

NSSA-PERU

ANÁLISIS DEL SECTOR SALUD

La Problemática de los Medicamentos en el Perú

Informe Técnico N° 6

Financiado por USAID bajo el acuerdo de Cooperación No. 527-0167-CA-00-5054-00 con la Research Foundation of the State University of New York.

Característica principal del Proyecto ANALISIS DEL SECTOR SALUD EN EL PERU (ANSSA-PERU) es su concepción integral con participación Multidisciplinaria y Multiinstitucional. En este contexto incluye los siguientes componentes: Estado de la Salud de la Población Peruana, Demanda de la Población por Servicios de Salud, Participación Comunitaria en el Mejoramiento de la Salud, Recursos Físicos, Humanos y Farmacéuticos disponibles en el Sector, y Financiamiento de los Servicios de la Salud del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sector no Público. El estudio ha sido desarrollado en tres etapas, las mismas que se han iniciado y concluido con Seminarios-Talleres y Reuniones de Trabajo, con participación de funcionarios del Sector, en los cuales se han diseñado las investigaciones y analizado los resultados de cada fase. Estos eventos tuvieron lugar en febrero, mayo, julio y diciembre de 1985 y febrero de 1986.

La primera etapa, realizada entre febrero y julio de 1985, correspondió al ajuste del marco conceptual, a la revisión de la información disponible, la descripción y síntesis de ella y la elaboración de documentos preliminares para cada uno de los iniciales seis Componentes Técnicos del Estudio.

La segunda, efectuada entre agosto de 1985 y febrero de 1986, se orientó a profundizar algunos trabajos y analizar problemas seleccionados por las autoridades del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social, en función a los lineamientos de Política del nuevo Gobierno. En respuesta a lo anterior, y en consideración a su importancia, se incluyó como un nuevo componente la Participación de la Comunidad en Salud. En esta etapa se realizaron 21 estudios, 10 de ellos de enfoque nacional y 11 en dos Regiones de Salud, calificadas como prioritarias -Cusco y Cajamarca- donde se llevaron a cabo seminarios de discusión sobre los resultados obtenidos.

La tercera, llevada a cabo entre febrero y mayo de 1986, comprendió la integración de los análisis y resultados de los 21 estudios, dentro del marco conceptual de los siete Componentes Técnicos, y la preparación de informes finales para su difusión. La lista de estos documentos aparece en la cubierta del presente informe.

Se ha desarrollado un Sistema de Documentación sobre el Sector Salud, en base a información y documentos accesibles, tanto en el país como a nivel internacional, conformándose así un sistema de apoyo a las investigaciones. Las referencias bibliográficas y sus respectivos resúmenes se hallan almacenados en un sistema de microcomputación PBIDS, conectado al Sistema PAHOLINE de la OPS/OMS. El sistema también incluye una base de datos y programas de procesamiento de textos y elaboración de cuadros y gráficos.

En conjunto, ANSSA-PERU proporciona información sistematizada y elementos conceptuales y técnicos que constituyen una base analítica del Sector, que coadyuvan a la planificación y toma de decisiones con criterios de eficacia, eficiencia y equidad; a la vez facilita las actividades de Cooperación Técnica de Gobiernos, Agencias y Organismos Internacionales. Empero, es importante continuar con investigaciones de carácter operativo.

El Proyecto fue ejecutado bajo un Convenio de Cooperación entre la Organización Panamericana de la Salud y la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook. Contó con la aprobación y valioso aporte del Ministerio de Salud y de las siguientes instituciones: Escuela de Administración de Negocios para Graduados, Instituto Peruano de Seguridad Social, Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la consultora International Resources Group, Ltd. Fue financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo del Gobierno de los Estados Unidos.

Los responsables de ANSSA-PERU, Coordinador Nacional y Director Técnico, agradecen a todos los participantes por su valiosa contribución al desarrollo y conclusión del Proyecto; a la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en el Perú, por su importante apoyo técnico, administrativo y logístico; y la disposición de las autoridades del Ministerio de Salud e Instituto Peruano de Seguridad Social, al brindar acceso a sus fuentes de información.

WALTER TORRES ZEVALLOS
Coordinador Nacional

DIETER K. ZSCHOCK
Director Técnico

ANSSA - PERU

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

MINISTERIO DE SALUD

**ESCUELA DE ADMINISTRACION DE
NEGOCIOS PARA GRADUADOS**

**INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD
SOCIAL**

**INTERNATIONAL RESOURCES GROUP,
LTD.**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE
LA SALUD**

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVA
YORK EN STONY BROOK**

**UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO
HEREDIA**

COMITE DE COORDINACION

Médico	WALTER TORRES ZEVALLOS	MINISTERIO DE SALUD/OPS*
Economista	CESAR PENARANDA CASTAÑEDA	REPRESENTANTE DE ESAN
Economista	DAVID TEJADA PARDO	REPRESENTANTE DE UPCH
Sociólogo	LUIS CARLOS GOMEZ	REPRESENTANTE DE IRG
Economista	DIETER K. ZSCHOCK	REPRESENTANTE DE SUNY**

PARTICIPANTES

ESCUELA DE ADMINISTRACION DE NEGOCIOS PARA GRADUADOS (ESAN)

Abogado	NISSIM ALCABES AVDALA
Economista	ANDRES BONER BARRAGAN
Economista	OCTAVIO CHIRINOS VALDIVIA
Ingeniera	SUSANA MADRID WOSAN
Economista	OSCAR MILLONES DESTEFANO
Ingeniera	DORA LUZ PAZ CASTAÑAGA
Economista	CESAR PENARANDA CASTAÑEDA
Economista	JOSE CARLOS VERA LA TORRE
Secretaria	ROSARIO VERGARA POPPE

INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL (IPSS)

Químico-Farmacéutica	ALBERTA ARENAS HORNA
Médica	MARINA LOPEZ
Sociólogo	LUIS MANRIQUE MORALES
Arquitecto	GERMAN MARTINEZ TORRES-LARA
Economista	EDUARDO O'BRIEN NEYRA
Enfermera	JULIA PINEDA GARCIA
Médico	NILO VALLEJO ESPINOZA

INTERNATIONAL RESOURCES GROUP, LTD. (IRG)

Sociólogo	LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO
Ingeniero	JAMES MUNSON
Planificador	PETRA REYES
Asist. Administrativa	MARITZA TORRES GARAZATUA
Bibliotecaria	GIULIANA MAVILA UGARTE

MINISTERIO DE SALUD (MS)

Nutricionista	MIYARAY BENAVENTE ERCILLA
Ingeniero	JAVIER BOLIVAR
Médico	EDWIN CABRERA
Químico-Farmacéutica	LYDIA CARREON
Arquitecta	MARIA ESPERANZA CASTAÑEDA
Administrador	BENJAMIN CONDOR
Médico	MANUEL DEL RIO
Arquitecta	MARIA ESTRADA FARFAN
Médico	PETRONIO EYZAGUIRRE
Químico-Farmacéutico	URIEL GARCIA MARQUEZ
Enfermera	RUTH SEMINARIO RIVAS
Administrador	CRISTINA SILVA ALVARADO
Médico	EDUARDO ZAPATA SALAZAR

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD (OPS)

PROYECTO ANSSA-PERU

Economista	MARCO ANTONIO AYRES SICHERI
Sociólogo	MANUEL BERNALES
Médico	JULIO CASTAÑEDA COSTA*(1ra. etapa)
Psicóloga	TERESA CIUDAD DE IGLESIAS
Enfermera	ELA DIAZ DE VENTURO
Sociólogo	ALFREDO FILOMENO
Químico-Farmacéutica	NELLY GALVEZ DE LLAQUE
Economista	NOEMI MONTES (DESCO)
Antropólogo	LUIS OLIVERA (DESCO)
Demógrafo	HECTOR RAMOS SALAZAR
Médico	WALTER TORRES ZEVALLOS*(2da. y 3ra. etapa)
Sociólogo	JUAN FERNANDO VEGA
Secretaria	SUSANA CAVASSA DE PINEDO
Secretaria	OLGA DIEZ RUIZ ELDREDGE

FUNCIONARIOS

Médico	EDUARDO AQUINO DEL PUERTO
Médico	ROBERTO BADIA MONTALVO
Médico	JORGE CASTELLANOS
Arquitecta	ASTRID DEBUCHI
Médico	ENRIQUE FEFER
Médico	GUILLERMO LLANOS
Economista	PHILIP MUSGROVE
Médico	DUNCAN PEDERSEN

Médico	DANIEL PURCALLAS CELAYA
Médico	CLOVIS TIGRE
Médico	CARLOS VIDAL
Secretaria	AURORA ESTRADA FALCONI

**UNIVERSIDAD ESTATAL DE NUEVA YORK
EN STONY BROOK (SUNY)
PROFESORES**

Economista	ETHEL CARRILLO ROJAS
Economista	PAUL J. GERTER
Economista	LUIS LOCAY
Economista	WARREN C. SANDERSON
Asis. Administrativa	LYNDA PERDOMO AYALA
Economista	DIETER K. ZSCHOCK

CONSULTORES CONTRATADOS

Antropóloga Médica	JUDITH DAVIDSON
Sociólogo	GARY GEREFFI
Economista	EDMUND T. MCTERNAN
Economista	CARMELO MESA-LAGO

UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA (UPCH)

Médico	LUIS BENAVENTE ERCILLA
Médico	MIGUEL CAMPOS SANCHEZ
Médico	DIEGO GONZALEZ DEL CARPIO
Médico	JORGE SILVA LEGUIA
Economista	DAVID TEJADA PARDO
Médico	MARIO ZEGARRA COELLO

*Coordinador Nacional
**Director Técnico

ANSSA -- PERU

LA PROBLEMATICA DE LOS MEDICAMENTOS
EN EL PERU

Informe Técnico No. 6

Q. Far. Lydia Carreon	(MS)
Soc. Gary Gereffi	(SUNY)
Q. Far. Nelly G. de Llaque	(OPS)
Econ. César Peñaranda	(ESAN)
Med. Jorge Silva	(UPCH)

Lima, mayo 1986

LA PROBLEMATICA DE LOS MEDICAMENTOS EN PERU

El perfil de la investigación fue diseñado en marzo de 1985, en ocasión del primer taller de discusión de ANSSA, para lo cual se contó con la participación de un grupo multiinstitucional y multidisciplinario. En la elaboración del primer informe técnico, participaron activamente la Químico-Farmacéutica Nelly G. de Llaque y el Sociólogo Gary Gereffi de la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook.

Para la segunda etapa del proyecto, que se inició en agosto de 1985, se vió la necesidad de realizar investigaciones complementarias con el propósito de ampliar la comprensión de la problemática. Estas fueron: Análisis de Importaciones a Perú de Principios Activos, conducida por la Químico-Farmacéutica Lydia Carreón, del Ministerio de Salud; Consumo de Medicamentos por Niveles de Desagregación en Cusco y Cajamarca, dirigido por la Químico-Farmacéutica Nelly G. de Llaque; e Insumos Críticos llevado a cabo por el Médico Jorge Silva, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Al Sociólogo Gary Gereffi, le cupo la responsabilidad de elaborar un primer documento integrador con base en las investigaciones preliminares. Este último documento fue revisado, ampliado y profundizado en su análisis por el Economista, Dr. César Peñaranda, de la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN), quien recibió valiosos comentarios del Médico Mario Zegarra, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

I N D I C E

	Página
1. INTRODUCCION	1
2. DEMANDA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	8
3. CONSUMO DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS	19
4. ANALISIS DEL CONSUMO A TRAVES DE LAS VENTAS	31
4.1 Consumo de Medicamentos en Farmacias	31
4.2 Consumo de Medicamentos en las Instituciones del Sector Público: el Ministerio de Salud	31
5. PRODUCCION Y COMPORTAMIENTO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA	44
5.1 La Industria Farmacéutica Peruana: Estructura y Tendencias	46
5.2 Características de los Principales Productos Farmacéuticos en el Perú	47
5.3 Perfiles de los Principales Productos Farmacéuticos en el Perú	58
6. DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS	67
7. PLANES Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE REGULACION DEL ABASTECIMIENTO Y CONTROL DE PRECIOS	72
7.1 Medicamentos Básicos	74
7.2 Medicamentos Esenciales	82
7.3 Marco Jurídico	97
8. CONCLUSIONES	99
BIBLIOGRAFIA	

INDICE

Cuadro No.		Página
1.	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL POR AREAS DE RESIDENCIA SEGUN SINTOMAS DE ENFERMEDAD PERCIBIDAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS	10
2.	GASTOS PRESUPUESTADOS PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" POR EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, 1980-1984	22
3.	GASTOS PRESUPUESTALES PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, 1980-1984	24
4.	EL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO (VENTAS EN FARMACIA): RESUMEN GENERAL 1977-1984	26
5.	PRECIOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, INFLACION Y DEVALUACION EN EL PERU 1976-1983	29
6.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ETICOS FARMACEUTICOS DEL PERU, 1984	32
7.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS POPULARES EN EL PERU, 1984	33
8.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA No. 41 -HOSPITAL GENERAL DEL CUSCO-	35
9.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA, POR GRUPOS AREA HOSPITALARIA No. 41 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO. 1984-1985	36
10.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS BASICOS, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA DE CAJAMARCA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 1980-1983	39

11.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	41
12.	VENTAS EN FARMACIA POR GRUPOS TERAPEUTICOS. 1985	43
13.	LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN AMERICA LATINA. 1980	48
14.	INDICE DE CRECIMIENTO DE DIVERSOS SEGMENTOS DEL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO, 1977 1984	49
15.	NACIONALIDAD Y SITUACION DE OPERACIONES DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS FARMACEUTICAS EN EL PERU, 1985	51
16.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU 1980-1984	53
17.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS EN EL PERU, 1980 - 1984	54
18.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS COMPANIAS FARMACEUTICAS MAS GRANDES DEL PERU 1985	56
19.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU, 1985	57
20.	TASAS DE CONCENTRACION EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA PERUANA, 1985	59
21.	PUESTO DE LOS 25 PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS ETICOS EN EL PERU 1980-1984	61
22.	PUESTO DE LOS 15 PRINCIPALES PRODUCTOS POPULARES FARMACEUTICOS EN EL PERU 1980-84	62
23.	PRECIO Y COMPARACIONES DE VENTAS DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE MARCAS COMERCIALES EN EL PERU JUNIO 1984 MAYO 1985	63
24.	LICITACIONES PUBLICAS PARA MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU 1971-1980	75

INDICE

Cuadro No.		Página
1.	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL POR AREAS DE RESIDENCIA SEGUN SINTOMAS DE ENFERMEDAD PERCIBIDAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS	10
2.	GASTOS PRESUPUESTADOS PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" POR EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, 1980-1984	22
3.	GASTOS PRESUPUESTALES PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, 1980-1984	24
4.	EL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO (VENTAS EN FARMACIA): RESUMEN GENERAL 1977-1984	26
5.	PRECIOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, INFLACION Y DEVALUACION EN EL PERU 1976-1983	29
6.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ETICOS FARMACEUTICOS DEL PERU, 1984	32
7.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS POPULARES EN EL PERU, 1984	33
8.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA No. 41 -HOSPITAL GENERAL DEL CUSCO-	35
9.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA, POR GRUPOS AREA HOSPITALARIA No. 41 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO. 1984-1985	36
10.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS BASICOS, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA DE CAJAMARCA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 1980-1983	39

11.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	41
12.	VENTAS EN FARMACIA POR GRUPOS TERAPEUTICOS. 1985	43
13.	LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN AMERICA LATINA. 1980	48
14.	INDICE DE CRECIMIENTO DE DIVERSOS SEGMENTOS DEL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO, 1977-1984	49
15.	NACIONALIDAD Y SITUACION DE OPERACIONES DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS FARMACEUTICAS EN EL PERU, 1985	51
16.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU 1980-1984	53
17.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS EN EL PERU, 1980-1984	54
18.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS COMPANIAS FARMACEUTICAS MAS GRANDES DEL PERU 1985	56
19.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU, 1985	57
20.	TASAS DE CONCENTRACION EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA PERUANA, 1985	59
21.	PUESTO DE LOS 25 PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS ETICOS EN EL PERU 1980-1984	61
22.	PUESTO DE LOS 15 PRINCIPALES PRODUCTOS POPULARES FARMACEUTICOS EN EL PERU 1980-84	62
23.	PRECIO Y COMPARACIONES DE VENTAS DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE MARCAS COMERCIALES EN EL PERU JUNIO 1984-MAYO 1985	63
24.	LICITACIONES PUBLICAS PARA MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU 1971-1980	75

INDICE

Cuadro No.		Página
1.	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL POR AREAS DE RESIDENCIA SEGUN SINTOMAS DE ENFERMEDAD PERCIBIDAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS	10
2.	GASTOS PRESUPUESTADOS PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" POR EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, 1980-1984	22
3.	GASTOS PRESUPUESTALES PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, 1980-1984	24
4.	EL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO (VENTAS EN FARMACIA): RESUMEN GENERAL 1977-1984	26
5.	PRECIOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, INFLACION Y DEVALUACION EN EL PERU 1976-1983	29
6.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ETICOS FARMACEUTICOS DEL PERU, 1984	32
7.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS POPULARES EN EL PERU, 1984	33
8.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA No. 41 -HOSPITAL GENERAL DEL CUSCO-	35
9.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA, POR GRUPOS AREA HOSPITALARIA No. 41 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO. 1984-1985	36
10.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS BASICOS, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA DE CAJAMARCA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 1980-1983	39

11.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	41
12.	VENTAS EN FARMACIA POR GRUPOS TERAPEUTICOS. 1985	43
13.	LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN AMERICA LATINA. 1980	48
14.	INDICE DE CRECIMIENTO DE DIVERSOS SEGMENTOS DEL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO, 1977 1984	49
15.	NACIONALIDAD Y SITUACION DE OPERACIONES DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS FARMACEUTICAS EN EL PERU, 1985	51
16.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU 1980-1984	53
17.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS EN EL PERU, 1980 - 1984	54
18.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS COMPANIAS FARMACEUTICAS MAS GRANDES DEL PERU 1985	56
19.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU, 1985	57
20.	TASAS DE CONCENTRACION EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA PERUANA, 1985	59
21.	PUESTO DE LOS 25 PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS ETICOS EN EL PERU 1980-1984	61
22.	PUESTO DE LOS 15 PRINCIPALES PRODUCTOS POPULARES FARMACEUTICOS EN EL PERU 1980-84	62
23.	PRECIO Y COMPARACIONES DE VENTAS DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE MARCAS COMERCIALES EN EL PERU JUNIO 1984 MAYO 1985	63
24.	LICITACIONES PUBLICAS PARA MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU 1971-1980	75

INDICE

Cuadro No.		Página
1.	DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL POR AREAS DE RESIDENCIA SEGUN SINTOMAS DE ENFERMEDAD PERCIBIDAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS	10
2.	GASTOS PRESUPUESTADOS PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" POR EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, 1980-1984	22
3.	GASTOS PRESUPUESTALES PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, 1980-1984	24
4.	EL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO (VENTAS EN FARMACIA): RESUMEN GENERAL 1977-1984	26
5.	PRECIOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS, INFLACION Y DEVALUACION EN EL PERU 1976-1983	29
6.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ETICOS FARMACEUTICOS DEL PERU, 1984	32
7.	LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS POPULARES EN EL PERU, 1984	33
8.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA No. 41 -HOSPITAL GENERAL DEL CUSCO-	35
9.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA, POR GRUPOS AREA HOSPITALARIA No. 41 HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO. 1984-1985	36
10.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS BASICOS, POR GRUPOS PRIORITARIOS AREA HOSPITALARIA DE CAJAMARCA HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA 1980-1983	39

11.	CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	41
12.	VENTAS EN FARMACIA POR GRUPOS TERAPEUTICOS. 1985	43
13.	LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN AMERICA LATINA. 1980	48
14.	INDICE DE CRECIMIENTO DE DIVERSOS SEGMENTOS DEL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO, 1977 1984	49
15.	NACIONALIDAD Y SITUACION DE OPERACIONES DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS FARMACEUTICAS EN EL PERU, 1985	51
16.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU 1980-1984	53
17.	LAS TREINTA PRINCIPALES COMPANIAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS EN EL PERU, 1980 - 1984	54
18.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS COMPANIAS FARMACEUTICAS MAS GRANDES DEL PERU 1985	56
19.	IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS PRINCIPALES COMPANIAS FARMACEUTICAS DEL PERU, 1985	57
20.	TASAS DE CONCENTRACION EN LA INDUSTRIA FARMACEUTICA PERUANA, 1985	59
21.	PUESTO DE LOS 25 PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS ETICOS EN EL PERU 1980-1984	61
22.	PUESTO DE LOS 15 PRINCIPALES PRODUCTOS POPULARES FARMACEUTICOS EN EL PERU 1980-84	62
23.	PRECIO Y COMPARACIONES DE VENTAS DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE MARCAS COMERCIALES EN EL PERU JUNIO 1984 MAYO 1985	63
24.	LICITACIONES PUBLICAS PARA MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU 1971-1980	75

25.	VENTAS DE MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU 1979-1983	77
26.	PROVEEDORES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE MEDICAMEN - TOS BASICOS EN EL PERU: LA LICITACION PUBLICA 1978-1979	86
27.	VENTAS TRIMESTRALES DE MEDICAMENTOS ESEN- CIALES EN EL PERU, 1984	87
28.	PARTICIPACION EN EL PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL PERU, SEGUN TIPO DE EMPRESA, 1983	88

1. INTRODUCCION

Los medicamentos, producto final de un complejo proceso técnico y económico, ayudan a prevenir o tratar eficazmente las enfermedades. Gran parte del éxito reciente de la ciencia médica se basa, sin lugar a dudas, en la administración de nuevos medicamentos, y a esto se debe probablemente el empleo en gran escala de productos farmacéuticos en la terapia moderna, hecho que no excluye a nuestro país.

