información que el otro. Esta situación corresponde al fenómeno definido por la teoría económica como información incompleta o asimétrica. Es decir, la decisión de compra no es exclusiva del consumidor (el paciente que demanda medicamentos), sino que en ella intervienen dos agentes que suelen poseer mejor información: el médico (prescriptor) y el dependiente de la farmacia (que puede ofrecer un sustituto al producto prescrito).

La información incompleta puede hacer que las empresas y las familias incurran en errores. Así, algunos consumidores podrían comprar productos que empeoran su bienestar³⁹ o dejar

(SEACE).

³⁹ Por ejemplo, los consumidores pueden comprar fármacos que garanticen la pérdida de peso, sólo para encontrarse que carecen de valor médico (Pindyck y Rubinfeld, 1998).

de adquirir un bien aunque se beneficiaran comprándolo. La falta de información también puede impedir que se desarrollen algunos mercados⁴⁰.

En el caso puntual del mercado farmacéutico, el médico o el farmacéutico pueden inducir la demanda ya que cuentan con un conocimiento específico muy superior con relación al paciente. De este modo, el médico puede prescribir determinados medicamentos sin brindar al paciente información respecto de otras opciones más económicas. Muchas veces este comportamiento no es malintencionado, sino que se basa en un genuino interés del médico por ofrecer lo mejor a su paciente, sin tener que preocuparse por el costo.

En la práctica, sea por la preocupación de la calidad de los fármacos o por la influencia de las prácticas comerciales, existen médicos que no recetan usando la DCI del medicamento. De este modo, en un total de 20 establecimientos asistenciales del Minsa de 4 diferentes regiones/subregiones del país, el promedio de los porcentajes de medicamentos prescritos con su nombre genérico fue de 48% (Minsa, 1997).

Un segunda falla de mercado que suele presentarse en el mercado farmacéutico es el poder de mercado, definido como la capacidad de un agente económico individual (o de un grupo de agentes que actúan coordinadamente) de influir sobre los precios del mercado. En el caso de la industria farmacéutica, el poder de mercado suele originarse por la presencia de barreras económicas y legales a la entrada de nuevos competidores:

- (1) Las barreras económicas que se presentan en el mercado de medicamentos son (i) las ventajas absolutas en costos, entre las que destacan los altos niveles de inversión en investigación y desarrollo; (ii) las ventajas de la diferenciación de los productos, entre las que destaca la publicidad orientada a generar la lealtad de los consumidores; (iii) las economías de escala, por la presencia de los altos costos fijos del sector; (iv) los requerimientos de capital, que afectan la entrada a los potenciales ofertantes que no obtienen financiamiento (Queijo, 2000, y Shy, 2001).
- (2) Respecto de las barreras legales, destacan los derechos de protección de la propiedad intelectual, como las patentes, (Viscusi, Vernon y Harrington, 2000).

⁴⁰ Así, puede ser imposible comprar ciertos tipos de seguro porque los oferentes de seguros carecen de información suficiente sobre quién tiene probabilidades de correr determinados riesgos (Pindyck y Rubinfeld, 1998).

De estas dos fallas, se considera que la más importante del sector farmacéutico es la información asimétrica, pues las barreras económicas no han impedido que, dentro de las distintas clases terapéuticas (mercados), se suela observar la presencia de múltiples ofertantes; mientras que las barreras legales, que origina la protección de la propiedad intelectual, son socialmente necesarias, pues, desde la perspectiva económica, la propiedad intelectual existe para incentivar la innovación. Innovar implica invertir recursos, como tiempo, esfuerzo y capital; mientras que copiar es fácil y barato. Por ello, desde un punto de vista social, es necesario establecer mecanismos que permitan a la empresa innovadora recuperar los costos en los que ha incurrido, para que tenga así los incentivos necesarios para gastar en investigación y desarrollo, inversiones que facilitan ofrecer más y mejores medicamentos a los consumidores.