No hay duda de que el consumo de medicamentos a nivel mundial va en aumento. Los factores que dan lugar a este incremento y que continuarán influyendo en el consumo futuro, no son fáciles de identificar. Sin embargo, es evidente que la prevalencia de las enfermedades y los factores de morbilidad guardan correlación significativa con el consumo de medicamentos.

El consumo de productos farmacéuticos en el Perú representa aproximadamente el 20% del gasto total en salud. Esta proporción es más baja que en la mayoría de otros países latinoamericanos. Mientras se estima que cerca del 60% de la población depende de la cobertura asistencial del Ministerio de Salud y del Instituto Peruano de Seguridad Social, sólo alrededor del 20% de todos los productos farmacéuticos son distribuidos por estas dos instituciones. La mayor parte de la población peruana que adquiere medicinas las obtiene en farmacias del sector privado.

En países como el nuestro, hay muy poca relación entre los principales problemas de salud y la actividad productora de medicamentos. A diferencia de los problemas de salud que afectan a grandes sectores de la población, la producción farmacéutica se orienta mayoritariamente a satisfacer la demanda de las zonas urbanas que tienen acceso a los servicios de salud y cuyos problemas y potencialidad de soluciones suelen ser diferentes a los de las grandes mayorías.

Los planes y programas llevados a cabo por el Gobierno Peruano a lo largo de dos décadas, para proveer medicinas de bajo costo a la población, han resultado poco exitosos. Por otro lado, la disponibilidad del sector privado para suministrar productos farmacéuticos, se ha visto progresivamente dificultada debido al aumento en el costo de los insumos importados y a la regulación gubernamental de precios de los productos vendidos a través de las farmacias.

Como actividad económica, la producción farmacéutica debe estar orientada a satisfacer la demanda de medicamentos, mediante la producción de las empresas establecidas en nuestro medio, e -hipotéticamente y de manera óptima- debe ser capaz de abastecer el mercado nacional, generando así oportunidades de empleo y mejorando la situación de la balanza de pagos, a través de la sustitución de importaciones.

El carácter oligopólico del mercado -determinado por los altos volúmenes de inversión en investigación y tecnología- ha significado importantes barreras para la conformación de nuevas empresas. El nivel de competencia existente se pone en evidencia en la diversificación continua de los productos y en el grado de actividad y cobertura de la propaganda. Esta última -que es un rubro de gasto bastante importante para las empresas- influye significativamente en la formulación de la prescripción médica. Por otro lado, la presión del paciente-consumidor potencial que exige una receta con el medicamento más moderno posible, da lugar a que el médico -carente de una educación continuada- prescriba lo último que le ha sido presentado por la propaganda, a fin de mantener su prestigio.

Desde el punto de vista social, las prioridades son diferentes. El objetivo principal consiste en asegurar la disponibilidad de un volumen suficiente de medicamentos esenciales, a un costo razonable y de aceptable calidad, de modo de satisfacer las necesidades de toda la población.

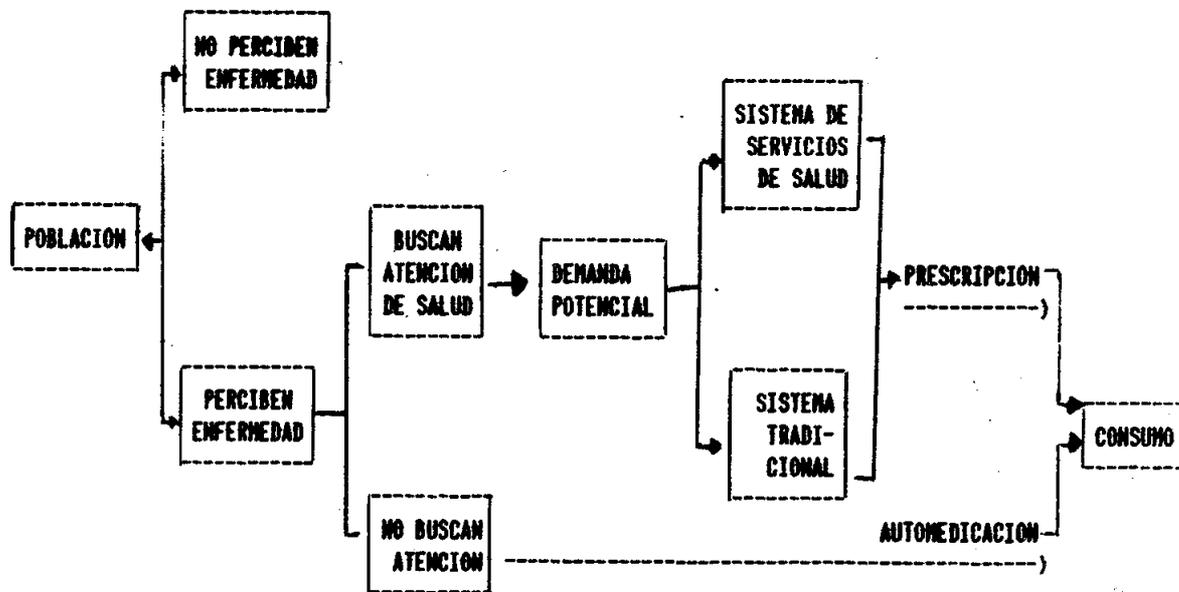
Debido a que los gobiernos han intentado reconciliar estas preocupaciones sociales con las necesidades mercantiles, la industria farmacéutica se ha encontrado a sí misma en un ambiente politizado, sujeta a un grado significativo de control gubernamental.

Teniendo en cuenta estas consideraciones, la disponibilidad de productos farmacéuticos en el Perú no sólo puede ser analizada mediante el estudio de las necesidades de salud, sino también tomando en cuenta estos diferentes -y a veces divergentes- objetivos e intereses.

Este informe desarrolla en su primera parte la naturaleza de la demanda de medicamentos y los factores que la generan. Dado que el uso de medicamentos, tiene su mayor explicación en los estados de salud del individuo, es de esperar que la estructura de la morbilidad se correlacione con la naturaleza de la demanda de medicamentos.

Cualquier intento de análisis de la problemática de medicamentos no puede limitarse a los aspectos cuantitativos del consumo, sino que debe procurar una mayor comprensión de la naturaleza del proceso que genera la demanda.

Ante una enfermedad o accidente, el individuo responde ingresando al Sistema de Servicios de Salud -público, privado o tradicional- o no ingresando a él. Ambos comportamientos pueden o no derivar en el ingreso consecutivo al mercado de medicamentos, lo cual se verifica mediante la adquisición del medicamento -sea por prescripción o auto-medicación:



El individuo que satisface su demanda por servicios a través de la oferta disponible de servicios de salud, generalmente pasa hacia el mercado de medicamentos para hacer efectiva su demanda potencial. Este proceso se caracteriza por una acción iterativa prescripción-consumo que se mantiene generalmente hasta que el "enfermo" siente "mejoría". En el

caso de la auto-medicación, donde los individuos no transitan por el mercado de servicios médicos pero sí por el de medicamentos, la explicación y los determinantes del uso de medicamentos serán de una naturaleza muy diferente. La automedicación también puede presentarse en los pacientes que habiendo obtenido una receta médica, no la hacen efectiva por razones de inaccesibilidad económica al producto prescrito.

Uno de los objetivos principales del estudio, es lograr identificar los principales determinantes de la demanda potencial que originan que el individuo transite por el mercado de medicamentos y haga uso efectivo de estos. La comprensión de la naturaleza de la demanda servirá para precisar el alcance y los efectos de las políticas gubernamentales orientadas a lograr mayor accesibilidad de la población al uso de medicamentos.

En su segunda parte, el informe desarrolla los aspectos del consumo de medicamentos. Aquí se analiza la distribución diferenciada del consumo por grupos de medicamentos, a través de las ventas en las farmacias del sector privado, así como en las instituciones del sector público, poniendo énfasis en su correspondencia con los patrones epidemiológicos predominantes en el país.

El informe luego analiza los aspectos de producción y distribución de medicamentos, es decir el área de la oferta. El individuo que transita por el mercado de medicamentos hace efectiva su demanda a través de la disponibilidad de los productos.

La actividad de la industria farmacéutica depende de una variedad de factores: el tamaño del mercado interno; la relativa preponderancia de lo importado frente a la producción interna para la satisfacción de la demanda nacional de medicinas; los roles respectivos de los sectores público y privado; la prominencia de los productores extranjeros frente a los nacionales; las relaciones entre suministradores farmacéuticos y vendedores; el rol de los profesionales de la salud, especialmente médicos y farmacéuticos, en delinear patrones de consumo farmacéutico; y las preferencias de los consumidores y actitudes hacia la auto-medicación y los medicamentos esenciales.

El conocimiento de la estructura de mercado en que operan las Empresas, de la práctica de diversificación de medicamentos y del impacto que tiene la propaganda, contribuirán a la comprensión de los procesos de disponibilidad y producción de medicamentos.

Finalmente, este reporte describe la evolución de los programas de medicamentos esenciales en el país. El Perú ha tratado por mucho tiempo, de formular una política racional de medicamentos como parte del Programa Nacional de Planificación de la Salud. En 1960, el Ministerio de Salud seleccionó 20 "medicinas sociales" que hubieron de ser producidas por firmas privadas y entregadas cada tres meses a las postas de salud, en áreas de bajos ingresos y hospitales del Estado a no más de la tercera parte del precio de las medicamentos de marca comparables. Sin embargo, el programa nunca ganó aceptación, debido a que fue voluntario y no muy bien coordinado.

Desde entonces, una de las características más interesantes de los variados programas de medicamentos en el Perú, consiste en que el sector privado ha sido generalmente el llamado a implementar dichos esfuerzos, lo que contrasta con el rol más preeminente jugado por los gobiernos de otras naciones en desarrollo, respecto a la producción y distribución de los medicamentos indispensables.

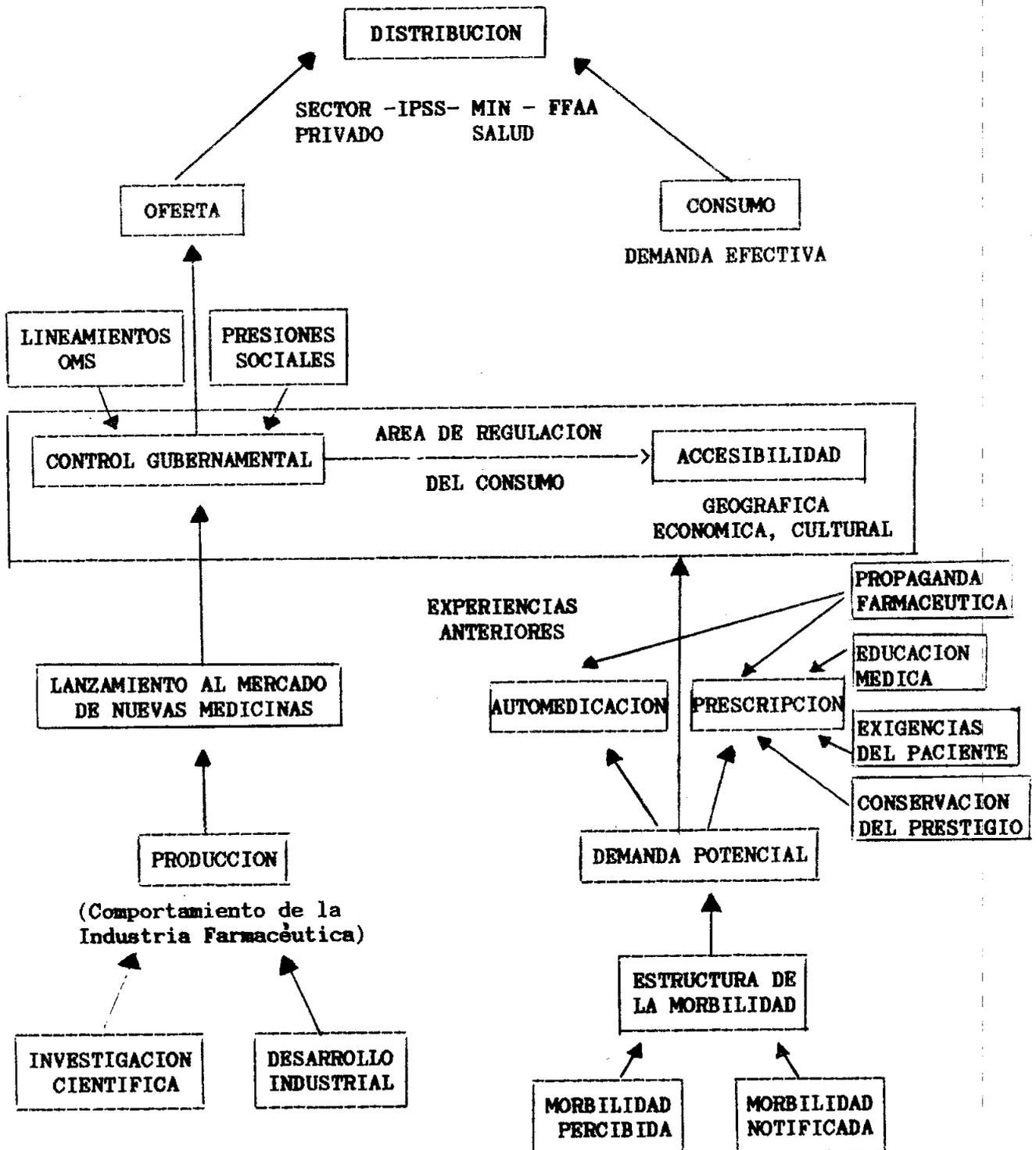
Un modelo gráfico que puede facilitar la comprensión de las interrelaciones entre las principales variables que se han considerado, es el que se diagrama en la página siguiente.

De acuerdo a su formulación, el marco de análisis requiere de una considerable cantidad de información cualitativa y cuantitativa. Estas primeras limitaciones hacen que no se cubra la totalidad del marco de análisis en el presente estudio, aunque no se descuidan sin embargo, sus aspectos fundamentales.

Las fuentes de información proceden en esta fase inicial de: (a) la recopilación de los planes y programas de gobiernos anteriores; (b) los datos contenidos en la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 1984; (c) fuentes de datos provenientes de International Marketing Service; (d) informes exploratorios de ANSSA, "Consumo de Medicamentos por Niveles de Desagregación" y "Análisis de Importaciones de Principios Activos para Medicamentos".

Los medicamentos constituyen un componente esencial, dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, en el tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos. Es evidente que los medicamentos no están destinados a sustituir las necesidades básicas de salud, como la vivienda decorosa, el agua potable, el saneamiento ambiental, y en general el mejoramiento de los niveles de vida. El ciclo pobreza-malnutrición-enfermedad no puede romperse únicamente

RELACIONES ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS



con medicamentos. Estos deben ser considerados en su dimensión real, vale decir, como asociados importantes en la prestación de servicios de salud.

2. DEMANDA DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS

La demanda por medicamentos reúne las características de una demanda derivada de la situación o estado de salud que experimenta el individuo, ya sea por síntomas de enfermedad, accidente o preventiva.

De acuerdo al marco adoptado, pueden distinguirse dos instancias de demanda: la primera, que se da cuando el individuo ve que su estado de salud sufre un trastorno y en el proceso de recuperar su salud se coloca en una situación potencial de demanda de medicamentos. La segunda, que se da cuando el individuo hace efectiva su demanda potencial, a través del consumo de medicamentos.

La demanda potencial se verifica tanto en el individuo que se auto-medica como en aquél que transita por el mercado de servicios de salud, en busca de consulta médica.

La demanda del que se auto-medica tiene mucho que ver con la percepción que tiene sobre salud y enfermedad y con la información y conocimiento acerca de las propiedades curativas de los fármacos, conocimientos que se derivan del ambiente social y familiar, así como de su contacto con farmacéuticos y la propaganda de la industria farmacéutica. Por otro lado, la demanda del individuo que hace uso de los servicios de salud está directamente relacionada a la prescripción del profesional de la Salud, cuya decisión es influenciada -en mayor o menor grado- por el nivel y tipo de propaganda a que es sometido por la industria farmacéutica, la cual usa métodos cada vez más sofisticados para influir sobre las decisiones del profesional.

Ambos individuos hacen efectiva su demanda potencial en el mercado de medicamentos. En este proceso intervienen una serie de factores condicionantes que actúan a niveles diferentes. El nivel de precios y el poder de compra de la población -determinantes económicos estructurales- tienden a ser controlados por los programas públicos que crean los gobiernos. Otros factores micro-económicos, como la

distribución intrafamiliar del ingreso y las condicionantes culturales, pueden influir significativamente en la generación de la demanda. Como producto de la información disponible, el presente estudio considera el análisis del consumo efectivo (o demanda aparente) de medicamentos. Los resultados deben considerarse en su verdadera dimensión, ya que el consumo efectivo no refleja la totalidad de la demanda potencial. Sin embargo, el intento se justifica teniendo en cuenta la necesidad de ensayar metodologías que nos acerquen cada vez más al conocimiento de la problemática de medicamentos, cuyos resultados servirán de base para intentos posteriores de tratamiento del tema.

La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición formuló preguntas generales acerca de la percepción de enfermedades por razones diferentes, en los 15 días anteriores a la entrevista. Incluyó asimismo preguntas sobre la adquisición de medicamentos como consecuencia de la consulta médica. Hay cuadros de distribución y frecuencia de la morbilidad percibida, por edades y áreas geográficas, que pueden ser consultados en el documento ANSSA "Estudio del Estado de Salud".

Desafortunadamente, no disponemos de datos que relacionen percepción de enfermedad con obtención de medicamentos. Esta información pudo haber permitido conocer los tipos de problemas de salud que se asocian a una mayor o menor adquisición de fármacos.

Por otro lado, el hecho de no haberse incluido en la Encuesta preguntas referidas a la naturaleza del medicamento adquirido, no permite la correlación entre tipo de patología y tipo de medicamentos. De haber sido posible establecer un paralelismo entre percepción de síntomas y tipo de consumo de medicamentos, hubieran sido mayores los elementos de juicio para caracterizar la demanda potencial.

La información que sobre morbilidad pudo obtenerse de la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, permitió determinar la distribución porcentual de la población encuestada por áreas urbana y rural y regiones geográficas según los síntomas de enfermedad percibidas en los últimos 15 días (Cuadro No. 1). Los síntomas específicos fueron interpretados y referidos a alteraciones generales de órganos y sistemas. La relación coincide -en sus dos primeras causas- con la obtenida de fuentes oficiales del Ministerio de Salud (OGIE 1982). De cualquier modo, esta distribución de la patología debe tener un correlato significativo con la estructura del consumo de medicamentos.

Elaborado por el autor.

Revisado por el autor.

Revisado por el autor.

Revisado por el autor.

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION TOTAL POR
AREAS DE RESIDENCIA SEGUN SINTOMAS DE ENFERMEDAD
PERCIBIDAS EN LOS ULTIMOS 15 DIAS

SINTOMAS DE ENFERMEDAD	LIMA METROPO LITANA	PUEBLOS JOVENES DE LIMA	OTRAS GRANDES CIUDADES	RESTO URBANO
TOTAL	100.00	100.00	100.00	100.00
Del Aparato Respiratorio	46.84	43.50	45.53	39.44
Del Aparato Digestivo	10.84	12.02	12.56	13.09
Parasitosis General	0.40	0.49	1.27	1.15
De la Piel	3.01	3.19	2.73	2.99
Inmuno Prevenibles	0.75	0.52	1.13	0.75
Tosferina	0.08	0.26	0.20	0.38
Tuberculosis (TBC)	0.27	0.23	0.22	0.33
Fiebre Tifoidea	0.22	0.29	0.59	0.23
Síndrome Febril	0.63	0.86	1.31	1.27
Síndrome Cefalea	2.40	2.45	2.60	2.48
Paludismo	0.05	----	0.21	0.30
Afecciones Articulares	2.75	2.77	2.32	3.15
Alteraciones de la Presión	----	----	----	----
Arterial	0.89	0.65	0.49	0.65
Del Aparato Urinario	0.74	0.84	0.76	0.68
De los Ojos	1.32	1.03	1.24	1.53
Del Sistema Nervioso	1.15	0.90	0.46	0.50
De los Dientes y Otros	10.02	10.90	8.45	9.87
Digestivas y Respiratorias	----	----	----	----
Agudas	6.43	8.00	6.72	8.35
Digestivas y Parasitarias	0.18	0.24	0.39	0.59
Respiratorias Agudas y TBC	----	----	0.04	0.03
Inmuno Prevenibles y Respi ratorias Agudas.	0.10	----	0.15	0.09
Otras combinaciones	10.93	10.86	10.63	12.15

FUENTE: Encuesta Nacional de Nutrición y Salud, 1984.

Programa de Fortalecimiento
de Servicios de Salud

Documento N° _____

Fecha de ingreso _____

De ser esto cierto, cabe suponer que aquellos fármacos relacionados con el tratamiento de síntomas respiratorios, digestivos y parasitarios, debieron ser los que más se vendieron en el periodo considerado por la Encuesta. Entre ellos:

Medicamentos para Síntomas de Enfermedad del Aparato Respiratorio

- a) Antipiréticos y Analgésicos del tipo:
 - Acido Acetilsalicílico
 - Diproona
 - Acetaminofén

- b) Antihistamínicos del tipo:
 - Clorfeniramina
 - Difenhidramina

- c) Antitusígenos y Expectorantes del tipo:
 - Codeína
 - Dextrometofano

- d) Broncodilatadores del tipo:
 - Aminofilina
 - Epinefrina
 - Isoproterenol

- e) Antibióticos del tipo:
 - Penicilina
 - Ampicilina
 - Oxitetraciclina
 - Eritromicina
 - Sulfametoxazol/Trimetoprim.

Medicamentos para Síntomas de Enfermedad del Aparato Digestivo

- a) Antiespasmódicos y Anticolinérgicos del tipo:
 - Homatropina
 - Hioscina
 - Atropina Sulfato

- b) Catárticos del tipo:
 - Petrolato líquido
 - Glicerina

- c) Antidiarréicos del tipo:
 - Kaolin-Pectina



- Loperamina
 - Difenoxilato
- d) Antibióticos y Antisépticos Intestinales del tipo:
- Ampicilina
 - Estreptomicina
 - Neomicina
 - Paramomicina
 - Aminosidina
 - Sulfadiazina
- e) Antieméticos del tipo:
- Dimenhidrinato
- f) Sales Hidratantes.

La relación de medicamentos elaborada en base a la distribución de síntomas percibidos, podría representar lo que debiera ser el "consumo ideal" -al grado 1 de correlación- de los productos prioritarios que satisfacen la demanda potencial. Esta distribución será utilizada como punto de referencia cuando se analice el consumo efectivo de medicamentos en el capítulo siguiente.

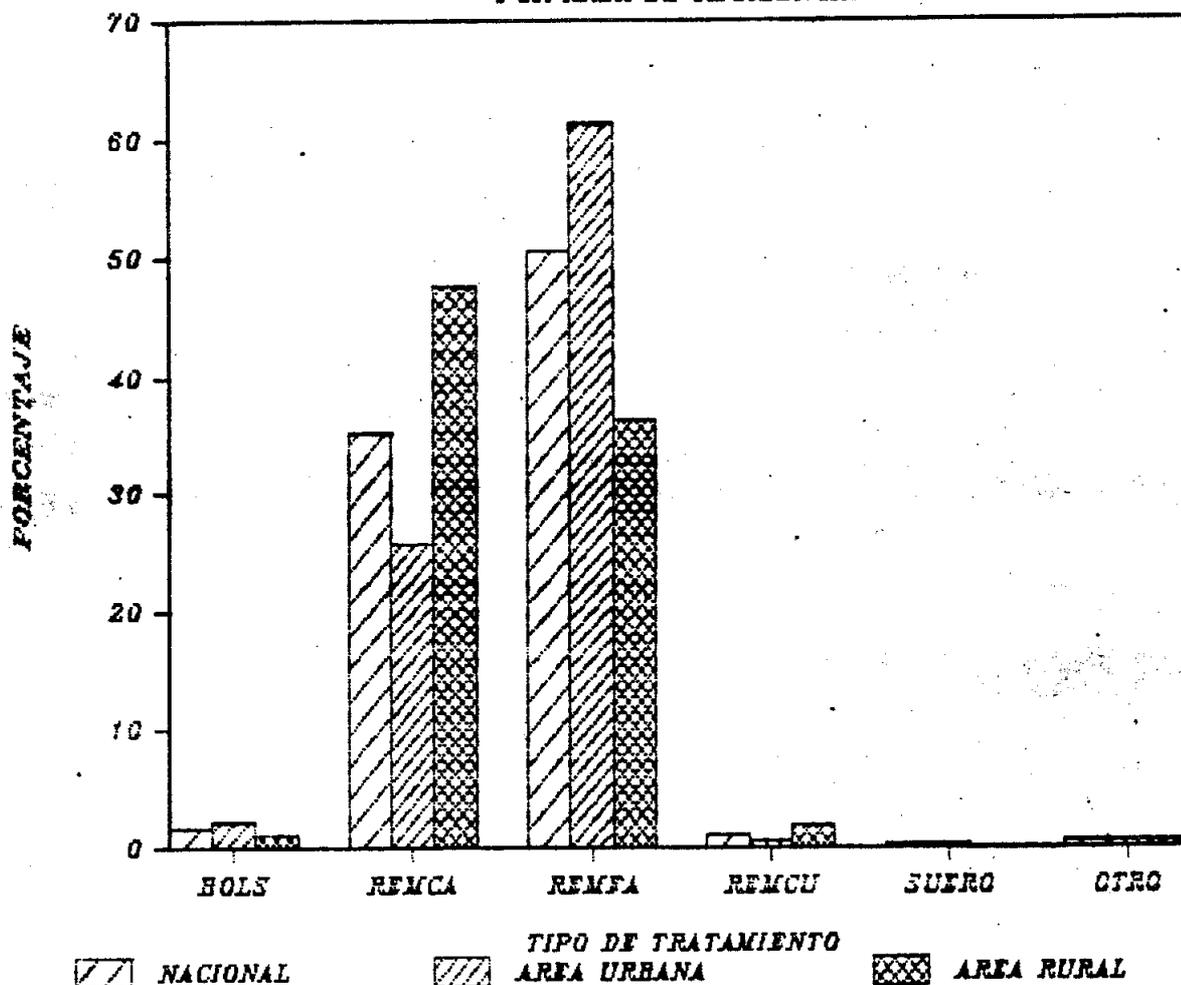
Una apreciación directa de los patrones y variaciones de la demanda potencial de medicamentos para el caso de una enfermedad específica -tal como diarrea aguda infantil- puede obtenerse del Informe Exploratorio donde se analiza la distribución porcentual del tipo de tratamiento que recibieron niños menores de 6 años, por áreas geográficas. El estudio no discrimina el tipo de medicamento empleado, pero el porcentaje de población potencialmente consumidora da una idea de la naturaleza de la demanda, para esta enfermedad específica.

El estudio refiere que más del 80% de los niños que enfermaron de diarrea, fueron tratados con remedios: el 50% con medicamentos (remedios de farmacia), el 35.2% con remedios caseros. La información indica que en las áreas urbanas es donde se utiliza en mayor proporción los medicamentos (61.4%), existiendo un rango notable entre el porcentaje de utilización de medicamentos y remedios caseros (25.6%), y predominando el uso de medicamentos en todo grupo de edades. En el área rural se observa la tendencia opuesta, predomina el uso de remedios caseros (47.5%) (Gráfico No. 1).

GRAFICO NO. 1

TRATAMIENTO DE DIARREA

POR AREA DE RESIDENCIA



BOLS Bolsitas Salvadoras
 REMCA Remedios Caseros
 REMFA Remedios de Farmacia
 REMCU Remedios del Curandero
 SUERO Suero Intravenoso

Tanto a nivel nacional como en el área rural se observan grandes diferencias en el tipo de tratamiento en niños menores de 1 año y menores de 6 años.

Otros tratamientos, como las sales hidratantes, tienen poca significación, mientras tanto el número de niños que no recibieron ningún tratamiento en el área urbana es 8% y en el área rural el 13%.

La misma tendencia en la utilización de remedios de farmacia (medicamentos) y remedios caseros, se repite con alta prevalencia en las áreas geográficas (costa, sierra y montaña). Es importante destacar que es en la costa, donde logra alguna importancia porcentual la utilización de sales orales hidratantes, tanto en el área urbana como rural para los dos grupos de edad (Gráficos Nos. 2 y 3).

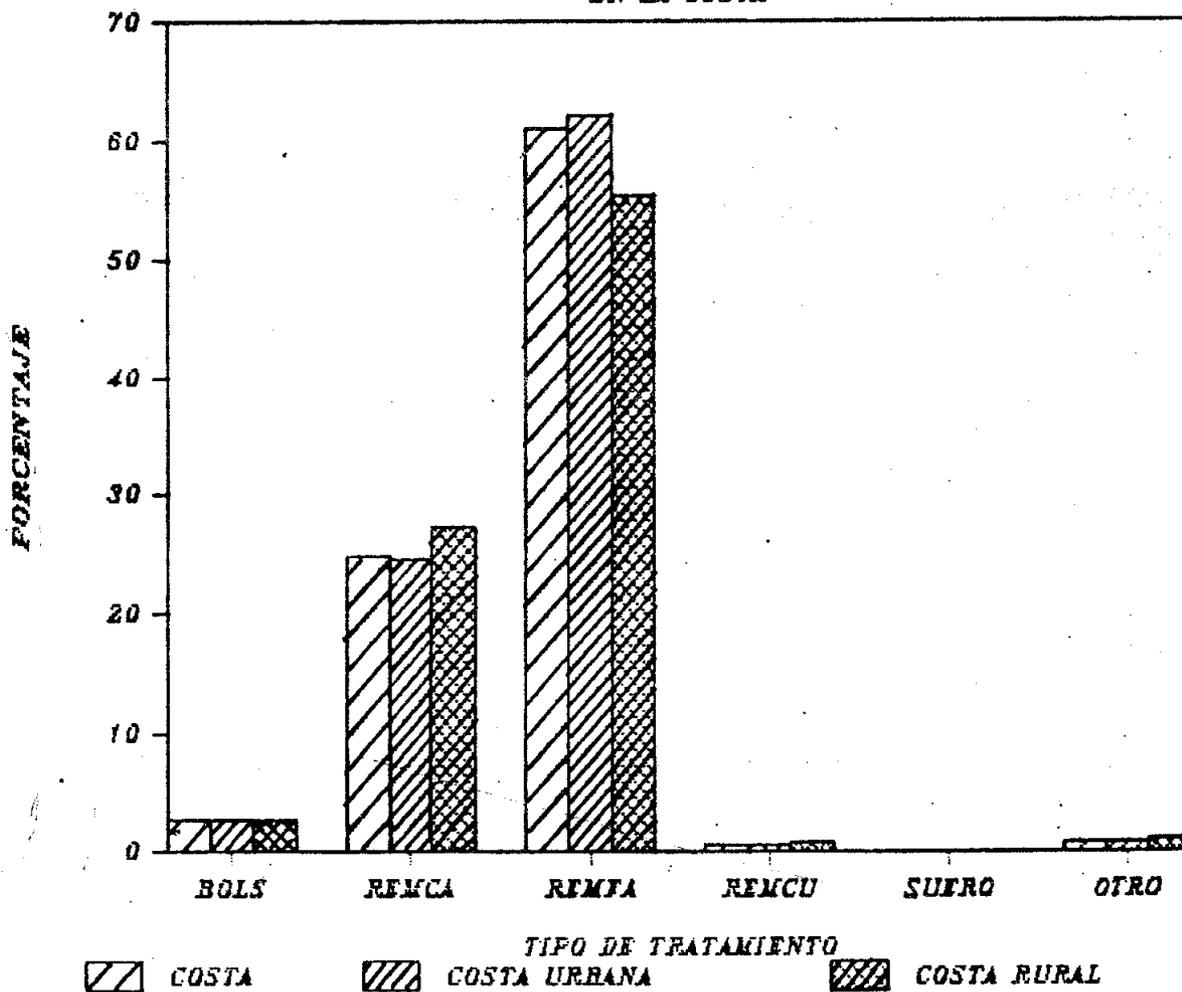
En la costa es donde el tratamiento con remedios de farmacia es mayor (61%) y remedios caseros (25%) mientras que en la sierra se da el caso inverso, remedios caseros 49% y medicamentos 35%, haciéndose más evidente esta diferencia en el área rural.

En el caso de la selva es más difícil detectar estas tendencias debido a que el grupo ningún tipo de tratamiento 10.03% es un indicador de peso que distorsiona los patrones de utilización. No obstante, se observa que el 51% de niños con diarrea fueron tratados con remedios de farmacia y el 34% con remedios caseros, siendo más amplia dicha diferencia en el área urbana (62%) que en el área rural (28%). (Gráfico No. 5)

GRAFICO NO. 2

TIPO TRATAMIENTO PARA DIARREA

EN LA COSTA

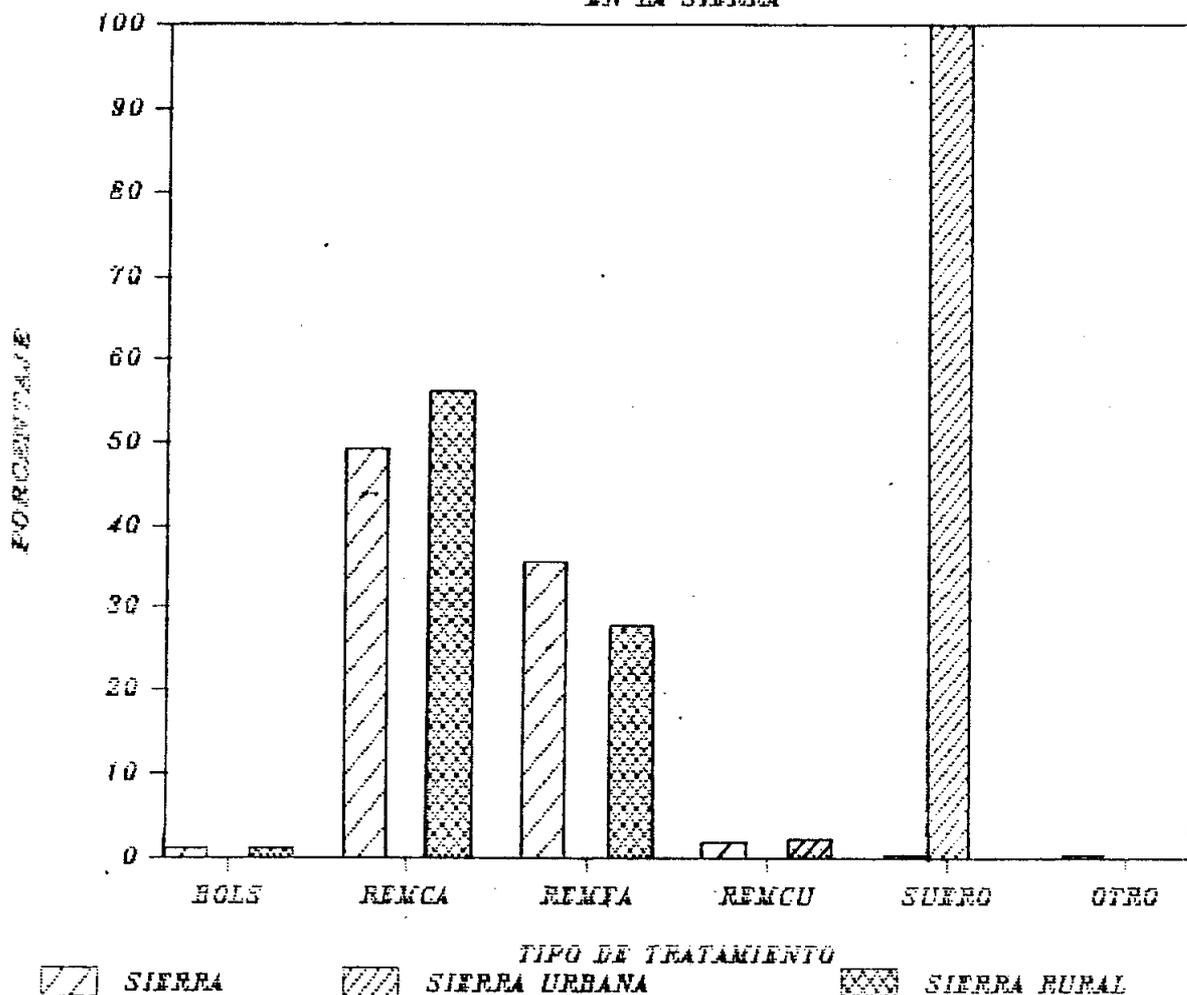


BOLS
REMCA
REMFA
REMCU
SUERO

Bolsitas Salvadoras
Remedios Caseros
Remedios de Farmacia
Remedios del Curandero
Suero Intravenoso

TIPO TRATAMIENTO DE DIARREA

EN LA SIERRA

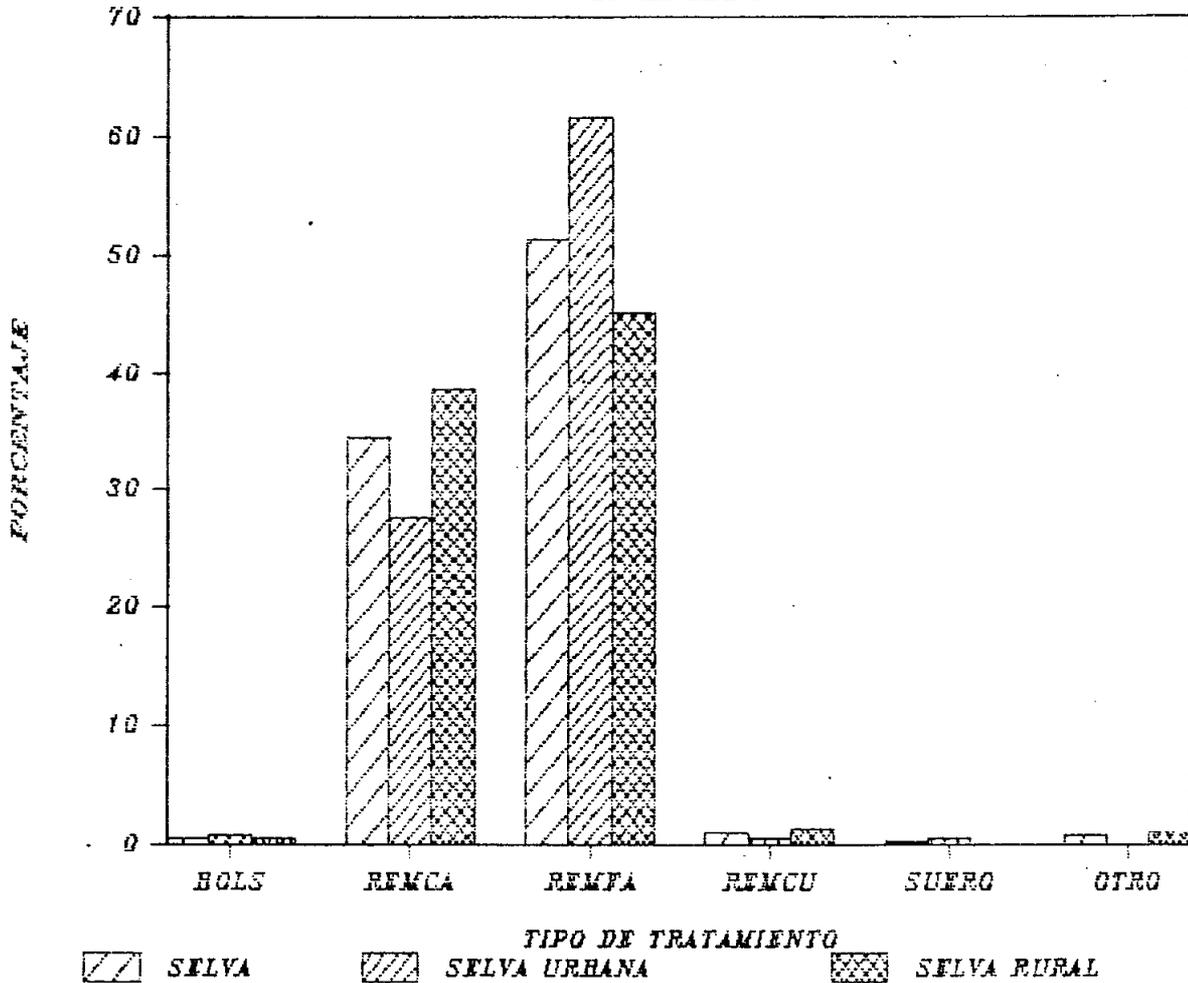


BOLS	Bolsitas Salvadoras
REMCA	Remedios de Marca
REMFA	Remedios de Farmacia
REMCU	Remedios de Curandero
SUERO	Suero Intravenoso