En los mercados competitivos, se debe fomentar la competencia entre los productores. Sin embargo, existen mercados en los cuales, antes de promoverse la competencia en precios, debe garantizarse la calidad de los productos ofrecidos. Uno de estos mercados es el farmacéutico. Debido a esta exigencia el sector farmacéutico requiere de una regulación estatal que garantice la eficacia y la seguridad de los medicamentos, para así evitar que estos productos no causen el efecto terapéutico buscado o generen daños a la salud. En ese sentido, independientemente de las diferentes actitudes (a través del tiempo y de los países) hacia la industria y su regulación, el principal objetivo de la intervención del Estado en este sector ha sido garantizar el acceso de los medicamentos eficaces y seguros a la mayor parte posible de la población (Lacetera y Orsenigo, 2001).

Para regular la calidad de los productos farmacéuticos, las legislaciones exigen que los nuevos medicamentos satisfagan estándares de seguridad como condición de ingreso al mercado (Danzon, sf). Puntualmente, algunos autores consideran que regular la calidad de los medicamentos implica someterlos a pruebas de biodisponibilidad y bioequivalencia⁴¹, así como garantizar buenas prácticas de manufactura (Jaramillo, 2001).

Sin embargo, la regulación del mercado farmacéutico, además de garantizar la seguridad y

⁴¹ La biodisponibilidad mide la cantidad de principio activo contenido en un producto medicamentoso que llega a la circulación sistémica y la velocidad a la cual ocurre este proceso. Por su parte, la bioequivalencia es una relación entre dos productos farmacéuticos que son equivalentes farmacéuticos y muestran idéntica biodisponibilidad por lo cual, después de administrados en la misma dosis son similares a tal grado que sus efectos sean esencialmente los mismos. En suma, si hay bioequivalencia, dos productos farmacéuticos deben considerarse equivalentes, por lo que pueden ser intercambiados sin modificar el efecto terapéutico (OPS/OMS, 1999).

la eficacia de los medicamentos, debe diseñar políticas para corregir las fallas de mercado que lo caracterizan. De este modo, en la visión neoclásica, la regulación debe eliminar las fallas de mercado, simulando la competencia con el fin de maximizar el bienestar de la sociedad. Así, una implicancia fundamental es que la regulación debiera buscar, en primer lugar, la promoción de la competencia donde es posible que exista. En los casos en que la competencia no es posible, dadas la estructura de información y los incentivos que tienen los agentes bajo distintos esquema regulatorios el objetivo debiera ser el regular de la manera más eficiente (Paredes y Sánchez, sf).

A pesar de estas consideraciones, el sector farmacéutico en el peruano está sometido a una regulación sumamente débil. La desregulación de la calidad en el mercado farmacéutico se originó en el Decreto Ley N° 25596, promulgado el 4 de julio 1992, a través del cual se redujo a un trámite documentario el proceso que un productor o importador debía realizar para obtener el Registro Sanitario necesario para comercializar un nuevo medicamento.

El Decreto Ley N° 25596 también garantizaba el principio del “silencio administrativo positivo”, mediante el cual toda solicitud que no hubiera sido aprobada en un lapso de 30 días obtenía automáticamente su número de registro sanitario. De este modo, el Perú empezó a convertirse en un país donde se puede registrar casi cualquier producto farmacéutico con presuntos fines medicinales, así no haya demostrado eficacia terapéutica, seguridad, contenga combinaciones irracionales y sea innecesario para el país (Vargas, 2002).

La Ley General de Salud, Ley N° 26842, promulgada el 20 de julio de 1997 redujo el “silencio administrativo positivo” a 7 días y estableció que la inscripción en el Registro Sanitario de medicamentos era automática con la sola presentación de los documentos que exige la ley. Así, un asunto técnico-científico se ha reducido a un acto notarial (AIS, 1998).

La flexibilización de la regulación sanitaria determinó que el Perú sea uno de los países donde es más fácil registrar medicamentos y explica el incremento significativo del número de registros sanitarios otorgados anualmente. De este modo, durante el año 1990, se registraron 163 medicamentos, mientras que en el año 1999 se registraron 2.066 medicamentos.

Medicamentos registrados en el período 1988 – 1999

Años	N° de medicamentos registrados
1988	148
1989	83
1990	163
1991	1,006
1992	1,345
1993	1,895
1994	1,289
1995	2,348
1996	1,776
1997	1,004
1998	1,669
1999	2,066

Fuente y elaboración: Minsa

Adicionalmente, los recursos que recauda la Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas (Digemid), entidad encargada de la regulación del mercado farmacéutico peruano, son sumamente reducidos con respecto a otros países de la región, lo cual limita su capacidad para ejercer eficientemente su función reguladora.