GRAFICO NO. 4

TIPO TRATAMIENTO DE DIARREA

EN LA SELVA

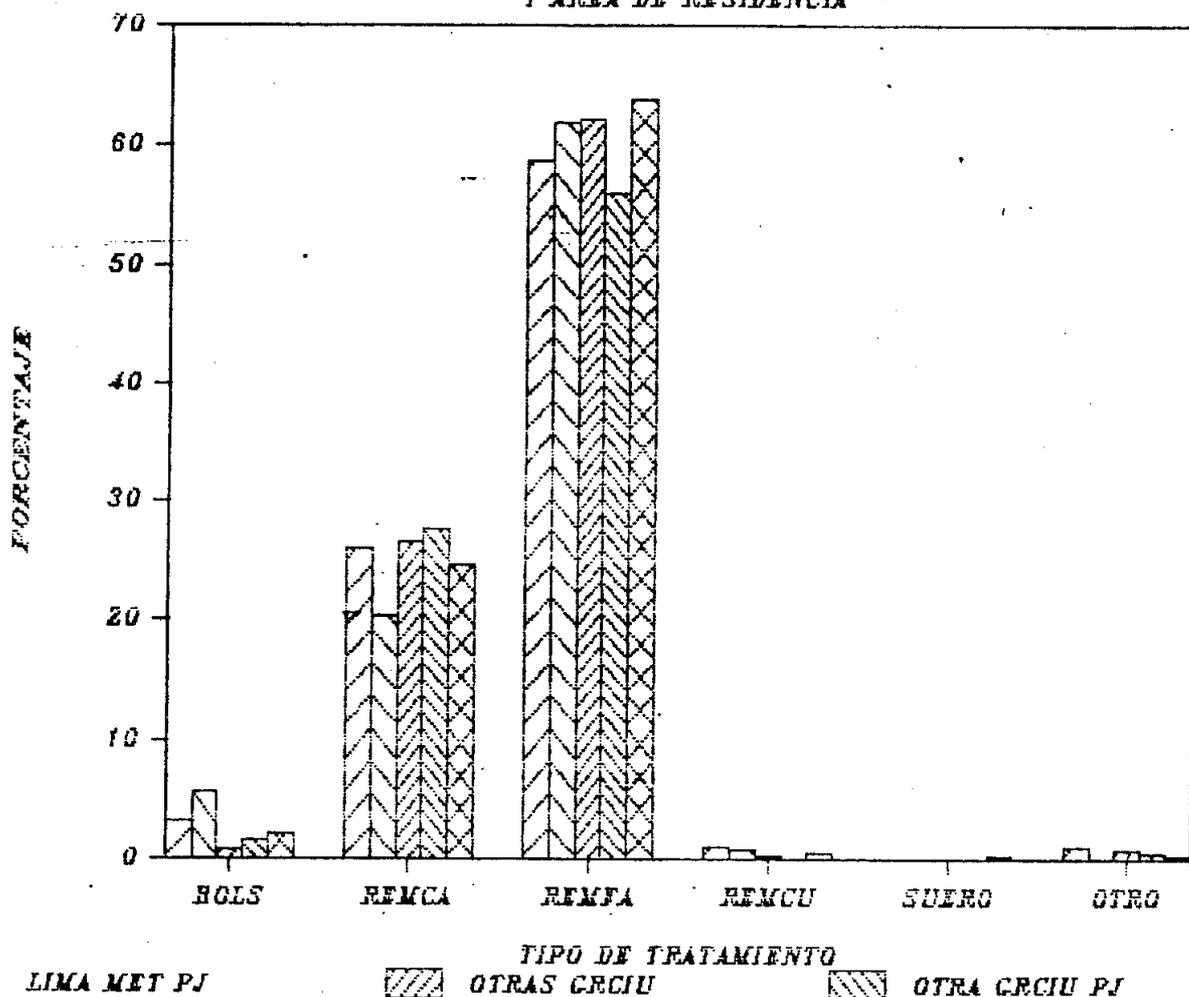


BOLS	Bolsitas Salvadoras
REMCA	Remedios Caseros
REMFA	Remedios de Farmacia
REMCU	Remedios del Curandero
SUERO	Suero Intravenoso

GRAFICO NO.5

TRATAMIENTO DE DIARREA POR CIUDADES

Y AREA DE RESIDENCIA



BOLS Bolsitas Salvadoras
REMCA Remedios Caseros
REMFA Remedios de Farmacia
REMCU Remedios del Curandero

LIMA MET PJ Lima Metropolitana Pueblos Jóvenes
OTRAS GRCIU Otras Grandes Ciudades
OTRAS GRCIU PJ Otras Grandes Ciudades Pueblos Jóvenes

3. CONSUMO DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS

El consumo de medicamentos, punto medular de la prestación farmacéutica, guarda relación estrecha con el concepto de accesibilidad. En el área de medicamentos es importante distinguir tres dimensiones de este concepto: accesibilidad económica (poder adquisitivo de la población demandante); accesibilidad geográfica (referida a infraestructura sanitaria, ubicación de farmacias y boticas y vías de comunicación); y, accesibilidad cultural (actitudes y conductas de las personas en relación a los medicamentos y a la medicina tradicional).

En primer término podemos establecer que del total del consumo de productos farmacéuticos, aproximadamente el 10% son importados. El 90% restante que se consume en el país, pasa en alguna medida por la fabricación local, aunque esta actividad sólo se reduzca en la mayoría de los casos a un agregado simple o actividades de envasaje.

Un segundo aspecto importante es el comportamiento del gasto de medicamentos dentro del presupuesto familiar: los gastos en cuidado de salud representaban sólo el 2.6% del total de gastos familiares en el Perú, de los cuales los productos farmacéuticos totalizaron la mitad ó 1.3% (Alafarpe, 1985, cita datos del Instituto Nacional de Estadística, Lima, Perú).

El promedio de 1984, para gastos en cuidado de la salud, es apenas tres cuartas partes del promedio nacional de 1972 (i.e. 2.6% versus 3.45%), y es aún menor que el promedio gastado por el decil más pobre de la población en 1972 (2.9%). A manera de comparación con otros rubros específicos de gastos, es interesante anotar que, en 1983, el valor total de las medicinas vendidas en el Perú sólo fue la mitad de las ventas totales de cerveza o bebidas gaseosas (222.6 versus 467.3 y 459.1 mil millones de soles, respectivamente), y apenas 48% más que la venta nacional de cigarrillos en ese año (150.4 mil millones de soles) (Alafarpe, 1985).

En resumen, todo parece indicar que la disminución del poder adquisitivo que la inflación ha provocado en el Perú en los últimos años, ha afectado adversamente los gastos en cuidado de salud y, por ende, en medicamentos más que los otros rubros del presupuesto familiar (1). Parecería que el monto de dinero gastado en productos farmacéuticos en el Perú, no está determinado mayormente por las necesidades médicas reales, sino más bien por el nivel alcanzado por el poder adquisitivo y las preferencias particulares de la población. Al disminuir el poder adquisitivo, los gastos en salud son los que experimentan un mayor descenso entre los artículos principales de consumo.

Existe una forma indirecta de llegar a establecer los niveles de consumo de productos farmacéuticos, que han sido alcanzados en el Perú en los últimos años. Nos referimos al origen de los medicamentos consumidos (i.e. sector privado y público) y a la evolución de las ventas.

Más del 80% de los medicamentos consumidos en el Perú durante 1983 se dispensaron a través del sector privado; las farmacias fueron responsables del 71.8%, las instituciones y clínicas privadas del 10.6% y bajo el rubro "otros" 1.11%. Al sector público corresponde 16.5% del consumo de medicamentos. Cabe distinguir las diferentes instituciones que integran este sector. La entidad más importante es el Instituto Peruano de Seguridad Social, el cual genera un 70% del consumo del sector público; la cifra correspondiente al Ministerio de Salud es aproximadamente 20%, mientras que las Sanidades de la Fuerza Armada y otros servicios públicos suman 10%.

Alguna información sobre las tendencias del consumo de medicamentos en el sector público, ha sido obtenida del análisis de las partidas específicas de medicamentos y material médico del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y del Ministerio de Salud. En términos reales, el gasto en medicamentos del IPSS ha decrecido de 1981 a 1983 en 14%. Lo mismo se aprecia al comparar el gasto en este rubro, frente al presupuesto en salud del IPSS; la relación disminuye de 13.0% a 12.4% para los años 1981 a 1984. Sin embargo, una mayor proporción del presupuesto destinado a la

(1) La tasa de inflación en 1985 fue de aproximadamente 160%, un aumento de 43% en relación a la tasa de inflación de 1984 que fue de 117%.



partida de bienes es asignada a la compra de medicamentos. Concretamente, en 1981 esta proporción fue de 64.6% y en 1984 de 66.8% (Cuadro No. 2 y Gráfico No. 6). En lo referente al Ministerio, se aprecia una tendencia distinta: se da un aumento del gasto para medicamentos y material médico de 19% en términos reales de 1980 a 1984. Se puede observar que existió un incremento sustantivo hasta 1982, pero luego empieza a decrecer sin alcanzar el nivel de 1980 (Cuadro No. 3). Con relación al gasto en bienes, se nota un aumento de 23.1% a 32.9% de 1980 a 1984, creciendo marcadamente hasta 1982 (Gráfico No. 7).

Se ha introducido la evolución de las ventas de productos farmacéuticos, como una aproximación a la evolución del consumo no explicado o considerado en el análisis anterior, que hacía referencia al sector público. Se intenta lograr una aproximación al comportamiento de casi el 72% de los medicamentos consumidos que fueron dispensados por el sector privado (2).

En el Cuadro No.4 aparece un resumen general de las tendencias en las ventas del mercado farmacéutico peruano entre 1977 y 1984. Cabe anotar que estos datos, recopilados por International Marketing Service (IMS), sólo se refieren a las ventas de productos farmacéuticos de clientes privados, que consumen aproximadamente el 72% de todas las ventas de productos farmacéuticos en el Perú.

Consiguientemente, el mercado es aproximadamente un tercio más grande de lo que suponen estas cifras. Las ventas de farmacias privadas en el Perú llegaron a una cantidad ligeramente menor a los 145 millones de dólares en 1984. Los productos farmacéuticos éticos representan 94% de esta cantidad (135.2 millones) y los productos populares significan el 6% (9.1 millones de dólares). En 1984 se vendieron 105 millones de unidades, de las cuales 92 millones de unidades (87%) eran productos populares.

El total de ventas en farmacias en el Perú aumentó 14% desde 1977 (126.1 millones de dólares) hasta 1984 (144.4 millones de dólares). No obstante, el número de unidades que se vendieron disminuyó en 22% durante los mismos años, de 134.3 millones de unidades en 1977 a los 105.3 millones de unidades

(2) Hay que tener en cuenta que al sector público le correspondió el 16.5%

Cuadro No. 2

GASTOS PRESUPUESTADOS PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" POR EL INSTITUTO PERUANO DE SEGURIDAD SOCIAL, 1980 - 1984 (MILLONES DE SOLES DE 1980) (a)

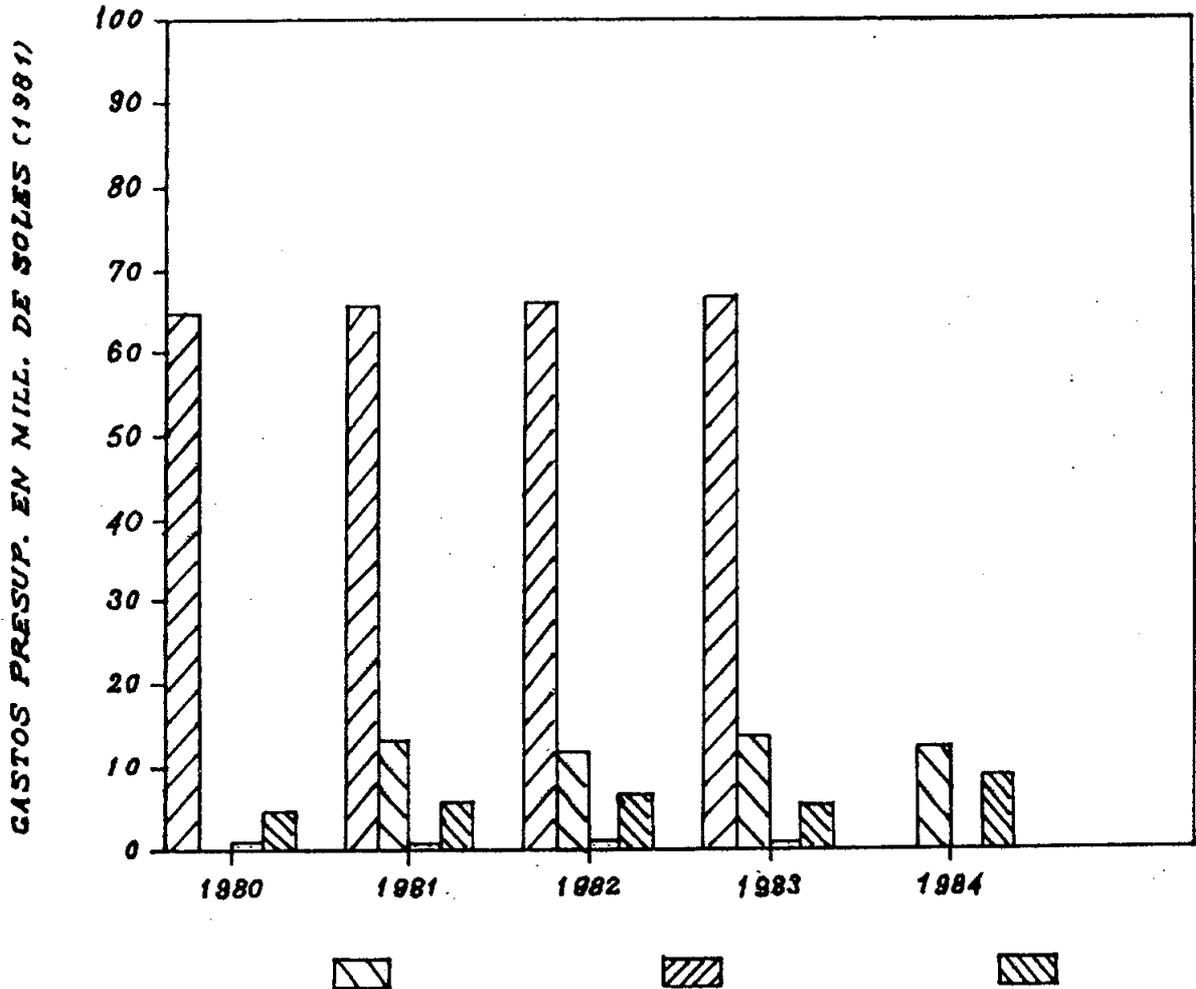
Año	Suministros Médicos y Medicinas	Presupuesto del IPSS pa- ra todos los bienes	Presupuesto del Instituto Peruano de Seguridad Social (Solo para Salud)	Presupuesto del Gobierno Central	(1)/(2)	(1)/(3)	(1)/(4)	(3)/(4)
	(1)	(2)	(3)		Porcentajes			
1980		13397	62557	1370000				4.57
1981	9996	15464	76853	1386530	64.6	13.01	0.72	5.54
1982	9994	15284	87220	1344210	65.4	11.46	0.74	6.49
1983	8585	12986	63214	1296420	66.1	13.58	0.66	4.88
1984	6463	9671	52003	1361040	66.8	12.43	0.47	3.82

NOTA: (a) La tasa de cambio en 1980 fue de US \$1.00 = 288.85 soles (promedio anual)

FUENTE: Instituto Peruano de Seguridad Social, Dirección General de Administración, "Ejecuciones Presupuestales"; Banco Central de Reserva del Perú, "Memorias", 1980-1984

Elaborado por: ANSSA-PERU -Grupo de Trabajo, Componente No. 6 "Financiamiento y Costo del Sector Salud"

GRAFICO N°6



% del Presupuesto IPSS para bienes totales.

% del Presupuesto IPSS para Salud.

% del Presupuesto del Gobierno Central.

% del Presupuesto del Gobierno Central asignado al IPSS para Salud.

Cuadro No. 3

GASTOS PRESUPUESTALES PARA "SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS" DEL MINISTERIO DE SALUD DEL PERU, 1980 - 1984 (Millones de soles 1980) (a)

Año	Suministros Médicos y Medicinas	Presupuesto del IPSS para todos los bienes	Presupuesto del Ministerio de Salud	Presupuesto del Gobierno Central	(1)/(2)	(1)/(3)	(1)/(4)	(3)/(4)
	(1)	(2)	(3)		Porcentajes			
1980	2390	10353	49016	1370000	23.1	4.87	0.17	3.58
1981	3348	11810	50752	1386530	28.3	6.60	0.24	3.66
1982	4066	11873	61536	1344210	34.2	6.61	0.31	4.58
1983	3160	9900	58059	1296420	31.9	5.44	0.24	4.48
1984	2281	8654	58044	1361040	26.4	3.93	0.17	4.26

NOTA: (a) La tasa de cambio en 1980 fue de US \$1.00 = 288.85 soles (promedio anual)

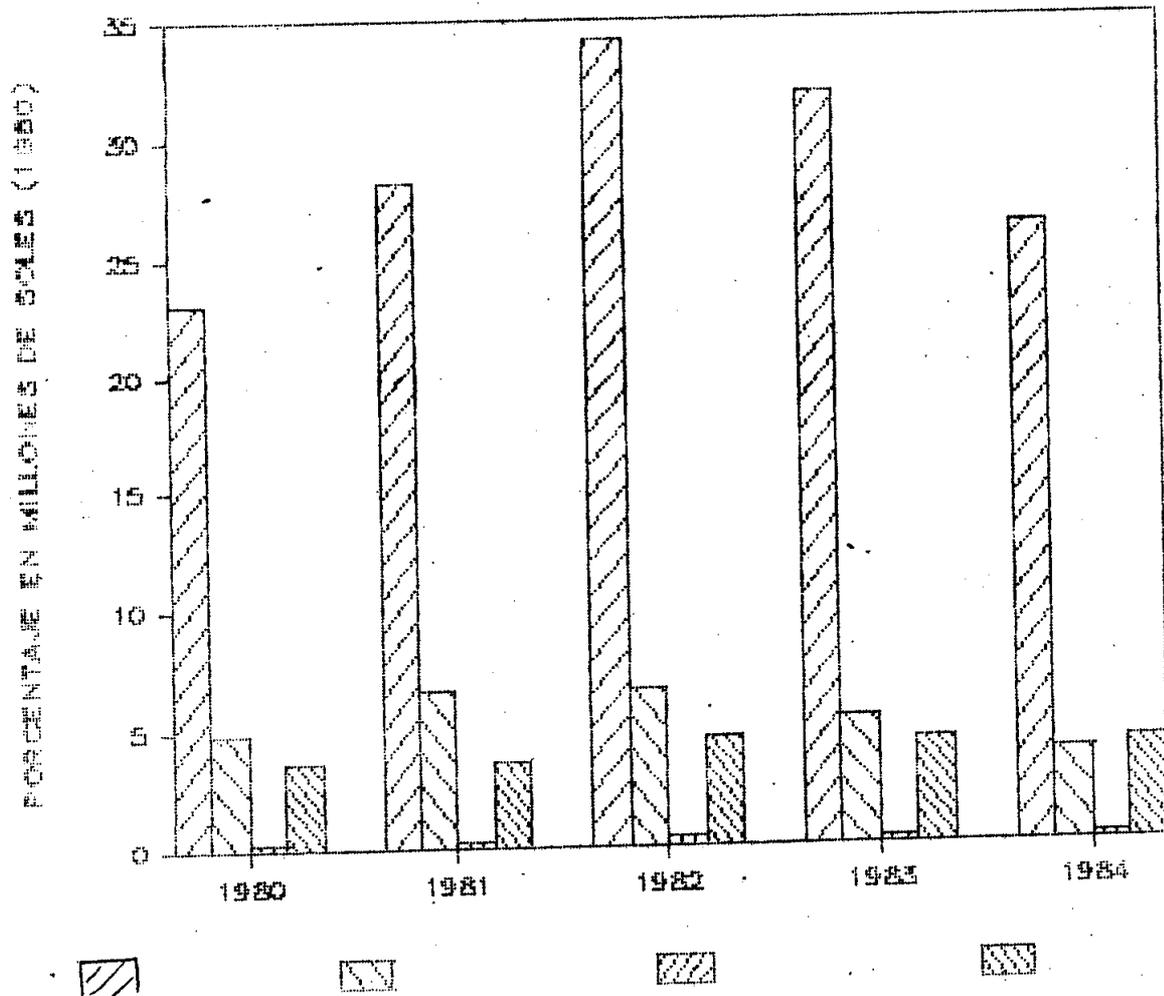
FUENTE: Ministerio de Salud "Balance General"; Banco Central de Reserva del Perú, "Memorias" 1980-1984

Elaborado por: ANSSA-PERU -Grupo de Trabajo, Componente No. 6 "Financiamiento y Costo del Sector Salud"

GRAFICO N°7



SUMINISTROS MEDICOS Y MEDICINAS EN EL MINISTERIO DE SALUD



% del Presupuesto del Ministerio de Salud para bienes totales.

% del Presupuesto total del Ministerio de Salud.

% del presupuesto del Gobierno Central.

% del Presupuesto Nacional dado al Sector Salud.

Cuadro No. 4

EL MERCADO FARMACEUTICO PERUANO (VENTAS EN FARMACIA)
RESUMEN GENERAL 1977 - 1984 (a)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Mercado Total								
Unidades vendidas (en miles)	134282	119498	129742	168260	140204	126787	117552	105344
Dólares US (en miles)	126129	109933	124289	175779	174080	159501	146369	144368
Soles corrientes (en millones)	10397	15600	27203	47407	71391	107297	222641	483562
Soles de 1980 (en millones)	NA	43212	41893	47407	43549	39700	37849	38685
Medicamentos Eticos								
Unidades vendidas (en miles)	114059	101133	106703	138899	120665	109940	101770	92006
Dólares US (en miles)	118129	102904	116097	164441	160518	148345	136877	135228
Soles corrientes (en millones)	9740	14602	25409	44353	65865	99849	208216	453034
Soles de 1980 (en millones)	NA	40448	39130	44353	40178	36944	35397	36243
Medicamentos Populares								
Unidades vendidas (en miles)	20223	18365	21039	29361	19539	16847	15782	13338
Dólares US (en miles)	8000	7029	8192	11338	13562	11156	9492	9140
Soles corrientes (en millones)	657	998	1794	3054	5526	7448	14425	30528
Soles de 1980 (en millones)	NA	2764	2763	3054	3371	2765	2452	2442

NOTAS: (a) Las ventas en farmacia representan casi 72% del total de ventas de productos farmacéuticos en el Perú.

NA No hay información disponible

Fuente: International Marketing Service: Perú: Mercado Farmaceutico 1977-1984

en 1984. Estas mismas tendencias se reflejan en los mercados de productos éticos y populares (Cuadro No. 4). El marcado aumento en el valor de las ventas en farmacias, en soles corrientes durante este período, se debe a las altas tasas de inflación en el Perú después de 1978.