El registro sanitario de medicamentos			
País	Costo del Registro Sanitario	Tiempo de Trámite Medicamento Nuevo	Tiempo de Trámite Medicamento Genérico
Perú	US\$ 86	7 días	7 días
Ecuador	US\$ 1.000	6 meses	3 meses
Colombia	US\$ 700 y US\$ 1.400	8 meses	6 meses
Chile	US\$ 1.000	8 meses	6 meses
Venezuela	US\$ 186 y US\$ 1.000	8 meses	8 meses

Fuente: Alafarpe

Elaboración: Maximixe

Desde la década pasada, la Digemid realiza pesquisas que verifican la conformidad de los medicamentos con los protocolos de control de calidad presentados por el fabricante o el importador al momento de tramitar el registro sanitario. Una muestra más de la débil regulación del sector es que la ley determina que las pesquisas realizadas por Digemid, se efectúen luego de haberse otorgado el registro sanitario y solo abarquen una muestra aleatoria del 10% de los medicamentos registrados.

Cabe considerar que algunas de las pruebas a las que debe someterse a los productos que la

Digemid recoge en sus pesquisas demoran varios meses y finalmente, cuando se detecta un incumplimiento en alguno de los estándares establecidos, el stock del producto examinado puede haber sido comercializado íntegramente en el mercado.

En suma, el inadecuado marco legal limita severamente la función reguladora de la Digemid, afectando la calidad de los productos farmacéuticos comercializados y generando severas distorsiones en el mercado de medicamentos. En el caso específico de las compras públicas de medicamentos, a pesar de que el sistema regulatorio no garantiza la calidad de los productos farmacéuticos ofrecidos en los procesos de selección para las compras públicas de medicamentos, la ley promueve la competencia en precios en dichos procesos⁴², con lo cual se impide la asignación eficiente de los recursos del Sector Público.

⁴² Hasta el margen que no es frenado por el trato preferencial a los productores nacionales y el límite a no ofrecer precios menores al 70% del precio base.

Conclusiones

El precio de los medicamentos adquiridos por el Estado a través de los procesos de licitaciones públicas, han mostrado una tendencia a la baja. Sin embargo, de tomarse las medidas regulatorias necesarias en el mercado farmacéutico, como lo es el cambio de la Ley General de Salud en materia de controles de calidad, existe espacio para presionar los precios aún más hacia la baja.

En EsSalud, se observa una importante caída en los precios de los medicamentos adquiridos a través de Licitaciones Públicas, incluidos los oncológicos, lo cual ha generado importantes ahorros para dicha institución.

Los precios a los cuales el Minsa adquiere medicamentos se han reducido entre los años 2003 y 2005. Sin embargo, esta reducción fue frenada en el año 2005 debido al incremento de los precios referenciales en las bases de las licitaciones, pues los precios de los medicamentos ya habrían tocado piso durante el año 2004, y a problemas administrativos al interior del Minsa que habrían generado sobrecostos financieros a sus proveedores con la consiguiente reducción de la oferta y aumento de precios.

Los medicamentos oncológicos adquiridos por el INEN, al igual que en el caso de EsSalud, en promedio, han bajado de precio entre los años 2003 y 2005; sin embargo, el hecho de que no todos los medicamentos sean adquiridos mediante Licitación Pública genera mayores gastos a dicha institución.

Entre los factores que limitaron una mayor caída en los precios en la compras públicas de medicamentos destacan:

- La Ley General de Salud, que limita severamente la función reguladora de la Digemid, afectando la calidad de los productos farmacéuticos comercializados, lo cual determina distorsiones del mercado tales como la orientación de la demanda hacia marcas que, en la experiencia de los médicos, garantizan el efecto terapéutico, pero generan mayores costos a la institución.
- El trato preferencial a los productores nacionales que otorga una bonificación de 20% a los productores nacionales al momento de desarrollarse la evaluación de las

propuestas para los procesos de compra. Este privilegio causa que el Estado pague más y deba seleccionar entre un número más reducido de opciones.

- Los retrasos en los procesos de licitación, que generan desabastecimiento y presionan a adquirir mediante Adjudicación de Menor Cuantía.
- El límite al cual los postores pueden colocar los precios, ya que las propuestas económicas que ofrecen las empresas competidoras deben fijarse dentro de un rango que está entre el 70% y el 110% del valor referencial que se establece para cada medicamento demandado. Ello impide una mayor competencia en precios. Sin embargo, es necesario tener presente que, en el caso puntual del sector farmacéutico, es fundamental garantizar la calidad de los productos antes de promover la competencia en precios.
- En el caso del Minsa, es necesario tomar en cuenta los aspectos que generan los sobre costos financieros y administrativos a los ofertantes, para poder contar con una mayor oferta de postores que permita presionar a la baja los precios de los medicamentos.

Bibliografía

AIS. 1998. “Políticas de medicamentos. Libre registro de medicamentos en Perú”, en *Fármacos*. Volumen 1, (1) Febrero de 1998. (Tomado de El Correo de AIS, Boletín Número 37. Editado por Núria Homedes).

Correa, Isabel. 2002. *Manual de licitaciones públicas*. Serie Manuales. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social- ILPES. CEPAL. Santiago de Chile.

Danzon, Patricia. sf. *The Pharmaceutical Industry*. The Warthon School – University of Pennsylvania.

Indecopi. 2002. *Compras estatales y competencia en el mercado de productos farmacéuticos*. Documento de discusión No. 05-2002/GEE.

Krueger, Anne. 1974. “The Political Economy of the Rent-Seeking Society”. En: *American Economic Review*. Vol. 64, junio, pp. 291-303.

Lacetera, Incola y Luigi Orsenigo. 2001. *Political Regimes, Technological Regimes and Innovation in the Evolution of the Pharmaceutical Industry in the USA and in Europe*. Johns Hopkins University, Baltimore.

Melo, Alberto. 2005. *Hacia un nuevo paradigma para las políticas sectoriales*. En: *Cooperación Andina de Fomento / Políticas sectoriales en la región andina Lecciones y propuestas*. pp. 32-60

Ministerio de Salud. 1997. *Evaluación de la Situación de los Medicamentos en el Perú*. Lima.

Ministerio de Salud. 2005. *Evaluación de los principales efectos sobre el acceso a medicamentos del Tratado de Libre Comercio que se negocia con los Estados Unidos de América*. Lima.

Minsa. 2006. *Memoria Ministerio de Salud 2001-2006*. Lima.

Nolan, Marcus y Howard Pack. 2002. "Industrial Policies and Growth: Lessons from International Experience". En Norman Loayza y Raimundo Soto (editores), *Economic Growth: Sources, Trends, and Cycles*, Banco Central de Chile, Santiago de Chile.

Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS). 1999. *Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso*.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2001. *Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Perú*. Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud. División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. OPS.

Organización Panamericana de la Salud (OPS). 2003. *Tendencias en la utilización y financiamiento de los servicios de salud*, Lima.

Paredes, Ricardo y José Miguel Sánchez. sf. *Teoría y Práctica de la Economía de la Regulación*.

Pope, Jeremy. 2000. *Confronting Corruption: The Elements of a National Integrity System*. Transparency Internacional. Berlín.

Pindyck, Robert y Daniel Rubinfeld. 1998. *Microeconomía*. Prentice-Hall, Iberia SRL, Madrid.

Queijo, Virginia. 2000. *La industria farmacéutica en el Uruguay*. Cámara de Industrias del Uruguay. Departamento de Estudios Económicos. Montevideo, Uruguay.

Rodríguez-Clare, Andrés. 2004. *Microeconomic Interventions after the Washington Consensus*. Departamento de Investigación, Banco Interamericano de Desarrollo, junio, Washington, DC.

Seinfeld, Janice y Karlos La Serna. 2005. ¿Por qué la Protección de los Datos de Prueba en el mercado farmacéutico no debe ser un impedimento para firmar el TLC con los EEUU? IPE. En: http://www.up.edu.pe/_data/ciup/documentos/20051116144239_por.pdf

Shy, Oz. 2001. *Industrial Organization. Theory and Applications*. Six Edition. The MIT Press.

Vargas, Manuel. 2002. “Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú”, en Arroyo, Juan (editor). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. CIES. Lima. pp. 141-184.