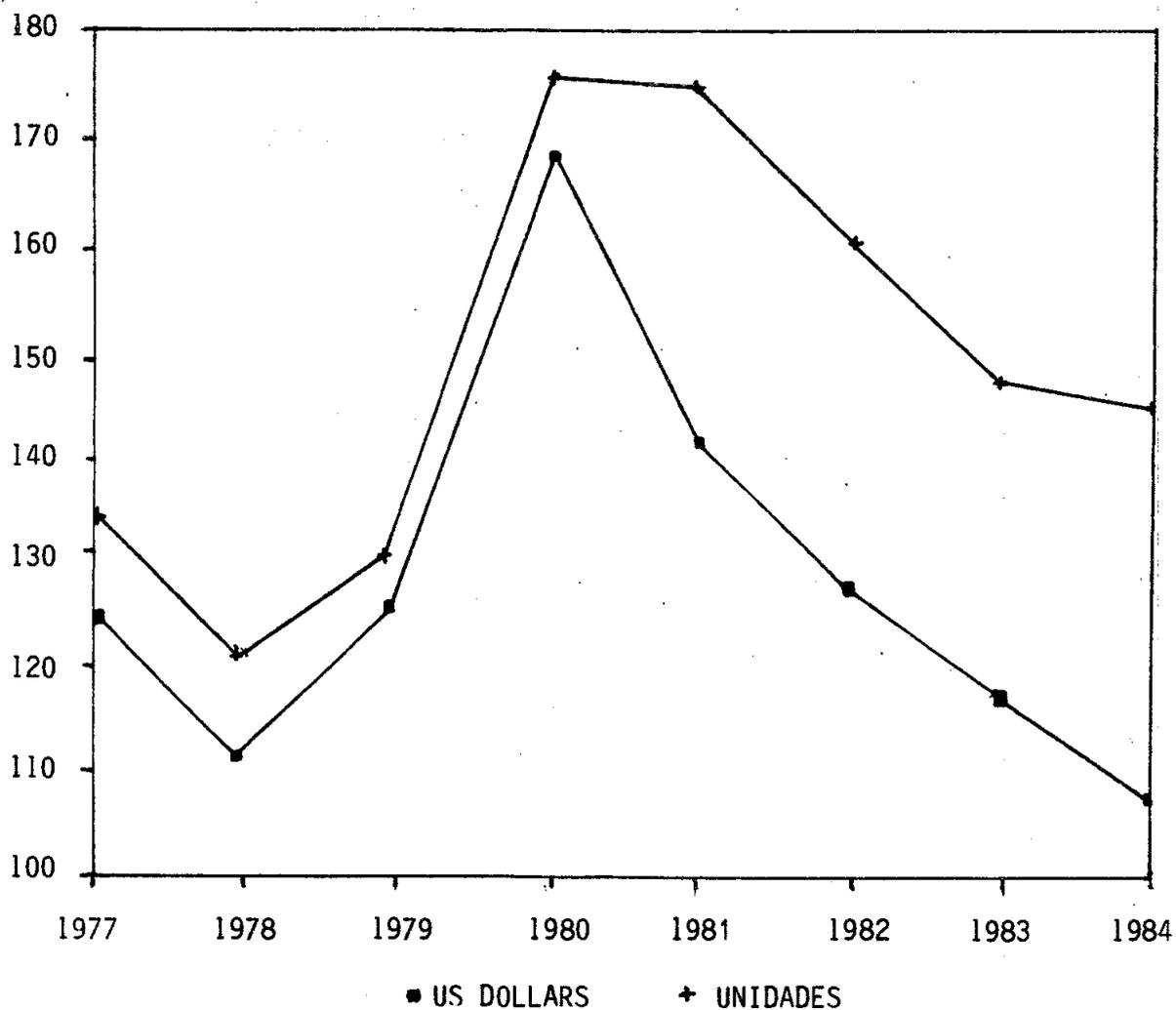
La evolución de las ventas de medicamentos a nivel de farmacias se puede apreciar con mayor claridad en el Gráfico No. 8. Es importante señalar que éstas alcanzaron su punto más alto en 1980; a partir de esa fecha ha habido un descenso constante, tanto en el valor como en el volumen de las ventas. El valor de las ventas en farmacias ha bajado 18% desde 1980 (175.8 millones de dólares) a 1984 (144.4 millones de dólares), en tanto que el volumen de ventas decayó en forma aún más abrupta, registrando una baja de 37%, de 168.3 millones de unidades en 1980 a 105.3 millones de unidades en 1984.

En el Cuadro No. 5 se compara el aumento en los precios de los productos farmacéuticos, de 1976 a 1983, con los cambios que han habido en los índices del costo de vida y la tasa de cambio en el Perú. El índice de precios de productos farmacéuticos durante este período subió de 100 a 2,206, pero los índices del costo de vida y de la tasa de cambio subieron aún más precipitadamente. El índice del costo de vida, que sirve como medida aproximada de la inflación, aumentó en más de treintaicinco veces, entre 1976 y 1983, en tanto que la moneda del Perú fue devaluada con un factor de casi 30 durante el mismo período de siete años. Prácticamente en todos los años, los precios de los productos farmacéuticos subieron a un ritmo menor que los precios de los demás artículos y servicios representados en el índice del costo de vida.

El auge y posterior declive del mercado farmacéutico peruano durante el período 1977-1984, refleja una combinación de factores. En primer lugar, la economía peruana en su totalidad pareció estar en ascenso en 1979 y 1980, debido en parte a los precios favorables de los productos tradicionales de exportación y a los préstamos externos. Además, 1980 marcaba el retorno de un gobierno democrático en el Perú. El gobierno de Belaunde asumió el poder en julio de 1980 y las elecciones municipales se llevaron a cabo en noviembre del mismo año. Debido a presiones electorales, los aumentos sustanciales para una serie de productos, incluyendo medicamentos, se postergaron hasta 1981. En mayo y octubre de 1981, los precios de los productos farmacéuticos aumentaron en 18% y 21%, respectivamente, por autorización del Ejecutivo. Probablemente este hecho ayude a explicar el

GRAFICO No. 8

TENDENCIA EN LAS VENTAS DEL MERCADO FARMACEUTICO (a) 1977-1984 PERU



NOTA: (a) sólo venta en farmacias, que representan un 72 por ciento de las ventas farmacéuticas totales

FUENTE: IMS-PERU: Mercado Farmacéutico.

Cuadro No. 5

PRECIOS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS. INFLACION Y DEVALUACION EN EL PERU 1976-1983

Precios de Productos Farmacéuticos (a)		Indice del costo de vida (b)			Tasa de Cambio		
Año	Indice	Incremento Anual	Indice (Promedio Anual)	Incremento Anual	Soles por US \$ (Promedio Anual)	Indice	Incremento Anual
1976	100	--	100	--	58	100	--
1977	128	28%	138	38%	87	151	51%
1978	216	69%	218	58%	159	276	83%
1979	315	46%	366	68%	227	395	43%
1980	422	34%	582	59%	293	510	29%
1981	633	50%	1019	75%	430	750	47%
1982	950	50%	1671	64%	718	1253	67%
1983	2206	132%	3526	111%	1639	2857	128%

NOTAS: (a) Se refieren a precios promedio de ventas durante cada año para 24 empresas farmacéuticas incluidas en la muestra de Price Waterhouse. Estas compañías totalizaron cerca de 55 por ciento de las ventas totales en la industria farmacéutica peruana en 1983.

(b) Este índice está calculado por el Instituto Nacional de Estadística de Lima, Perú.

FUENTE: El "Estudio sobre la evolución financiera y la industria farmacéutica en el Perú (Años 1976 a 1983)" de Price Waterhouse, diciembre 1984 Lima, Perú Cuadros 13.1 a 13.3.

descenso relativamente agudo que hubo en el volumen de unidades vendidas en 1981, en tanto que el valor de las ventas de productos farmacéuticos en dólares permaneció relativamente alto. Desde 1982 hasta 1984, tanto el valor como el volumen de las ventas de medicamentos siguieron bajando. La información preliminar para 1985 indica un posible cambio en esta tendencia decreciente.

En este contexto, algunos de los laboratorios de propiedad extranjera, en aparente respuesta a la contracción del mercado farmacéutico peruano, han descontinuado sus operaciones en el país y han vendido sus plantas industriales a compañías privadas locales. Entre los ejemplos recientes de esta corriente se incluyen la transferencia de las instalaciones de Cyanamid Peruana a Química Suiza, así como la venta de la planta de Merck Sharp & Dohme a Medifarma.

4. ANALISIS DEL CONSUMO A TRAVES DE LAS VENTAS

Se ha sostenido que los productos farmacéuticos de mayor venta a nivel minorista en el Perú, no corresponden necesariamente a los patrones epidemiológicos predominantes en el país. Se considera que los antibióticos, que son la categoría única más grande de fármacos vendidos en el Perú (20.4% de las ventas en farmacias), pueden realmente ser consumidos en exceso debido a la alta incidencia de automedicación, que hace que numerosas personas usen antibióticos para enfermedades que no son afectadas por este tipo de tratamiento.

4.1 Consumo de Medicamentos en Farmacias

Los principales productos farmacéuticos éticos y populares que más se vendieron en 1984 en las Farmacias del sector privado, han sido referidos por la International Marketing Service, por orden decreciente de unidades vendidas.

Puede observarse que entre los medicamentos éticos, el grupo terapéutico de mayor consumo fue el de los antibióticos sistémicos -entre ellos Lincomicina, Oxitetraciclina (Terramicina) y Penicilina. Entre los medicamentos populares, el grupo de preparaciones contra la tos y el resfrío, así como las frotaciones inhalantes, ocuparon los primeros lugares durante 1984 (Cuadros Nos. 6 y 7).

4.2 Consumo de Medicamentos en las Instituciones del Sector Público: el Ministerio de Salud

El estudio "Consumo de Medicamentos por Niveles de Desagregación" correspondiente al área de "Medicamentos e Insumos Críticos" del proyecto ANSSA-PERU, estuvo dirigido a determinar las características del consumo de medicamentos en dos Áreas Hospitalarias de Cusco y Cajamarca, así como en sus respectivos servicios periféricos.

LOS PRINCIPALES PRODUCTOS ETICOS FARMACEUTICOS DEL PERU 1984

Puesto	Producto (a)	Fabricante	Grupo Terapéutico	Valor de Ventas (miles de US \$)	Volumen de Ventas (miles de Unidades)	Precio Unitario Promedio US \$	
Unidades de Valor			(b)				
1	3	Lincocin	Upjohn	J1	1676	862	1.94
2	7	Gentalyn	Scherin Corp.	J1	1324	741	1.79
3	18	Penbritin	Roussel	J1	1113	529	2.10
4	39	Aldomet	Merck Sharp & Dohme	C2	1105	321	3.44
5	33	Amoxil	Roussel	J1	963	341	2.82
6	243	Hydergina	Sandoz	C4	948	NHD	NHD
7	109	Pantomicina	Abbott	J1	925	173	5.35
8	10	Megacilina	Grunenthal	J1	913	715	1.28
9	6	Terramicina	Pfizer	J1	911	759	1.20
10	15	Bactrim	Roche	J1	889	571	1.56
11	23	Buscapina Compuesta	Boehringer Ingelheim	A3	837	425	1.97
12	5	Tetrasona	Pharvet	J1	824	761	1.08
13	13	Hepabionta	Merck S.A.	A5	767	627	1.22
14	65	Gamalate B6	Ferrer Intern.	M6	714	237	3.01
15	11	Redoxon	Roche	A11	679	675	1.01
16	21	Decadron	Merck Sharp & Dohme	M2	673	435	1.55
17	189	Rimactan	Ciba	J1	654	125	5.23
18	34	Binotal	Bayer	J1	641	341	1.88
19	111	Tagamet	Smith Kline & French	A2	638	170	3.75
20	153	Ilosone	Lilly	J1	637	139	4.58
21	41	Dolo-Neurobion	Merck S.A.	M2	603	314	1.92
22	71	Diprosan	Schering Corp.	M2	552	227	2.43
23	17	Broncomultigen	Abeefe	R5	541	530	1.02
24	635	Uropol	Bristol	G4	541	NHD	NHD
25	35	Omnipen	Wyeth	J1	529	337	1.57

NOTAS: (a) Los productos individuales se pueden vender en una variedad de formas de presentación, que se agregan en estas estadísticas.

(b) Estos grupos terapéuticos son definidos por IMS como sigue: A2- antiácidos, anti - flatulentos, y contra las úlceras pépticas; A3- antiespasmódicos gastrointestinales y anticolinérgicos; A5-protectores hepáticos; A11- vitaminas; C2- hipotensivos; C4 vasodilatadores periféricos; G4- urológicos; M2- corticosteroides sistémicos; J1- antibióticos sistémicos, M2- analgésicos; M6- sicoanalepticos; y R5- preparaciones contra la tos y el resfrío.

(NHD) No hay datos

FUENTE: International Marketing Service, Peru: Mercado Farmacéutico, diciembre 1984.

LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS POPULARES EN EL PERU, 1964

Unidades	Productos (a)	Fabricante	Grupo Terapéutico (b)	Valor de ventas (miles de US\$)	Volumen de Ventas (miles de Unidades)	Precio Unitario Promedio US \$
1	Vick Vaporub	Vick	R4	517	1615	0.32
2	Ex-Lax Chocolates	Farmindustria	A6	207	1004	0.21
3	Nopucid	Farmindustria	P1	247	748	0.33
4	Mentholatum	Anakol	R4	194	718	0.27
5	Dencorub	Farmindustria	M2	455	473	0.96
6	Leche Magnesia Phillips	Ross	A6	211	460	0.46
7	Vick Fórmula 44	Vick	RS	533	395	1.35
8	Johnson Productos Niños	Johnson Productos Niños	D2	523	370	1.41
9	Sulfanil	Abeeffe	D6	234	352	0.66
10	Charcot Frotación	Abeeffe	M2	129	309	0.42
11	Jabon Sulfuroso Kau	Farmindustria	D10	183	261	0.70
12	Colirio Eye-Moe Tetroni	Ross	S1	139	254	0.55
13	Thimolina con Benzal	Industrial Panamericana	D8	139	212	0.66
14	Alcohol Purool	Septic S.A.	V5	79	209	0.38
15	Ojo San Colirio	Abeeffe	S1	49	186	0.26

NOTAS: (a) Los productos individuales se pueden vender en varias formas de presentación que se agregan en estas estadísticas.

(b) Estos grupos terapéuticos son definidos por el IMS como sigue: A6 laxantes; D2 emolientes, protectores; D6 antibióticos y sulfanoamidas tópicos no esteroideos; D8 antisépticos y desinfectantes, no incluyen ropas medicas; D10 preparaciones contra el acné; M2 anti-reumáticos tópicos; P1 preparaciones parasitológicas; R4 frotaciones e inhalantes; RS preparaciones contra la tos y el resfrío S1 oftalmológicos; y V5 antisépticos para cirugía.

FUENTE: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmaceutico, diciembre 1964.

Se obtuvo una muestra representativa para cada categoría de medicamentos (3), priorizándose los grupos terapéuticos en función de la morbilidad registrada por la Oficina de Estadística de la XI Región de Salud.

Se revisó la estadística de consumo en una serie de dos años (1984-1985) para los medicamentos esenciales y de marca, y de 1980-1983 para los medicamentos básicos.

La información primaria cualitativa y cuantitativa permitió identificar el perfil del consumo en los servicios de salud seleccionados en cada uno de los siguientes niveles de desagregación, para cada grupo de medicamentos.

- a) Nivel I Total de la muestra
- b) Nivel II Muestra estratificada
- c) Nivel III Por grupos terapéuticos priorizados
- d) Nivel IV Por productos.

Area Hospitalaria del Cusco

En el grupo de medicamentos esenciales, sólo el 13.5% de la muestra presentó datos constantes de consumo. El 86.5% restante fue de consumo irregular, limitándose su uso a los meses iniciales de 1984 y evidenciando un abastecimiento irregular de medicamentos.

El análisis de la muestra estratificada demostró que los volúmenes mayores de consumo se concentran en pocos productos que representan los medicamentos más importantes, desde el punto de vista de la patología más frecuente. Los estratos son más homogéneos para el año 1985 (Cuadro No. 8).

La observación por grupos terapéuticos prioritarios para el periodo 1984-1985, indica que el mayor consumo de

-
- (3) Los grupos de productos farmacéuticos que fueron considerados son: a) medicamentos básicos y esenciales: aquellos de calidad garantizada y bajo costo, orientados hacia los grupos poblacionales de escasos recursos económicos, sujetos a regulación gubernamental y que se identifican por su nombre genérico; b) medicamentos de marca: aquellos que utilizan para su comercialización el nombre de patente. Su precio es generalmente más alto que el de su similar básico o esencial.

CUADRO No. 8

CONSUMO DE MEDICAMENTOS ESENCIALES, POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS
 AREA HOSPITALARIA NO 41 - HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO - AÑOS 1984-1985

GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIO	UNIDAD GALENICA	1 9 8 4					1 9 8 5					TOTAL		
		JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO			
PRIORIDAD I														
ANTIINFECIOSOS														
ANTIBIOTICOS														
- Ampicilina x 250 mg.	Capsula	192	1028	2048	2619	456	7487	697				40	8	745
- Ampicilina x 500 mg.	Capsula	982	985	827	181	4	2979	517	2634	4124	4355	1410	1410	13040
- Cefalosporina x 250 mg.	Capsula		6		12	10	28		304	261	464	1298	1298	2327
- Clindamicina Clorh.	Capsula	238	126	168	208	127	867	45	58	28	350	378	378	859
- Dicloxacilina x 250 mg.	Capsula	12	9	10	49		80	1088	1996	308	380	118	118	3510
- Gentamicina x 20 mg.	Ampolla		8	20	67	100	195	499	680	143		188	188	1890
- Gentamicina x 80 mg.	Ampolla	185	223	36	2	253	699	97	21	4				122
- Penicilina Glemizol	Fco. Amp.		253	1415	1744	2165	5577	1517	1380	1306	1686	893	893	6782
- Tetraciclina Clorh.	Capsula				130		130	116	272	28	337	549	549	1302
QUIMIOTERAPICOS														
- Sulfametopiridazina	Tableta		204		192	156	552	322	235	211	442	379	379	1589
ANTIESPASMODICOS														
- Atropina Sulfato 0.25 mg	Ampolla							457	313	22	159	349	349	1300
- Hicocina H-Butil Brom.	Ampolla							387	322	232	327	339	339	1607
SOLUCIONES CORRECTORAS FRASTORNOS HIDRICOS Y ELECTROLITICOS (Soluciones Parenterales)														
- Glucosa 5% x 1000 ml.	Frasco	289	182	166	37	96	770	249	885	752	130	327	327	2344
- Glucosa al 33 1/3	Ampolla							592	638	479	192	9	9	1910
- Solucion Ringer Lactato	Ampolla							853	93	93	446	842	842	2327
														692
ANALGESICOS - ANTIPIRETICOS														
- Acetaminofen x 500 mg.	Tableta	156	171	147	342	330	1146	210	12	206	157	107	107	692
- Dipirona x 500 mg.	Tableta							537	645	153	17	11	11	1363
MODIFICADORES DE LA CONTRACCION UTERINA														
- Ergometrina Maleato	Tableta	42	40	121	162	199	564	302	411	282	424	16	16	2018
- Ergometrina Maleato	Ampolla													1435

medicamentos se orienta al grupo de antibióticos y dentro de ellos a las ampicilinas, representando el total de este grupo el 47.4% de la muestra.

Al analizar el consumo de este grupo específico, se observaron variaciones relativas -fundamentalmente- a la irregularidad del abastecimiento, problemas administrativos y deficiencias en el sistema de suministro, más que a criterios de demanda derivados de la estructura de la morbilidad.

Similar situación se encontró para el grupo de medicamentos básicos, con la diferencia que en este grupo los primeros puestos fueron ocupados por las penicilinas sintéticas contra gérmenes resistentes (B-lactamasa +) como Dicloxacilina y Lincomicina. La creciente regularidad del consumo de estos antibióticos se correlaciona con la mayor incidencia de enfermedades infecciosas del aparato respiratorio, prevalente en zonas de altura debido a las condiciones climatológicas.

La información que se obtuvo para los medicamentos de marca fue escasa e irregular, dada la naturaleza precaria de las fuentes proveedoras de datos. El análisis mostró, como en los casos anteriores, que el mayor consumo lo constituyeron los antibióticos. El análisis por producto ubicó a las penicilinas -en sus formas Clemizol de absorción semilenta (Megacilina) y Sódica- en el primer lugar del consumo para los años 1984-1985 (Cuadro No. 9).

Area Hospitalaria de Cajamarca

La muestra general para el grupo de medicamentos esenciales presentó información completa para el 26.7% de los medicamentos prioritarios. El 73.3% restante sólo dió información de consumo para 2 ó 3 meses, situación debida -entre otros factores- a un deficiente abastecimiento de medicamentos esenciales en el primer año de ejecución del Programa.

Del análisis de la muestra de grupos terapéuticos priorizados, se observa que el grupo de anti-infecciosos constituye el 44.0% del consumo, y dentro de estos, el subgrupo de penicilinas sintéticas, con un incremento notable de un año a otro. Especial atención ofrece el grupo de soluciones correctoras de trastornos hidro-electrolíticos, que muestran un aumento significativo en el consumo de 1985.