Wiehen, Michael H. 2001. “Transparency in Procurement”. En: Lara, Gabriel y Rick Stapenhurst (editores). *The Role of Bilateral Donors in Fighting Corruption*. Washington, D.C.: The World Bank Institute. pp. 85 – 93.

Páginas web:

www.boletinfarmacos.org

www.indecopi.gob.pe/legislacionyjurisprudencia/saladedefensa/com-desleal/rec-0449-2003.asp

Anexo I: Seguimiento de precios de los medicamentos en farmacias

Durante el proceso de negociaciones para un acuerdo comercial con los EE.UU., el Minsa (2005) realizó un estudio titulado “Evaluación de los efectos sobre el acceso a medicamentos de los potenciales acuerdos del TLC que se negocia con EE.UU.” para intentar medir el potencial efecto del aumento de la protección a la propiedad intelectual sobre el precio y el acceso a medicamentos. Dentro de dicho trabajo se evalúan los resultados de la exoneración de aranceles y del IGV que se aplicaron a los antirretrovirales y los medicamentos oncológicos. Con ello, se intentaba evaluar la efectividad de algunas de las propuestas para paliar el efecto sobre los precios de los medicamentos de la firma del TLC. De este modo, se recurrió a la información proporcionada por la revista farmacéutica Kairos, donde se incluyen los precios de venta del distribuidor a las farmacias y los precios sugeridos al público. A partir de la información de Kairos, se siguieron los precios en el mercado peruano, por un periodo de 5 años, de un total de 200 medicamentos que se corresponden con 62 principios activos.

Según el trabajo del Minsa, la liberación de aranceles e IGV debería haber provocado al menos una reducción del 20% del precio final de los medicamentos oncológicos, pero sus estimaciones realizadas arrojaban que solo un 8% de medicamentos rebajó sus precios en un 20% o más; mientras que un 50% rebajó sus precios en una menor proporción a la esperada, un 19% mantuvieron sus precios sin variación y un 23% incrementaron sus precios. Debido a ello, el estudio del Minsa concluye que el efecto esperado de rebaja de precios no se observó, a pesar que para el período 2003-2004 el tipo de cambio disminuyó reforzando la posibilidad de rebaja de precios.

Sin embargo, es necesario aclarar que los precios que presenta la revista Kairos no incorporan los descuentos que ofrecen los distribuidores, en especial a las cadenas y a las grandes farmacias independientes. Es necesario considerar que según datos del IMS, entre los años 1998 y 2005, la participación en las ventas de las cadenas de boticas en el mercado privado paso del 13.68% al 53.5%, lo cual aumenta la participación en el mercado de las cadenas, agentes que tienen una gran capacidad para obtener descuentos que no son considerados en Kairos.

La encuesta

Para determinar el nivel de diferencia entre los precios presentados por Kairos y los precios a los cuales se venden los medicamentos, se realizó una encuesta en cadenas de boticas, farmacias independientes, farmacias de clínicas privadas y hospitales públicos. En dichos lugares, se levantó información sobre los 16 productos de mayor participación en las ventas del mercado durante los últimos 12 meses según los datos del IMS de mayo de 2006. Dichos productos se presentan en la siguiente tabla.

**Productos de mayor participación en las ventas
del mercado farmacéutico privado**

1	APRONAX TABL 550 MG
2	DOLOCORDRALAN TAB.REC EXTR (FORT)
3	BACTRIM TABL 800 MG
4	ARCOXIA TABL.RECUBIE 120 MG
5	NOTIL CREMA 10 G
6	HEPABIONTA GRAG.
7	PLIDAN CPTO NF TABL.RECUBIE
8	NASTIZOL COMPOSIT. TABL DISPENS
9	NEUROBION GRAG (FORT)
10	DOLO-NEUROBION A.IM I+II 3 ML
11	DEXACORT TABL 4 MG
12	DEXACORT ELIXIR 2 MG 100 ML x 1 (/5ML)
13	PANADOL TABL 500 MG
14	AB BRONCOL V.IM + SOLV 1200 MG 5 ML x 1
15	GASEOVET TABL 40 MG
16	BISOLVON JBE LINC INF 4 MG 120 ML

Fuente: IMS

La encuesta fue realizada los días Sábado 2 y Domingo 3 de Setiembre de 2006 por un equipo de 16 estudiantes de la Universidad del Pacífico. Dichos estudiantes fueron capacitados y su trabajo fue supervisado durante la semana siguiente al levantamiento de información.