La muestra de medicamentos básicos presenta información del consumo de 6 meses consecutivos, mostrando que para los años 1980-1983, el mayor consumo estuvo referido a los Anti-

CUADRO No. 9

CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA, POR GRUPOS PRIORITARIOS.- AREA HOSPITALARIA NO 41
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO.- AÑOS 1984 - 1985

GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	UNIDAD GALENICA	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
PRIORIDAD I															
ANTIINFECTIVOS															
(ANTIBIOTICOS)															
- Chloromicetin Succinato	Fco. Amp					5			26			1200			1200
- Gentayn x 80 mg.	Amp	5						1780				24			246
- Megacilina x 1'000,000	Fco. Amp	1480	750	2500	2000	1921	1986	10637	2040	2040	2200	2740	2770	1800	13330
- Penicilina Sodica x 1'000,000	Fco. Amp	2300	400			2336	2100	7136	1300	1300	728	1875		1800	6553
- Quemicetina x 250 mg.	Cap								200			1400		3890	5490
Quemicetina Succinato	Fco. Amp			300		262		562	2	169	82	119		257	629
ANTIESPASMODICOS															
- Atropina Sulfato 0.25 mg	Amp					371		271							
SOLUCIONES CORRECTORAS DE LOS TRASTORNOS HIDRICOS Y ELECTROLITICOS															
(SOLUCIONES PARENTERALES)															
- Dextrosa 5% x 1000 ml/	Frasco					1300		1300	798	972	720	1160		672	4322
ANALGESICOS-ANTIPIRETICOS															
- Promalgen	Amp								1100						1100
- Trineural fuerte	Amp	783	481	390	247	420	3495	337	213	142	226				918

infecciosos, entre ellos, el Cloranfenicol y la Ampicilina. Es importante en este grupo, la información correspondiente a soluciones correctoras de trastornos hidroelectrolíticos que registran un consumo sostenidamente regular (Cuadro No. 10).

La muestra de medicamentos de marca permitió el análisis del consumo para el 64% de medicamentos considerados prioritarios en un periodo continuo de 6 meses.

Al observar los grupos prioritarios en los 2 años de estudio (1984-1985), el mayor peso correspondió al grupo de Anti-infecciosos y el segundo al grupo de Analgésicos y Antipiréticos. El análisis por producto mostró una mayor incidencia en el consumo de penicilinas sintéticas (Cuadro No. 11).

Si se efectúa un análisis comparativo del consumo a través de las ventas con el "consumo ideal" caracterizado en el capítulo de demanda, se verá que los antibióticos, así como las preparaciones de mayor venta en los años considerados, son casi exclusivamente utilizados en el tratamiento de los problemas digestivos y las infecciones respiratorias. Así, el consumo a través de las ventas guarda relación con la demanda caracterizada a través de la morbilidad, donde los primeros lugares los ocupan los síntomas del aparato respiratorio y digestivo.

El consumo de los medicamentos anti-parasitarios, no se correlaciona con la prevalencia de la enfermedad. De las 10 enfermedades transmisibles más prevalentes en el país, las parasitosis ocupan un destacado tercer lugar (ver Cuadro No. 1). Sin embargo, los medicamentos para estas enfermedades sólo representan menos del 1% de todos los medicamentos vendidos al por menor en farmacias (Cuadro No. 12).

CONSUMO DE MEDICAMENTOS BASICOS, POR GRUPOS PRIORITARIOS.- AREA HOSPITALARIA DE CAJAMARCA.- HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
AÑOS: 1980 - 1983

GRUPOS TERAPÉUTICOS PRIORITARIOS	UNIDAD GALÉNICA	1 9 8 0					1 9 8 3								
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
PRIORIDAD I															
ANTIINFECTIVOS															
(ANTIBIÓTICOS).															
- Ampicilina x 250 mg.	Capsula	800			1296	1466	1905	5467							
- Ampicilina Susp 125ml.	Fco.Susp.			29	12	26	24	149	52	24	41	39	12	35	203
- Cloranfenicol Palmita	Fco.Jarabe	166	152	149	121	88	676								
- Cloranfenicol Succinato	Fco. Amp.	1660	1558	1704	1325	1611	1794	9652	504	672	317				1493
- Cloranfenicol x 250 mg.	Capsula														
- Diclaxacilina x 250 mg.	Capsula	310	288	350	275	295	114	1632							
- Eritromicina x 250 mg.	Capsula	53	48	49	31	51	22	254	29	30	62	48	70	54	286
- Gentamicina x20mg.	Ampolla	154	138	75	140	161	142	810	100	38	115		68	94	415
- Gentamicina x 20 mg.	Ampolla	250	352	210	203	146	293	1554	159	229	358	296	334	96	1472
- Lincomicina x 500 mg.	Capsula	52	46	39	47	42	45	251	33	49	21	36	12		151
- Lincomicina x 600 mg.	Ampolla	826	710	918	809	796	509	4568							
- Penicilina Sodica	Fco.Amp.														
QUIMOTERAPÉUTICOS															
- Sulfametoxipiridazina	Tabletas	410	364	510	468	90	295	2137	326	269	378	406	150	394	1923
ANTIESPASMÓDICOS															
- Atropina Sulfato 0.25M.G	Ampolla	356	390	458	418	208	299	2157	356	206	190	451	350	292	1845
- Dipirona + Hioscina N-	Ampolla					274	195	469	183	320	50	209	203	262	1227
- Butil Bromuro															
ANTIIDIARRÉICOS															
- Antidiarreico con Neomicina	Frasco	51	24	58	36	62	48	269	56	29	24	46	60	21	236
ANTIUSIGENO Y EXPECTORANTE															
- Bromidato de Dextrometorfano	Fco.Jarabe	24	48	24	46	59	15	216							

CUADRO No. 10

CONSUMO DE MEDICAMENTOS BASICOS, POR GRUPOS PRIORITARIOS.- AREA HOSPITALARIA DE CAJAMARCA.- HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
AÑOS: 1980 - 1983

GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	UNIDAD GALENICA	1 9 8 0					1 9 8 3								
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	TOTAL
SOLUCIONES CORRECTORAS DE LOS TRASTORNOS HIDRICOS Y ELECTROLITICOS (SOLUCIONES PARENTERALES)															
- Cloruro Sodio 9% 1000	Fco.	24	60	36	24	48	24	216	24	36	22	14	84	96	548
- Cloruro Sodio 11.7%	Apolla	102	63	76	96	95	88	522	96	85	106	80	97	404	404
- Cloruro Potasio 14.9%	Apolla	236	105	230	110	309	164	1154	105	119	160	20			
- Glucosa 5% x 1000 ml.	Fco.	280	246	246	284	368	303	2986							
- Glucosa al 33 1/3 x 20 ml.	Apolla	286	88	306	268	990	289	1527	264	369	354	300	160	1482	158
- Solucion Ringierlactato	Apolla	356	383	266	406	363	328	2102	90	68					
ANESTESICOS - ANTIPIRETICOS															
- Acido Acetil Salicilico	Tabletas	1230	1509	890	1354	1411	972	7366	966	1360	1294	1025	1378	1256	7279
- Dipirona x 500 mg.	Tabletas	1010	909	1354	216	478	1278	5245	865	226					1099
- Dipirona x 500 mg.	Fco. 6ts	412	110	73	69	91	33	417	20						20
MODIFICADORES DE LA CONTRACCION UTERINA															
- Ocitocina x 5 U.I.	Apolla	120	80					200						19	19

CUADRO NO. 11

CAJAMARCA - HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
 AÑOS: 1984 - 1985
 CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS

GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	UNIDAD GALENICA	1984					1985					TOTAL			
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO		AGOSTO	SEPTIEMBRE	
PRIORIDAD I															
ANTIINFECIOSOS															
(ANTIBIOTICOS)															
- Dicloxacil x 350 mg.	Capsula		97	606	856	589	140	2288	144	304	285	418	393	483	2027
- Hiperbiotico x 250 mg.	Capsula	684	647	106	335	426	1418	3616	319	319	972	1735	749	109	3775
- Hiperbiotico x 500 mg./5ml.	Capsula	27	87	97	57	90	84	442		319	84	120	106	96	419
- Magnapen x 250 mg.	Capsula					398	1423	1821			972	2905	653		4945
- Magnapen x 250 mg./5ml..	Fco.Susp.	10	33	6	14	26	28	117				25	25		50
- Megacilina x 1'000,000 UI	Fco.Amp.	138	253	194	251	172	78	1086		534	433	588	516	525	2616
- Penicilina G. Sodica	Fco.Amp.	120	70	97	235	232	754					166	170		336
- Succinato Cloromicetina	Fco.Amp.	292	205	236	208	285	299	1525			122	244	262	165	793
QUIMIOTERICOS															
- Sumetropin	Tableta	254	232	321		136	229	1172							174
- Septrin	Jarabe					11	8		32	21	5	35	37	44	
ANTIIDIARRICOS															
- Colitina	Tabletas	31	167		125	178	124	625	80	48	29	88	55	18	318
ANTIUSIGENOS Y EXPECTORANTES															
- Expectro Gripp.	Fco.Jarabe	15	21	11	14	13	17	91	18	35	24				77
- Cedeina Expectorante	Fco.Jarabe	15	9	21	6	8	17	76	6	4	10	7	15	22	64
SOLUCIONES CORRECTORAS DE LOS TRASTORNOS HIDRICOS Y ELECTROLITICOS															
- Dextrosa 5% x 1000 ml.	Frasco	137	402	506	607	589	252	2553	74	423	504	316			1317
- Kalium 14.9%	Ampolla		47	204	219	276	241	287	206	185	25				416
- Lactato de Ringer	Ampolla		79	483	420	533	535	2050		86	494	565			1145

CAJAMARCA.- HOSPITAL REGIONAL DE CAJAMARCA
 AÑOS: 1984 - 1985
 CONSUMO DE MEDICAMENTOS DE MARCA POR GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS

GRUPOS TERAPEUTICOS PRIORITARIOS	UNIDAD GALENICA	1 9 8 4					1 9 8 5					TOTAL		
		ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO		AGOSTO	SEPTIEMBRE
ANALGESICOS-ANTIPIRETICOS-														
- Aspirina x 500 mg.	Tabletas				572	417	472	1461	193	352	143	242	273	1103
- Fenalgina	Ampolla	185	251	171	187	149	139	1082	118	132	89	168	152	863
- Fenalgina R.	Ampolla	198	237	233	162	283	278	1391	246	238	196	369	358	1450
- Avafortan	Tabletas	75	83	141	84	212	55	650	107	158	213	166	247	1264
- Avafortan	Ampolla	135	58	206	347	19	326	1094	169	261	76	417	273	1273
- Dolo - Neurobion	Gragea	159	500	569	132	417	172	1949	353	290	315	169	272	1444
- Dolo - Neurobion	Ampolla	35	40	71	34	28	65	273	52	32	15	39	30	226
- Promalgen	Ampolla	112	48	20	119	95	131	525	363	106	0	213	292	974
- Promalgen	Tableta	129	348	433	514	78	177	1679	0	0	0	0	0	0

Cuadro 12

VENTAS EN FARMACIA POR GRUPOS TERAPEUTICOS
1985 (a)

Grupo Terapéutico	Participación en el Mercado Total (b)	
	Grupo Terapéutico	Sub-Grupo Terapéutico
1. Tracto alimentario y Metabolismo	18.7	
- Laxantes		1.1
- Antidiarreicos		1.8
- Vitaminas		4.5
2. Sangre y Organos sanguineos	2.9	
3. Sistema Cardiovascular	6.6	
4. Dermatológicos	7.1	
- Corticoesteroides tópicos		2.3
5. Sistema Génito-Urinario y Hormonas Sexuales		
- Hormonas sexuales		2.8
6. Preparaciones Hormonales Sistémicas (No incluye Hormonas Sexuales)	2.2	
- Corticoesteroides sistémicos		2.1
7. Anti-infecciosos generales, sistémicos	20.4	
- Antibióticos sistémicos		
8. Sistema Musculo-Esquelético	5.7	
9. Sistema Nervioso Central	9.4	
- Analgésicos		3.3
- Psicolépticos		2.9
- Psicoanalépticos		2.0
10. Parasitología	0.8	
11. Sistema Respiratorio	13.1	
- Tos y preparaciones para la gripe		7.7
12. Organos Sensorios	2.2	
13. Otros	3.6	
Todas las Categorías	100.0	

NOTAS: (a) Doce meses antes de mayo e incluye mayo 1985.

(b) En base a valor de ventas

FUENTE: International Marketing Service: Perú: Mercado Farmacéutico, mayo 1985

5. PRODUCCION Y COMPORTAMIENTO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA

La elaboración de productos farmacéuticos se inició en el Perú hace unos 40 años. En 1960 sólo unas cuantas plantas farmacéuticas cubrían alrededor del 15% de la demanda nacional de medicinas, en términos de valor. No obstante, durante la siguiente década la industria se desarrolló muy rápidamente. Entre 1960 y 1970, la producción de las firmas farmacéuticas aumentó a una tasa anual de casi 17%, más del doble de la tasa anual de crecimiento (8%) del sector manufacturero en su conjunto, y sobrepasó por un margen considerable también a la industria química que tenía una tasa anual de crecimiento del orden del 12.5% (Vega-Centeno y Remenyi, 1980: 35-36). El dinamismo de la industria farmacéutica bajó considerablemente después de 1970. La "Ley General de Industrias" (D.L. 18350) de 1970 confinó a la industria a un plano secundario en términos de prioridad económica, eliminando el acceso a una serie de incentivos tributarios para las inversiones, que antes había disfrutado.

De otro lado, se dictaron nuevos reglamentos y restricciones en esa época, que afectaron las actividades de las firmas subsidiarias de empresas transnacionales en el Perú; como muchas de las empresas farmacéuticas del país eran de propiedad de extranjeros, estas medidas tendieron a frenar la expansión de la industria.

Otros dos factores que han configurado la evolución de la industria farmacéutica en el Perú desde sus primeros años son: su naturaleza intensiva en importaciones y su sensibilidad a las fluctuaciones del poder adquisitivo de la población. Durante la década del 60 y comienzos de la del 70, los insumos farmacéuticos (materias primas y materiales de envase) representaron aproximadamente 45% de los costos totales de producción en la industria. A lo largo de este periodo, más de 90% de las materias primas (vale decir ingredientes activos e inertes) que se usaron en la producción farmacéutica fueron importadas. Por el contrario, entre el 75% y 80% de los materiales de envase empleados en

la industria fueron producidos localmente (Vega-Centeno y Remenvi, 1980: 43-45).

Al respecto, hay información más reciente proveniente de una serie de informes de Price Waterhouse, acerca de la industria farmacéutica peruana, elaborada anualmente por la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Perú (ALAFARPE). Los datos de estos informes han sido extraídos de una muestra de 24 de los más grandes laboratorios farmacéuticos del Perú, que representan aproximadamente el 55% de las ventas totales de la industria en 1983. Los estudios de Price Waterhouse indican que, de 1976 a 1983, solamente los ingredientes activos e inertes totalizaron entre el 45 y 60% de los costos de producción farmacéutica en el Perú, los materiales de envase entre el 11 y 15%, los costos de mano de obra oscilaron entre 6 y 9% del total, siendo los gastos administrativos generales del orden del 11 al 14%. Un factor adicional en el costo de producción fue el costo del cambio de moneda extranjera en que se incurrió al importar insumos, lo que se debió a la continua devaluación de la moneda peruana durante este período; la magnitud de este factor fluctuó entre el 7 y el 23% de los costos totales de producción (4). La cuota de importaciones de ingredientes activos e inertes utilizados en la industria farmacéutica estuvo entre el 90 y el 94% (Price Waterhouse, 1984: Cuadros No. 4.1 y 5.2).

Cuando se tiene en cuenta que los insumos importados son esencialmente ingredientes activos, sin los cuales la industria farmacéutica no podría funcionar, se hace evidente la verdadera naturaleza de la dependencia que sufre el Perú respecto a las importaciones. Sólo pocas empresas hasta la fecha han sido capaces o han deseado manufacturar ingredientes activos en el Perú.

El resultado ha sido una situación de deterioro en la balanza de pagos del Perú desde el punto de vista de esta industria, ya que continúa generando grandes déficits ante la ausencia de esfuerzos sustanciales para sustituir las importaciones o para exportar. Uno de los problemas ocasionados por esta dependencia de las importaciones, se encuentra en el área del control de precios. Si se considera que entre la mitad y los dos tercios de los costos de producción de la industria

(4) Los años 1976 y 1983 dan una idea de evolución de los costos de producción farmacéutica en este período:

farmacéutica están directa o indirectamente relacionados con materiales importados, y dadas las agudas devaluaciones de la moneda peruana en tasas promedio que exceden con creces el 100% en los últimos años, es evidente que los fabricantes farmacéuticos presionarán para que los precios se reajusten continuamente de acuerdo a la devaluación, en muchas de las medicinas que se venden en el Perú particularmente los productos farmacéuticos éticos o vendidos con prescripción médica, que tienden a ser los más intensivos en importaciones. El Gobierno, no obstante, también se encontró bajo una fuerte presión para mantener bajos los precios de los productos farmacéuticos, debido a que la espiral inflacionaria del país ha seguido disminuyendo el poder adquisitivo de la población. En el quinquenio que va entre 1980 y 1984 la tasa acumulada de inflación en el Perú fue de aproximadamente 2,200% (Informe de Gerencia, 1985: 4).

	1976		1983	
	Soles Constantes 1983	%	Soles Constantes 1983	%
.Materias primas	40,071	52	46,673	45
.Costos por tasa de cambio	7,997	10	23,709	23
.Subtotal	48,068	62	70,382	68
.Materiales de Envase	11,647	15	11,965	11
.Mano de obra	7,119	9	8,505	8
.Gastos generales	11,221	14	13,666	13
.Total	78,055	100	104,518	100

5.1 La Industria Farmacéutica Peruana: Estructura y Tendencias

La estructura y comportamiento de la industria farmacéutica en el Perú, refleja una gran variedad de factores: la dimensión del mercado interno y las tendencias de ventas recientes; la importancia relativa de las importaciones frente a la producción nacional para satisfacer la demanda nacional de medicamentos; los roles de los sectores público y privado; la predominancia de empresas extranjeras frente a las nacionales; las relaciones entre los proveedores, mayoristas y minoristas de productos farmacéuticos; el rol de los profesionales de la salud (especialmente médicos y farmacéuticos) en configurar los patrones de consumo de productos farmacéuticos; y, las preferencias y actitudes de los consumidores con relación a temas como la automedicación

v los medicamentos esenciales. En este sentido, se intentará evaluar el significado de varios de estos factores para la industria farmacéutica peruana.

Siempre es útil iniciar este análisis comparando la industria farmacéutica peruana con aquella de otros países latinoamericanos (ver Cuadro No. 13). En 1980, el mercado farmacéutico en el Perú era considerablemente menor que los mercados de Argentina, Brasil, México, Colombia o Venezuela; se asemejaba más al mercado farmacéutico de Chile (aproximadamente US\$ 200 millones). El Perú tiene el doble de empresas farmacéuticas que las que tiene Chile (80 comparadas con 41); asimismo, tiene una estructura menos concentrada del mercado en términos de la participación de ellas, 20 a 25 firmas son importantes. Sin embargo, las empresas de propiedad nacional son mucho más fuertes en Chile que en el Perú (42% del mercado frente a 26%, respectivamente).

Aunque es difícil acceder a cifras exactas, se estima que aproximadamente el 10% de los productos farmacéuticos que se consumen en el Perú son importados. El 90% restante que se consume en el país, pasan en alguna medida por la fabricación local, aunque esto frecuentemente implica una formulación relativamente simple y actividades de envasaje. Sin embargo, la situación es muy diferente si se observan los insumos farmacéuticos en vez de los productos medicinales acabados. Los costos de materias primas representan casi la mitad de todos los costos de producción en la industria farmacéutica. La cuota de estas materias primas hechas en el Perú es mínima, fluctúa entre 6 y 10% en los últimos años. La abrumadora mayoría de insumos farmacéuticos en el país son importados (ver HSA-PERU, 1985 a: 7 y Cuadro 14).

5.2 Características de los Principales Proveedores de Productos Farmacéuticos en el Perú

En el Perú hay registradas aproximadamente 155 compañías farmacéuticas. Cerca de 70 de ellas efectivamente formulan productos farmacéuticos para uso humano. Estas empresas con plantas industriales en el Perú, o bien formulan sus propias líneas de productos, o hacen fabricación para terceros, para laboratorios que no han establecido sus propias instalaciones manufactureras. Entre las firmas que fabrican y comercializan sus propias líneas de producción tenemos a Roussel, Hoescht, Schering A.G., Ciba-Geigy, Squibb, Parke Davis, Farminustria y Abeefe; algunas firmas que fabrican para terceros extensivamente son Alfa, Efesa, Farmitalia y Pfizer. Entre los laboratorios que no fabrican localmente

Cuadro No. 13

LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN AMERICA LATINA: 1980

País	Ventas Farmacéuticas (Millones de US \$)	Empresas Farmacéuticas No.	Participación en el mer. de 20 empr. prin.	Participación en el mercado de empr. Nac.	Clasificación de 4 Empresas Nacionales más importantes	Ventas en el Sector Público Privado (% del Total)	No. de empleados
Argentina	1920	225	52	47	1,3,10,16	92 8	37000
Bolivia	32	12	—	NA	NA	50 50	NA
Brasil	1554	489 (a)	40	22	7,24,30,54	80 20	62000
Chile	198	41	74	42	1,2,5,14	80 20	5970
Colombia	560	325	53	12	NA	70 30	15000
Costa Rica	28	13	82 (c)	18	NA	70 30	NA
Ecuador	90	75	62	11 (b)	1,19,34,49	NA NA	6000
México	1100	315	45	28	31,36,48,51	77 23	43000
Paraguay	40	24	—	NA	NA	90 10	NA
Perú	200	80	61 (d)	26	4,10,19,27	75 25	17000
Uruguay	94	69	71	39	10,12,15,18	80 20	2800
Venezuela	270	75	48	22	2,5,17,23	74 26	7000

NOTAS: (a) 1978

(b) 1979

(c) En 1977 solo tres laboratorios representaron el 82% de la producción total

(d) Las 25 empresas farmacéuticas más importantes

NA: No hay información disponible

FUENTE: Asociación Latinoamericana de Industrias Farmacéuticas, "La Industria Farmacéutica en América Latina: aspectos económicos (mimeo) octubre 1981, pp. 12 y 15.

Cuadro No. 14

INDICES DE CRECIMIENTO DE DIVERSOS SEGMENTOS DEL MERCADO FARMACEUTICO
 PERUANO, 1977 - 1984 (Solo ventas en Farmacias)

	1977	1978	1979	1980	1981	1982	1983	1984
Mercado Total								
Dólares US	72	63	71	100	99	91	83	82
Unidades vendidas	80	71	77	100	83	75	70	63
Medicamentos Eticos								
Dólares US	72	63	71	100	98	90	83	82
Unidades vendidas	82	73	78	100	87	79	73	66
Medicamentos Populares								
Dólares US	71	62	72	100	120	98	84	81
Unidades vendidas	69	63	72	100	67	57	54	45

FUENTE: IMS - PERU: Mercado Farmacéutico

sus propios productos farmacéuticos, pero si tienen una fuerte representación de ventas en el Perú, tenemos Eli Lilly, Upjohn, Schering Corporation, Cyanamid, Imperial Chemical Industries, Glaxo y Boehringer Ingelheim.

El Cuadro No. 15 identifica las principales empresas farmacéuticas que hay en el Perú, por nacionalidades, señalando si es que han establecido operaciones de manufactura en el país o no. Predominan las subsidiarias de grandes empresas farmacéuticas transnacionales de Europa y Norteamérica, especialmente en el sector de productos farmacéuticos éticos (5).

Si bien las compañías farmacéuticas nacionales representan 50% de la inversión total en el país, obtienen el 40% del volumen y sólo el 15% del valor de las ventas de medicamentos (Gereffi, 1983 d: II-15). (6) Es interesante observar que no todas las empresas farmacéuticas peruanas importantes tienen sus propias plantas y que muchas contratan fabricación para terceros con laboratorios transnacionales.

En los Cuadros Nos. 16 y 17 se presenta el comportamiento de las treinta principales compañías farmacéuticas del Perú, según el valor y el volumen de sus ventas, a nivel de farmacias para el periodo 1980-1984. Entre las diez firmas más grandes en términos del valor de sus ventas farmacéuticas totales en el Perú en 1984, se encuentran cinco compañías europeas (Roche, Roussel, Boehringer Ingelheim, Schering Peruana y Sandoz), tres firmas norteamericanas (Schering Corporation, Merck, Sharp & Dohme, y Upjohn), y dos empresas peruanas (Farminustria y Abeefe). Siete de estas diez empresas líder tuvieron en 1984 niveles menores de ventas de productos farmacéuticos, según su valor, que en 1980, evidenciando las bajas más significativas Boehringer

(5) Hay evidencias de un patrón similar del liderazgo en la industria farmacéutica a nivel general, en Europa y Norteamérica, en Gereffi, 1982.

(6) Cabe resaltar que, a fin de comprender mejor por qué los recursos de salud se vienen comprimiendo, el 85% de todos los gastos de Gobierno del Perú en 1985 fueron presupuestados para atender el servicio de la deuda por préstamos extranjeros y para gastos militares (Blacker Miller, 1985: 49).

NACIONALIDAD Y SITUACIÓN DE OPERACIONES DE LAS PRINCIPALES EMPRESAS
FARMACEUTICAS EN EL PERU, 1985

Compañía	País de Origen	Tiene su Planta Propia	Nombre del Fabricante (Planta Propia o Fabricante para Terceros)
Roche	Suiza	si	Productos Roche Química Farmacéutica S.A.
Roussel (a)	Alemania Occ/Francia	si	Laboratorios Larpe S.A.
Farmindustria	Nacional	si	Laboratorios Farmindustria S.A.
Schering Corporation	EEUU	no	Laboratorios Efesa S.A.
Merck Sharp & Dohme	EEUU	no (e)	Laboratorios Efesa S.A.
Abeeffe	Nacional	si	Abeeffe Laboratorios S.A.
Upjohn	EEUU	no	Farmitalia Carlo Erba S.A.
Boehringer Ingelheim	Alemania Occ.	no	Laboratorios Alfa S.A.
Schering Peruana	Alemania Occ.	si	Schering Farmacéutica Peruana S.A.
Parke Davis	EEUU	si	Laboratorios Indufarma S.A.
Sandoz	Suiza	si	Sandoz Peru S.A.
Abbott	EEUU	si	Abbott Laboratories S.A.
Squibb	EEUU	si	Manufactureros Químicos Farmacéuticos S.A. (Maquifasa-Squibb)
Medifarma	Nacional	si	Laboratorios Efesa S.A.
Merck S.A.	Alemania Occ.	si (f)	Laboratorios Cipa S.A.
Grunenthal	Alemania Occ.	no	Hoechst Peruana S.A.
Pfizer	EEUU	si	Corporación Farmacéutica S.A.
Bayer	Alemania Occ.	si	Bayer Químicas Unidas S.A.
Merrell	EEUU	no	Laboratorios Larpe S.A.
Hoechst	Alemania Occ.	si	Hechst Peruana S.A.
Wyeth	EEUU	si	Laboratorios Wyeth S.A.
Ciba (b)	Suiza	si	Laboratorios Farmac S.A.
Lusa (c)	Nacional	si	Laboratorios Unidos S.A.
Winthrop	EEUU	si	Farmacéutica del Pacífico S.A. (Farpassa)
Mersil	Nacional	si	Mersil S.A.
Geigy (b)	Suiza	si	Laboratorios Farnac S.A.
Bristol	EEUU	si	Farquímica Andina S.A. (Farquisa)
Carlo Erba	Italia	si	Farmitalia Carlo Erba S.A.
Rhone Poulenc	Francia	no	Laboratorios Alfa S.A.
Lilly	EEUU	no	Laboratorios Efesa S.A.
Sanitas (d)	Nacional	si	Instituto Sanitas S.P. S.A.
Vick	EEUU	no	Laboratorios Berco S.A.
Cipa	Alemania Occ/Perú	si (f)	Laboratorios Cipa S.A.
Pharvet	Nacional	si	Laboratorios Pavil S.A.
Atral	Portugal/Perú	si	Laboratorios Atral del Peru S.A.
Magma (d)	Nacional	si	Laboratorios Magma S.A.
Trifarma	Nacional	si	Laboratorios Trifarma S.A.
Cofana	Nacional	si	Consorcio Farmacéutico Nacional
Alfa	Nacional	si	Laboratorios Alfa S.A.

- NOTAS: (a) Hoechst (Alemania Occ) adquirió intereses mayoritarios de Roussel Uclaf (Francia) en 1976
 (b) Una sola firma suiza, Ciba-Geigy es compañía madre de Ciba y de Geigy en el Perú
 (c) Lusa es una de las empresas farmacéuticas estatales del Perú. La otra es Indumil (Industrias Militares)
 (d) Sanitas y Magma son de propiedad de Juan Garrido Pinzón, hijo del ex-senador Marco Antonio Garrido Malo, cuyo otro hijo, Gerardo Garrido Pinzón, es propietario de Síntesis Química S.A. (Siquisa)
 (e) En 1984, Merck, Sharp and Dohme vendió su planta industrial (Laboratorios Prosalud S.A.) a Medifarma
 (f) Merck S.A. compró la mayoría de las acciones de Cipa (Centro de Investigación Peruano-Argentino) hace varios años.

Ingelheim (30.6%), Roche (15.8%) y Farminindustria (15.4%). En realidad, menos de la cuarta parte de las treinta principales empresas (7 entre 30) vendieron más productos farmacéuticos en 1984 que los que habían vendido cinco años antes. En general, la caída en el valor de las ventas para el periodo 1980-1984 fue de 14.4% para las 30 empresas farmacéuticas más importantes y de 17.9% para la industria en su conjunto (Cuadro No. 15).

En el Cuadro No. 16 aparecen los treinta principales fabricantes de medicamentos, en términos de volumen unitario de producción y de sus ventas. Hay una diferencia notable en esta clasificación, si se le compara con la anterior, y es que las firmas peruanas -más que las extranjeras- son las que encabezan la industria cuando se toma como parámetro la cantidad de medicamentos producidos. Las dos empresas principales y cuatro de las diez fabricantes que lideran el sector en términos de ventas unitarias, son peruanas. Sin embargo, el comportamiento de las ventas durante este periodo de cinco años, ha descendido uniformemente. Nueve de las diez empresas principales, y el 90% de los treinta fabricantes que lideran el sector (27 de 30), vendieron menos productos farmacéuticos en volumen en 1984 que en 1980. El descenso para la industria en su conjunto en cuanto a la cantidad de medicamentos producidos en el Perú durante este periodo quinquenal fue del 37.4%.

Estas tendencias descendentes en las ventas de medicamentos no sólo son significativas porque confirman los efectos perjudiciales de la crisis económica en el poder adquisitivo de la población peruana, sino que también dicen algo acerca de la capacidad de recuperación en que puede basarse la industria. El grado de capacidad manufacturera subutilizada es muy considerable. Del Cuadro No. 16 se desprende, por ejemplo, que casi el 40% de la capacidad manufacturera utilizada en 1980 estuvo ociosa cinco años más tarde en 1984. Como la industria farmacéutica en el Perú no estaba operando con toda su capacidad en 1980 y considerando que lo normal son sólo turnos de 8 horas por día en la mayoría de las plantas, probablemente el grado real de capacidad productiva subutilizada excede largamente la cifra de 40% especialmente si las plantas empezaron a trabajar con más de un turno por día (7).

(7) Una de las razones por las que algunas empresas manifiestan su renuncia para implantar más de un turno de fabricación al día, tiene que ver con la legislación laboral del Perú, respecto a la estabilidad laboral.

LAS TREINTA PRINCIPALES COMPAÑÍAS FARMACEUTICAS DEL PERU 1980-1984
VENTAS EN FARMACIAS (PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES) (a)
Principales Indicadores según Valor

Puesto en 1984 (por valor) Compañía	No. de Productos		Valor de Ventas (Miles de dolares EEUU)			Cambio porcentual	
	1984	1980	1981	1982	1983	1984	1980-1984
1 Roche	63	7575	7459	6446	6132	6375	- 15.8
2 Roussel	39	6706	6606	6480	6512	6006	- 10.4
3 Schering Corporation	50	5412	5952	5532	5584	5696	5.2
4 Farminustria	153	6535	6202	5682	5188	5530	- 15.4
5 Merck Sharp & Dohme	39	5011	4320	4087	3708	4604	- 8.1
6 Boehringer Ingelheim	44	6615	6424	5537	4812	4593	- 30.6
7 Upjohn	31	4098	4042	3559	3890	4422	7.9
8 Abeeffe	34	4285	4891	4431	4336	4305	0.5
9 Schering Peruana	62	4606	4564	4513	4168	4079	- 11.4
10 Sandoz	54	3909	3809	3758	3551	3823	- 2.2
11 Parke Davis	58	4267	4214	3907	3525	3432	- 19.6
12 Squibb	50	4496	4296	3902	3669	3375	- 24.9
13 Medifarma	88	2288	2254	4183	3700	3355	46.6
14 Abbott	26	3262	3646	3382	3218	3352	2.8
15 Merck S.A.	25	4596	5028	4199	3541	3117	- 32.2
16 Pfizer	25	3585	3279	3499	2989	2997	- 16.4
17 Merrell	29	2850	2861	2436	2552	2733	- 4.1
18 Bayer	26	3237	3156	3047	2966	2653	- 18.0
19 Grunenthal	22	2259	2058	2019	2019	2597	15.0
20 Ciba	32	3358	3227	2701	2461	2499	- 25.6
21 Hoechst	32	3235	3180	3018	2579	2416	- 25.3
22 Geigy	22	3400	3247	2862	2405	2348	- 30.9
23 Wyeth	19	3455	3097	2489	2203	2330	- 32.6
24 Lusa	61	3071	2470	2591	2187	2267	- 26.2
25 Winthrop	40	2616	2624	2577	2621	2207	- 15.6
26 Carlo Erba	29	4101	3611	2893	2285	1954	- 52.4
27 Hersil	20	1764	1839	1841	1910	1893	7.3
28 Bristol	10	2340	2532	2441	2241	1849	- 21.0
29 Lilly	20	2045	1780	1531	1632	1677	- 18.0
30 Rhone Poulenc	29	1969	1872	1632	1502	1624	- 17.5
Total de las 30 principales compañías		116946	114540	107175	100086	100108	- 14.4
Mercado Total		175780	173896	159501	146369	144368	- 17.9

NOTA: (a) Las ventas en farmacia representan aproximadamente 72% de las ventas farmacéuticas totales en el Perú.

FUENTE: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmacéutico, 1980 a 1984

LAS TREINTA PRINCIPALES COMPAÑÍAS DE PRODUCTOS FARMACÉUTICOS EN EL PERÚ
1980-84 VENTAS EN FARMACIAS (PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES) (a)
(Principales Productores por Volumen)

Puesto en 1984 (por volumen) Compañía	No. de Productos 1984	Volumen de Ventas (miles de unidades vendidas)				Cambio porcentual 1980-1984
		1980	1982	1983	1984	
1 Farminustria	153	8616	7296	6393	6992	- 18.8
2 Abeeffe	34	6294	5872	5673	5804	- 7.8
3 Roche	63	5342	4635	4406	4233	- 20.8
4 Schering Corporation	50	4007	3863	4241	3310	- 17.4
5 Parke Davis	58	3900	3538	3595	3292	- 15.6
6 Medifarma	88	2254	4611	4115	3153	39.9
7 Boehringer Ingelheim	44	4139	3498	3251	3057	- 26.1
8 Roussel	39	3831	3324	3183	2960	- 22.7
9 Schering Peruana	62	3575	3454	3171	2958	- 17.3
10 Sanitas	67	5141	3988	3754	2884	- 43.9
11 Hechst	32	3859	2975	2822	2717	- 29.6
12 Sandoz	54	2789	2505	2376	2524	- 9.5
13 Merrell	29	1675	2493	2455	2433	45.3
14 Lusa	61	3226	2586	2251	2412	- 25.2
15 Squibb	50	3272	2630	2546	2391	- 26.9
16 Cipa	27	3462	2650	2506	2275	- 34.3
17 Vick	6	3613	3144	2744	2272	- 37.1
18 Merck S.A.	25	2792	2620	2248	2022	- 27.6
19 Upjohn	31	2512	2592	2658	1807	- 28.1
20 Grunenthal	22	2020	1576	1602	1674	- 17.1
21 Wyeth	19	1996	1596	1530	1634	- 18.1
22 Merck Sharp & Dohme	39	3064	2529	1958	1575	- 48.6
23 Bayer	26	1682	1738	1731	1454	- 13.6
24 Pharvet	12	1930	1527	1294	1351	- 30.0
25 Pfizer	25	2675	1884	1511	1320	- 50.7
26 Carlo Erba	29	2626	1810	1556	1301	- 50.5
27 Winthrop	40	1457	1596	1519	1209	- 17.0
28 Atral	19	1399	1216	1114	1140	- 18.5
29 Hersil	20	1055	1070	1078	1118	6.0
30 Trifarma	31	1248	1283	1492	1112	- 10.9
Mercado Total		168260	126787	117552	105344	- 37.4

NOTA: (a) Las ventas en farmacia representan aproximadamente 72% de las ventas farmacéuticas totales en el Perú

FUENTE: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmacéutico, 1980 a 1984.

También es importante anotar que, sin embargo, la mayor parte de las compañías farmacéuticas han podido enfrentar mucho mejor que empresas de otros sectores, este temporal tan difícil. Medifarma y Hersil, ambas firmas de propiedad nacional, fueron dos de las únicas tres compañías, entre las treinta principales, en aumentar el volumen de sus ventas entre 1980 y 1984 (en 39.9 y 6% respectivamente). De otro lado, las dos compañías líderes en términos de producción industrial, Farminindustria y Abeefe, tuvieron descensos relativamente modestos, 18.8 y 7.8%, respectivamente, en su volumen de ventas durante este periodo. Si a estas consideraciones se agrega el hecho de que muchas de las compañías peruanas son importantes como fabricantes para terceros, para subsidiarias de empresas transnacionales que no tienen sus propias plantas en el Perú, hay bases para ser optimistas respecto a que las industrias nacionales puedan ponerse a la vanguardia en la recuperación de la industria, cuando vuelva a aumentar la demanda de medicamentos.

Se pueden comprender con mayor claridad los roles que han desempeñado las compañías farmacéuticas nacionales y extranjeras en el Perú, al observar la importancia relativa que tienen los productos populares y éticos en sus ventas totales. Los Cuadros 18 y 19 presentan cifras que documentan el tamaño de estos dos segmentos del mercado en 1985. Con relación a las ventas totales de la industria por valor, el 93% corresponde a productos farmacéuticos éticos y el 7% a productos populares (Cuadro No. 18). En términos de volumen de unidades producidas, el 87% son productos éticos y el 13% son productos populares (Cuadro No. 19). Las fuentes principales de artículos populares, tanto en términos relativos como absolutos, son dos compañías peruanas - Farminindustria (los productos medicinales populares constituyen el 41% de sus ventas totales por su valor y el 53% por su volumen) y Abeefe (el componente de productos farmacéuticos populares en las ventas totales es de 19% por su valor, y de 22% por su volumen). Dos terceras partes de los treinta principales fabricantes de productos farmacéuticos en el Perú, producen exclusivamente productos farmacéuticos éticos.

Ya sea que se considere solamente los productos farmacéuticos éticos o que se vea la totalidad de productos farmacéuticos éticos y populares, se encontrará que las compañías más diversificadas son peruanas. Farminindustria vende en total 148 productos, de los cuales 94 son medicamentos éticos (ambas cifras son de las más altas en la industria). Medifarma, el laboratorio que tiene la segunda gama más amplia de productos farmacéuticos en el Perú, comercia 82

Cuadro No. 18

IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS COMPAÑIAS
FARMACEUTICAS MAS GRANDES DEL PERU 1985 (a)

(Valor de Ventas, miles de dólares norteamericanos)

Puesto en 1985 (valor)	Mercado Total	Productos Eticos	Número de Productos Eticos	Productos Populares	Número de Productos Populares	Porcentaje	
Compañía	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(2)/(1)	(4)/(1)
1 Roche	5680	5680	64	0	0	100	0
2 Roussel	5661	5632	38	29	1	99	1
3 Farindustria	5212	3100	94	2112	54	59	41
4 Schering Corporation	4973	4578	47	396	3	92	8
5 Merck Sharp & Dohme	4427	4427	46	0	0	100	0
6 Abeeffe	4269	3438	25	831	10	81	19
7 Upjohn	4237	4237	31	0	0	100	0
8 Boehringer Ingelheim	4153	4153	44	0	0	100	0
9 Schering Peruana	3569	3569	63	0	0	100	0
10 Parke Davis	3554	3150	55	403	3	89	11
11 Sandoz	3519	3519	51	0	0	100	0
12 Abbott	3177	2960	24	217	1	93	7
13 Squibb	3079	3079	46	0	0	100	0
14 Medifarma	2832	2832	82	0	0	100	0
15 Merck S.A.	2810	2800	23	10	1	100	0
16 Grunenthal	2755	2755	22	0	0	100	0
17 Pfizer	2727	2727	22	0	0	100	0
18 Bayer	2578	2460	22	118	4	95	5
19 Merrell	2568	2568	28	0	0	100	0
20 Hoechst	2340	2340	33	0	0	100	0
21 Wyeth	2329	2329	19	0	0	100	0
22 Ciba	2256	2256	22	0	0	100	0
23 Lusa	2099	2099	58	22		99	1
24 Winthrop	2015	2015	39	0	0	100	0
25 Hersil	1926	1926	20	0	0	100	0
26 Geigy	1923	1858	23	65	1	97	3
27 Bristol	1755	1755	11	0	0	100	0
28 Carlo Erba	1701	1700	28	1	1	100	0
29 Rhone Pulenc	1586	1586	29	0	0	100	0
30 Lilly	1563	1446	19	116	1	93	7
Total de las 30 principales compañías	93272	88952	1128	4320	81	95	5
Mercado Total	135044	126093		8952		93	7

NOTA: (a) Doce meses antes de Mayo 1985, incluyendo dicho mes.