La encuesta fue realizada en cadenas, farmacias y boticas independientes, farmacias de clínicas y hospitales, de las zonas centro, sur y norte de Lima. La muestra seleccionada de establecimientos se presenta en las siguientes tablas.

Muestra de cadenas donde se realizó la encuesta

Establecimiento	Dirección	Distrito
Boticas FASA	Av. Dos de Mayo 1410	San Isidro
Boticas Inkafarma	Av. Dos de Mayo 1105	San Isidro
Boticas FASA	Calle Simón Salguero 588	Surco
Boticas Inkafarma	Calle Simón Salguero 501-505	Surco
Boticas Inkafarma	Av. Rosa Toro 995	San Luis
Boticas FASA	Av. Peru 1310	San Martín de Porres
Boticas Inkafarma	Av. Peru 1799	San Martín de Porres
Boticas FASA	Av. Carlos Izaguirre 813 Local Comercial N° 01, Urb. Mercurio	Los Olivos
Boticas Inkafarma	Av. Carlos Izaguirre 880	Los Olivos
Boticas FASA	Av. San Juan 965, 967 Urb. San Juan	San Juan de Miraflores
Boticas Inkafarma	Av. Miguel Iglesias 977 Zona D	San Juan de Miraflores

Elaboración propia

Muestra de Farmacias y Boticas independientes donde se realizó la encuesta

Establecimiento	Dirección	Distrito
Boticas BVA SAC	Av. Javier Prado Este 219	San Isidro
Grupo de Negocios Farmaceuticos SAC	Jr. Simon Salguero 557	Surco
Botica Santa Rita	Av. La Rosa Toro 990	San Luis
Farmacias Hollywood	Av. Venezuela 1100	Breña
Farmacia Maggicela SAC	Jr. Eloy Espinoza Saldaña 700 Urb. Palao	San Martín de Porres
Farmacia San Bartolomé	Av. Carlos Izaguirre 906 Urb. Las Palmeras	Los Olivos
Boticas Afja	Av. Los Heroes 1184	San Juan de Miraflores

Elaboración propia

Muestra de Clínicas donde se realizó la encuesta

Establecimiento	Dirección	Distrito
Clínica Angloamericana	Cl. Alfredo Salazar cuadra 3	San Isidro
Clínica Ricardo Palma	Av. Javier Prado Este 1066	San Isidro
Clínica San Pablo	Av. el Polo 789	Surco
Clínica San Borja	Av. Guardia Civil 337	San Borja
Clínica San Felipe	Av. Gregorio Escobedo # 650	Jesús María

Elaboración propia

Muestra de Hospitales Públicos donde se realizó la encuesta

Establecimiento	Dirección	Distrito
Hospital Nacional General Arzobispo Loayza	Av. Alfonso Ugarte 848	Lima
Hospital Maria Auxiliadora	Av. Miguel Iglesias Nro. 968	San Juan de Miraflores
Hospital Nacional Edgardo Rebagliati	Esq. Av. Salaverry y E. Rebagliati s/n	Jesús María
Hospital Santa Rosa	Av. Bolivar Cuadra 8	Pueblo Libre
Instituto de Salud del Niño	Av. Brasil 600	Breña

Elaboración propia

Los resultados

Los precios promedio de la cadenas de boticas, farmacias y boticas independientes, farmacias de clínicas se comparan con los precios referenciales a los que el distribuidor vende a la farmacia y los precios sugeridos al público que aparecen en el número de Kairos correspondiente al mes de agosto de 2006. Cabe mencionar que no se pudo obtener información de los hospitales pues en estos establecimientos no se comercializaba el medicamento o solo se comercializaban sus versiones genéricas.

Resumen de los precios obtenidos a través de la encuesta

	Medicamento	Precios promedio			Precios según Kairos	
		Cadenas	Farmacias y boticas independientes	Farmacias de clínicas	Precio de Venta a Farmacia	Precio al Público Sugerido
1	Apronax tabl 550 mg	S/. 1.40	S/. 1.43	S/. 2.13	S/. 1.82	ND
2	Ddolocordralan tab. rec extr (fort)	S/. 1.18	S/. 1.29	S/. 2.07	S/. 1.64	ND
3	Bactrim tabl 800 mg	S/. 1.21	S/. 1.31	S/. 3.44	S/. 1.83	ND
4	Arcoxia tabl. recubie 120 mg	S/. 6.57	S/. 6.86	S/. 7.70	S/. 7.19	S/. 9.57
5	Notil crema 10 g	S/. 8.87	S/. 9.31	S/. 19.90	S/. 18.47	ND
6	Hepabionta grag.	S/. 1.11	S/. 1.24	S/. 2.05	S/. 2.05	S/. 2.73
7	Plidan cpto nf tabl.recubie	S/. 0.89	S/. 1.00	S/. 1.84	S/. 1.81	S/. 2.41
8	Nastizol composit. tabl dispens	S/. 0.71	S/. 0.69	S/. 1.15	S/. 1.17	S/. 1.56
9	Neurobion grag (fort)	S/. 1.56	S/. 1.52	S/. 2.85	S/. 2.33	S/. 3
10	Dolo-neurobion a.im i+ii 3 ml	S/. 1.37	S/. 1.41	S/. 2.05	ND	ND
11	Dexacort tabl 4 mg	S/. 2.16	S/. 1.99	S/. 3.76	S/. 3.50	ND
12	Dexacort elixir 2 mg 100 ml x 1 (/5ml)	S/. 21.82	S/. 23.79	S/. 44.18	S/. 41.89	ND
13	Panadol tabl 500 mg	S/. 0.30	S/. 0.32	S/. 0.55	S/. 0.30	S/. 0.41
14	Ab broncol v.im + solv 1200 mg 5 ml x 1	S/. 15.24	S/. 16.33	S/. 21.50	S/. 26.00	ND
15	Gaseovet tabl 40 mg	S/. 0.50	S/. 0.50	S/. 0.59	S/. 0.55	ND
16	Bisolvon jbe linc inf 4 mg 120 ml	S/. 22.50	S/. 21.20	S/. 33.33	ND	ND

Elaboración propia

Según la tabla presentada, los precios de los medicamentos son menores en las cadenas y en las farmacias y boticas independientes que en las farmacias de clínicas privadas. Por su parte, los precios promedio de las dos cadenas en las cuales se levantó la información son similares.

Precios promedio de las cadenas

	Nombre del Establecimiento	Boticas FASA	Inkafarma	Promedio Cadenas
1	Apronax tabl 550 mg	S/. 1.39	S/. 1.40	S/. 1.40
2	Ddolocordralan tab. rec extr (fort)	S/. 1.28	S/. 1.10	S/. 1.18
3	Bactrim tabl 800 mg	S/. 1.22	S/. 1.20	S/. 1.21
4	Arcoxia tabl. recubie 120 mg	S/. 6.72	S/. 6.44	S/. 6.57
5	Notil crema 10 g	S/. 8.98	S/. 8.76	S/. 8.87
6	Hepabionta grag.	S/. 1.17	S/. 1.07	S/. 1.11
7	Plidan cpto nf tabl.recubie	S/. 0.90	S/. 0.88	S/. 0.89
8	Nastizol composit. tabl dispens	S/. 0.72	S/. 0.71	S/. 0.71
9	Neurobion grag (fort)	S/. 1.71	S/. 1.44	S/. 1.56
10	Dolo-neurobion a.im i+ii 3 ml	S/. 1.40	S/. 1.34	S/. 1.37
11	Dexacort tabl 4 mg	S/. 2.00	S/. 2.30	S/. 2.16
12	Dexacort elixir 2 mg 100 ml x 1 (/5ml)	S/. 21.38	S/. 22.18	S/. 21.82
13	Panadol tabl 500 mg	S/. 0.30	S/. 0.30	S/. 0.30
14	Ab broncol v.im + solv 1200 mg 5 ml x 1	S/. 14.56	S/. 15.93	S/. 15.24
15	Gaseovet tabl 40 mg	S/. 0.51	S/. 0.49	S/. 0.50
16	Bisolvon jbe linc inf 4 mg 120 ml	S/. 22.50	S/. 22.50	S/. 22.50

Elaboración propia

Se observa que los precios de venta al público identificados en las cadenas son en promedio equivalentes al 67.64% del precio de venta a farmacia que reporta Kairos. Por su parte, las farmacias y boticas independientes mostraron un precio de venta al público que equivale en promedio al 70.49% del precio de venta a farmacia que reporta Kairos. Solo en el caso de las farmacias de las clínicas privadas el precio promedio de venta al público supera al precio de venta a farmacia que reporta Kairos llegando a ser del 118.02%.

Porcentaje que representan los precios promedio respecto del precio de venta a farmacia que reporta Kairos

	Nombre del Establecimiento	Boticas FASA	Inkafarma	Cadenas	Farmacias y boticas independientes	Farmacias de clínicas	Precio de Venta Farmacia Kairos
1	Apronax tabl 550 mg	76.22 %	76.77%	76.52%	78.65%	116.99%	S/. 1.82
2	Ddolocordralan tab. rec extr (fort)	77.93 %	66.98%	71.96%	78.28%	125.73%	S/. 1.64
3	Bactrim tabl 800 mg	66.81 %	65.72%	66.22%	71.98%	188.25%	S/. 1.83
4	Arcoxia tabl.recubie 120 mg	93.41 %	89.47%	91.26%	95.31%	107.03%	S/. 7.19
5	Notil crema 10 g	48.62 %	47.43%	48.02%	50.43%	107.74%	S/. 18.47
6	Hepabionta grag.	56.83 %	52.23%	54.32%	60.57%	99.91%	S/. 2.05
7	Plidan cpto nf tabl.recubie	49.76 %	48.84%	49.25%	55.29%	101.95%	S/. 1.81
8	Nastizol composit. tabl dispens	61.49 %	60.21%	60.79%	59.17%	98.50%	S/. 1.17
9	Neurobion grag (fort)	73.24 %	61.88%	66.93%	65.16%	122.29%	S/. 2.33
11	Dexacort tabl 4 mg	57.11 %	65.68%	61.78%	56.95%	107.22%	S/. 3.50
12	Dexacort elixir 2 mg 100 ml x 1 (/5ml)	51.04 %	52.96%	52.08%	56.78%	105.45%	S/. 41.89
13	Panadol tabl 500 mg	98.52 %	97.15%	97.78%	104.00%	180.62%	S/. 0.30
14	Ab broncol v.im + solv 1200 mg 5 ml x 1	56.00 %	61.26%	58.63%	62.80%	82.69%	S/. 26.00
15	Gaseovet tabl 40 mg	93.66 %	89.63%	91.46%	91.46%	107.93%	S/. 0.55
	Promedio	68.62 %	66.87%	67.64%	70.49%	118.02%	

Elaboración propia

Asimismo, se ha comparado los precios de venta al público obtenidos a través de la encuesta y los que sugiere Kairos. Se observa que los precios de venta al público identificados en las cadenas son en promedio equivalentes al 52.67% del precio de venta al público sugerido en Kairos. Por su parte, las farmacias y boticas independientes mostraron un precio de venta al público que equivale en promedio al 55.07% del precio de venta al público sugerido en Kairos. En el caso de las farmacias de las clínicas privadas el precio promedio de venta al público equivale al 89.01% del precio de venta al público sugerido en Kairos.

Porcentaje que representan los precios promedio respecto del precio de venta a farmacia que reporta Kairos

	Nombre del Establecimiento	Boticas FASA	Inkafarma	Cadenas	Farmacias y boticas independientes	Farmacias de clínicas	Precio Público Sugerido Kairos
4	Arcoxia tabl.recubie 120 mg	70.23%	67.27%	68.61%	71.66%	80.47%	S/. 9.57
6	Hepabionta grag.	42.73%	39.27%	40.84%	45.54%	75.12%	S/. 2.73
7	Plidan cpto nf tabl.recubie	37.41%	36.72%	37.03%	41.57%	76.65%	S/. 2.41
8	Nastizol composit. tabl dispens	46.23%	45.27%	45.71%	44.49%	74.06%	S/. 1.56
9	Neurobion grag (fort)	55.06%	46.52%	50.32%	48.99%	91.94%	S/. 3.10
13	Panadol tabl 500 mg	74.07%	73.05%	73.51%	78.19%	135.80%	S/. 0.41
	Promedio	54.29%	51.35%	52.67%	55.07%	89.01%	

Elaboración propia