FUENTE: International Marketing Service, Peru: Mercado Farmacéutico, Mayo 1985

Programa de Fortalecimiento
de servicios de salud

Cuadro No. 19

IMPORTANCIA RELATIVA DE LOS PRODUCTOS ETICOS Y POPULARES PARA LAS PRINCIPALES COMPAÑIAS
FARMACEUTICAS DEL PERU 1985 (a)

(VOLUMEN DE VENTAS, MILES DE UNIDADES)

Puesto en 1985 (Volumen)	Compañía	Mercado Total (1)	Productos Eticos (2)	No. de Productos Eticos (3)	Productos Populares (4)	No. de Pro- ductos Po- pulares (5)	(2)/(1)	(4)/(1)	Porcentajes
1	Farmindustria	7379	3455	94	3924	54	47	53	
2	Abeefe	6297	4899	25	1398	10	78	22	
3	Roche	4416	4416	64	0	0	100	0	
4	Parke Davis	3580	2812	55	768	3	79	21	
5	Schering Corporation	3270	3231	47	39	3	99	1	
6	Roussel	3202	3112	38	90	1	97	3	
7	Medifarma	3096	3096	82	0	0	100	0	
8	Boehringer Ingelheim	3069	3069	44	0	0	100	0	
9	Schering Peruana	2977	2977	63	0	0	100	0	
10	Hoechst	2874	2874	33	0	0	100	0	
11	Sanitas	2674	2674	62	0	0	100	0	
12	Lusa	2559	2410	58	149	1	94	6	
13	Sandoz	2549	2549	51	0	0	100	0	
14	Merrell	2460	2460	28	0	0	100	0	
15	Squibb	2443	2443	46	0	0	100	0	
16	Vick	2340	0	0	2340	5	0	100	
17	Cipa	2337	2337	27	0	0	100	0	
18	Merck S.A.	2141	2134	23	7	1	100	0	
19	Upjohn	2018	2018	31	0	0	100	0	
20	Grunenthal	1968	1968	22	0	0	100	0	
21	Wyeth	1755	1755	19	0	0	100	0	
22	Merck Sharp & Dohme	1618	1618	46	0	0	100	0	
23	Bayer	1551	1482	22	69	4	96	4	
24	Pharvet	1440	1440	11	0	0	100	0	
25	Carlo Erba	1312	1311	28	1	1	100	0	
26	Pfizer	1305	1305	22	0	0	100	0	
27	Hersil	1302	1302	20	0	0	100	0	
28	Atral	1298	1298	19	0	0	100	0	
29	Winthrop	1251	1251	39	0	0	100	0	
30	Cofana	1217	1217	41	0	0	100	0	
Total para las 30 principales compañías		77698	68913	1160	8785	83	89	11	
Mercado Total		109948	95636		14312		87	13	

NOTA: (a) Doce meses antes de mayo 1985, e incluyendo dicho mes.

FUENTE: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmacéutico, Mayo 1985

medicamentos éticos. Sanitas y Lusa, también compañías locales, tienen líneas de productos de 62 y 59 medicamentos, respectivamente. Las empresas extranjeras más diversificadas tienden a involucrarse casi enteramente en el segmento de medicamentos éticos del mercado. Roche encabeza los laboratorios extranjeros con 64 productos farmacéuticos. Las cuatro siguientes compañías clasificadas según el número de sus productos, son la subsidiaria de Schering A.G., Schering Peruana (63), Parke Davis (55), Sandoz (51) y la Schering Corporation de los Estados Unidos (47).

El grado de concentración del mercado de medicamentos éticos en el Perú no es muy alto de acuerdo a los standards industriales modernos, se use o no el valor o el volumen de ventas como un indicador. Las cinco compañías principales representan una quinta parte; las diez compañías más importantes representan un tercio; y, las veinte firmas más importantes representan más de la mitad de las ventas de los productos farmacéuticos éticos. La concentración es mucho más pronunciada en el mercado de medicamentos populares, donde las cinco firmas principales captan cerca del 60% de las ventas totales, principalmente porque hay un número menor de empresas que producen estos artículos (Cuadro No. 20). Sin embargo, los indicadores generales son engañosos, porque la industria farmacéutica está realmente fragmentada en una diversidad de sub-mercados terapéuticos separados y, al interior de estos, los niveles de concentración pueden ser bastante altos. Los datos de mediados de la década del 70 indican, por ejemplo, las siguientes relaciones de concentración de cinco firmas en los sub-mercados terapéuticos del Perú: nutricional -87%; hormonas sexuales -76%; medicamentos cardiovasculares -62%; compuestos antianémicos -57%; vitaminas -54%; analgésicos -48%; y, antibióticos -33% (Vega-Centeno y Remenyi, 1980: 52).

5.3 Perfiles de los Principales Productos Farmacéuticos en el Perú

Los principales productos farmacéuticos éticos y populares están señalados en los Cuadros Nos. 6 y 7. Ocho de los diez principales productos farmacéuticos éticos (por su valor) en el mercado de 1984 fueron los antibióticos sistémicos y cada uno de los diez principales productos fue vendido por un laboratorio extranjero. Sólo 3 de los 25 principales medicamentos éticos fueron producidos por compañías nacionales (ver Cuadro 6). En contraste, seis de los diez principales productos farmacéuticos populares del Perú (en volumen) en 1984 fueron comercializados por empresas peruanas. Los cinco artículos farmacéuticos populares de

Cuadro No. 20

TASAS DE CONCENTRACION EN LA INDUSTRIA
FARMACEUTICA PERUANA, 1985 (a)

Porcentaje total de las Ventas de la Industria	Valor de Ventas (Dólares)			Volumen de Ventas (Unidades)		
	Mercado Total	Productos Eticos	Productos Populares	Mercado Total	Productos Eticos	Productos Populares
5 Compañías Mayores	19%	20%	59%	23%	20%	65%
10 Compañías Mayores	34%	34%	77%	37%	35%	81%
20 Compañías Mayores	55%	56%	91%	58%	59%	92%
30 Compañías Mayores	69%	71%	96%	71%	73%	96%
40 Compañías Mayores	78%	80%	99%	79%	82%	99%
50 Compañías Mayores	85%	88%	100%	86%	89%	99%
60 Compañías Mayores	95%	97%	(b)	95%	97%	(b)

NOTAS: (a) Doce meses antes de mayo 1985 e incluyendo dicho mes.

(b) Un total de 61 laboratorios producen productos populares en el Perú

FUENTE: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmacéutico, Mayo 1985

mayor venta en términos de ventas unitarias fueron: Vick-Vaporub, Chocolates Ex-Lax, Nopucid (una preparación parasitológica), Mentholatum y Dencorub (un antireumático de aplicación tópica) (ver Cuadro No. 7). Algunas de las firmas extranjeras que tienen predominio en el mercado de medicamentos populares (tales como Vick, Ross y Johnson & Johnson) no desempeñan un papel importante en la venta de medicamentos populares. No es sorprendente, entonces, que el precio unitario de los productos farmacéuticos populares esté generalmente por debajo de aquél de los medicamentos éticos principales.

A fin de determinar el grado de competencia que existe entre los principales productos farmacéuticos en el Perú, en los Cuadros Nos. 21 y 22 los artículos farmacéuticos éticos y populares de mayor venta para el periodo 1980-1984 están ordenados de acuerdo a su importancia. Los tres medicamentos éticos principales para todo el quinquenio fueron Lincocin (Upjohn), Gentilyn (Schering Corporation) y Penbritin (Roussel) (ver Cuadro No. 21). De modo similar, han habido cinco productos farmacéuticos populares entre los seis más importantes en cada año entre 1980 y 1984; Vick Vaporub, Chocolates Ex-Lax, Mentholatum, Leche de Magnesia de Phillips y Vick Fórmula 44 (ver Cuadro No. 22). Así, tenemos que, a pesar del énfasis puesto en potenciales innovaciones en el campo farmacéutico, una vez que un producto se convierte en líder de ventas, puede permanecer en la cumbre del mercado durante un periodo extenso de tiempo.

Otro enfoque para analizar la competencia dentro de la industria farmacéutica, es ver el grado de renovación entre los productos líderes, en términos de sus ventas anuales durante un periodo específico de tiempo; se puede denominar a este sistema una "competencia del producto" y en los Cuadros Nos. 21 y 22 se presenta información pertinente en este sentido para el Perú.

Otro tipo de competencia está indicada por el grado en que los productos terapéuticamente equivalentes compiten efectivamente entre sí, en precio; a esto se le denomina "competencia de precios". El Cuadro No. 23 presenta datos que permiten evaluar la medida y efectividad de la competencia de precios, entre una muestra de productos farmacéuticos de nombre comercial en el Perú.

En el Cuadro No. 23 se ha recopilado información sobre once artículos farmacéuticos genéricos, cada uno de los cuales se puede adquirir de diversos proveedores en distintas formas de presentación y dosificación y a niveles diferentes de precio.

Cuadro No. 21

PUESTOS DE LOS 25 PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS ETICOS EN
EL PERU (POR VALOR) 1980 - 84

Productos (a)	Puesto por Orden de Ventas (por Valor) (b)				
	1980	1981	1982	1983	1984
Lincocin	.1	1	3	1	1
Gentalyn	2	2	2	3	2
Penbritin	3	3	1	2	3
Aldomet	19	16	20	19	4
Amoxil	14	9	4	4	5
Hydergina	(39)	(41)	23	18	6
Pantomicina	5	6	8	7	7
Megacilina	17	24	(30)	25	8
Terramicina	13	21	19	11	9
Bactrim	10	11	9	6	10
Buscapina Compuesta	6	5	6	5	11
Tetrasona	11	8	11	12	12
Hepabionta	21	13	12	8	13
Gamalate B6	22	14	13	13	14
Redoxon	23	17	18	22	15
Decadron	25	(26)	17	24	16
Rimactan	16	19	(29)	(31)	17
Binotal	18	20	16	21	18
Tagamet	(44)	(53)	(39)	(44)	19
Ilosone	20	25	(34)	23	20
Dolo-Neurobion	12	10	7	10	21
Diprospon	(104)	(81)	(65)	(59)	22
Broncomultigen	(81)	(49)	(26)	(26)	23
Uropol	(37)	(28)	(27)	(40)	24
Omnipen	(32)	(40)	(68)	(62)	25

NOTAS: (a) En cada producto se incluyen todas las formas de presentación.

(b) El orden es por ventas totales en dólares US. Los paréntesis indican productos éticos cuya categoría está por debajo de 25 en un año dado.

FUENTE: International Marketing Service, Peru: Mercado Farmaceutico 1980 a 1984

Cuadro No. 22

PUESTOS DE LOS 15 PRINCIPALES PRODUCTOS POPULARES FARMACEUTICOS EN
EN PERU (POR VOLUMEN) 1980 - 84

Producto (a)	Puesto por orden de ventas (por Volumen) (b)				
	1980	1981	1982	1983	1984
Vick Vaporub	1	1	1	1	1
Ex-lax Chocolates	2	2	2	2	2
Nopucid	-- (c)	-- (c)	-- (c)	(19)(c)	3
Mentholatum	3	4	3	3	4
Dencorub	10	11	9	8	5
Leche Magnesia Phillips	5	6	6	4	6
Vick formula 44	4	3	4	6	7
Johnson Productos Niños	6	5	5	5	8
Sulfanil	7	8	8	7	9
Charcot	8	9	7	10	10
Jabon Sulfuroso Kau	(18)	(18)	(17)	(17)	11
Colirio Eye-Moe Tetroni	-- (d)	-- (d)	-- (d)	(29)	12
Thimolina con Benzal	9	7	11	11	13
Alcohol Puroi	-- (e)	-- (e)	-- (e)	9	14
Ojo San Colirio	(31)	(25)	(24)	(23)	15

NOTAS: (a) En cada producto se incluyen todas las formas de presentacion
 (b) Los paréntesis indican aquellos productos populares que están por debajo del puesto 15 en un año dado
 (c) Nopucid se vendió por primera vez en el Perú en agosto de 1983
 (d) No estan entre los 100 mayores productos populares en el Perú
 (e) Alcohol Puroi se vendió por primera vez en el Perú en setiembre de 1982

FUENTE: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmaceutico 1980 a 1984

PRECIO Y COMPARACIONES DE VENTAS DE LOS PRINCIPALES PRODUCTOS FARMACEUTICOS DE MARCAS
COMERCIALES EN EL PERU JUNIO 1984 - MAYO 1985 (12 MESES)

Nombre Genérico	Tipo Terapéutico	Nombre Comercial	Forma de Dosificación	Empresas Farmacéuticas	Ventas		Precio	Precio Uni-
					Dólares	Unidades	Unitario Promedio \$	tario al ma- yoreo. Mayo 85. Soles
Cimetidine	A2B1	Tagamet	200 mg x 20 tabl.	S.K.F.	237000	64500	3.67	27496
		Atural	150 mg x 16 tabl.	Roemmers	130000	20300	6.40	49770
		Cimetpharvet	200 mg x 20 tabl.	Pharvet	27000	14300	1.89	14676
		Ulcimet	300 mg x 20 tabl.	Colliere	13000	4100	3.17	24477
Kaoimycin-Pectin	A7A	Kaoimycin	50 ml jarabe	Upjohn	50000	43600	1.15	8886
		Streptomagma	60 ml susp	Wyeth	41000	63100	0.65	4977
		Humagel	60 ml liquido	Parke Davis	38000	53600	1.13	8875
		Enteromicina	60 ml susp	Pharvet	29000	23800	1.22	9562
		Atalbiotico	60 ml susp	Medifarma	29000	22500	1.23	9524
		Entero Sediv	60 ml jarabe	Grunenthal	28000	15700	1.78	14952
		Delex	60 ml susp	Atral	8000	8600	0.93	7078
	A7A	Furoxona	120 ml susp.	Eaton	154000	171900	0.90	6975
		Kaoimycin	118 ml jarabe	Upjohn	24000	13100	1.83	14235
		Eldon	120 ml susp.	Cofana	2000	5300	0.38	3466
A7B2	Kaogel	120 ml susp.	Parke Davis	40000	38000	1.05	10702	
	Kaopectate conc.	120 ml susp.	Upjohn	9000	5400	1.67	16928	
Digestivos	A9A	Cronase	30 grg.	Geigy	186000	67400	2.76	20906
		Nutrizym CP	30 grg.	Merck S.A.	100000	39500	2.53	19547
		Espasmo Canulase	30 bitabs.	Sandoz	83000	46600	1.78	13817
		Onoton	30 grg.	Winthrop	53000	35200	1.51	11480
		Coabizym	30 grg.	Luitpold	51000	31300	1.63	12422
		Kosflat	30 grg.	Cofana	28000	22100	1.27	9975
Hydroxicobalamine	A11P	Rubranova	15 mg - 2x2 ml amp	Squibb	45000	39100	1.15	8859
		Minedrox	15 mg - 1x1 ml amp	Cofana	6000	18600	0.32	2718
		Droxofor	15 mg - 1x2 ml amp	Roussel	4000	6200	0.65	5178
Estimulantes del Apetito	A14A	Hemotrofin	360 ml susp	Warner Chilcott	290000	167700	1.73	13640
		Welton	360 ml jarabe	Welfark	284000	162700	1.75	13407
		Vitaveran B12	360 ml jarabe	Markos	23000	14200	1.62	12091
Antianemicos	B3A2	Hemocyton	360 ml syrup jarabe	Prosst	173000	142800	1.21	12584
		Iberol - 500	360 ml liquido	Abbott	137000	42700	3.21	24580
		Verdivoton C/Hierro	360 ml liquido	Squibb	61000	36100	1.69	12914
		Ferronemia	360 ml jarabe	Cofana	36000	28100	1.28	10169
Ampicilina	J1C	Penbaltin	60 ml 125 mg/5 ml jarabe	Roussel	111000	89900	1.23	9584
		Ganipen	60 ml 125 mg/5 ml jarabe	Wyeth	68000	63700	1.07	10917
		Ginotal	60 ml 125 mg/5 ml jarabe	Bayer	56000	43200	1.30	9938
		Magnaperi	60 ml 125 mg/5 ml susp.	Magna	48000	50800	0.94	7024
		Ampicloxx	60 ml syrup	Roussel	35000	23000	1.52	11824
		Dotirol	60 ml 125 mg/5 ml susp.	Winthrop	31800	22000	1.41	10762
		Amilpen	60 ml 125 mg/5 ml susp.	Medifarma	11800	5500	2.00	9656

Cuadro No. 23
(continuación)

Nombre Genérico	Tipo Terapeutico	Nombre Comercial	Forma de Dosificación	Empresas Farmaceuticas	Ventas Dolares	Unidades	Precio Unitario Promedio \$	Precio Unitario al mes yoreo. Mayo 85. Soles
	J1C	Penbritin	60 ml 250 mg/5 ml jarabe	Roussel	162000	78400	2.07	16079
		Binotai	60 ml 250 mg/5 ml jarabe	Bayer	115000	61500	1.87	14025
		Omnipen	60 ml 250 mg/5 ml jarabe	Wyeth	106000	60300	1.76	13423
		Dotirol	60 ml 250 mg/5 ml susp.	Winthrop	67000	34700	1.93	14311
		Magnapen	60 ml 250 mg/5 ml susp.	Magma	50000	37000	1.35	10191
		Amfipen	60 ml 250 mg/5 ml susp.	Medifarma	10000	6000	1.67	16872
	J1C	Cervantal	3 g/85 ml syrup jarabe	Bayer	133000	65300	2.41	18236
		Damicilina	3 g/80 ml syrup	Magma	53000	23700	2.24	17010
Gentamicina	J1K	Gentalyn	40 mg - 1x1 ml amp	Schering	54000	45000	1.20	9024
		Gentagran	40 mg - 1x2 ml vial	Lusa	7000	21400	0.33	2518
		Gentabotic	50 mg amp	Sanitas	6000	13100	0.46	3600
		Gentasii	40 mg - 1x2 ml amp	Hersii	6000	12100	0.50	3861
		Gentapien	40 mg - 1x1 ml amp	Magma	1000	3700	0.27	2972
Rifampicina	J1M	Rimactun	300 mg x 8 caps.	Ciba	224000	56700	3.82	28591
		Rifadine	300 mg x 8 caps.	Merrell	154000	44500	3.46	33862
	J1M	Rifadine	300 mg x 100 caps	Merrell	100000	2800	35.71	357169
		Rifampicina M.E.	300 mg x 100 caps	Ciba	34000	1400	24.29	---
Ethambutol	J4A	Myambutol	400 mg x 50 tabl	Lederle	156000	26400	5.91	45257
		Pazolina	500 mg x 50 tabl	Erre-Pe	121000	24000	5.04	38810
		Tibutol	400 mg x 50 tabl	Erre-Pe	2000	600	3.33	22996
	J4A	Myambutol	400 mg x 100 tabl	Lederle	246000	23200	10.60	81258
		Tibutol	400 mg x 100 tabl	Erre-Pe	51000	9400	5.43	45790
Pirazinamide	J4A	Pirazinamida Errep	500 mg x 30 tabl	Erre-Pe	59000	15200	3.88	30015

FUENTE: International Marketing Service - El Mercado Farmaceutico del Perú, Mayo 1985

Para poder hacer comparaciones razonables, se ha hecho un esfuerzo para limitar el análisis a productos terapéuticamente equivalentes, ofertados en las mismas formas de dosificación o muy similares. Al ver el Cuadro No. 23 inmediatamente se hace aparente que existe una considerable cantidad de competencia de precios entre medicamentos con nombres, de diversas marcas comerciales en el Perú, en el sentido formal de que existe una considerable variación entre el precio promedio unitario para variantes de nombre comercial de un solo producto genérico. No obstante, con frecuencia se ve que, paradójicamente, los productos más caros también tienen la participación más alta del mercado, en términos de sus ventas totales, en aparente violación de los principios de una verdadera competencia de precios, vale decir, que el producto equivalente de menor precio debe tener la mayor participación en el mercado, ceteris-paribus.

Por ejemplo, la marca de ampicilina de mayor venta (60 ml - jarabe de 250 mg/5 ml) es el Penbritin, cuyo precio unitario es de US\$ 2.07, considerablemente mayor que el precio de las dos marcas que le siguen en el orden de ventas, Binotal y Omnipen, cuyos volúmenes de ventas están muy por debajo del Penbritin. Otro caso es el de Rifampicina (300 mg x 100 cápsulas); el producto que lidera el mercado es la Rifadine de Merrell, cuyo precio es de US\$ 35.71, lo que representa más del 50% que el precio con que Ciba ofrece Rifampicina M.E. (US\$ 24.29). A pesar de su precio mucho mayor, Rifadine tiene el doble en volumen de ventas que su competidor Rifampicina M.E. Un ejemplo final es la Cimetidina (200 mg x 20 tabletas). El líder más claro en el mercado es Tagamet con ventas de 64,500 unidades al precio unitario promedio de US\$ 3.67; el precio del producto que compite con él, Cimetpharvet, es de US\$ 1.89, casi la mitad del precio del Tagamet y, sin embargo, Cimetpharvet vendió menos de la cuarta parte de unidades (14,300) que vendió el más caro, Tagamet.

Por qué los medicamentos con nombre comercial de precio más alto tienen también la participación más grande en las ventas al menudo en el Perú? Presumiblemente, en la mayoría de los casos, la razón no puede ser ni la calidad del producto, ni siquiera la imagen del fabricante, porque muchos de los productos que compiten y están en la lista del Cuadro No. 23, mostrando una considerable variación de precios, son producidos por empresas farmacéuticas extranjeras muy grandes y respetadas (por ejemplo, Merrel y Ciba, en el caso de la Rifampicina). El factor que mejor explica esta situación, no sólo en el Perú sino en muchos otros países, incluyendo los Estados Unidos (ver Gereffi, 1983 a:193-194), tal vez sea que

los productos de marcas comerciales que están a la cabeza del mercado, tienen un gran soporte publicitario y son promovidos por compañías representantes, lo que da como resultado que estos gastos de "marketing" dedicados a diferenciar el producto eleven el precio de venta del producto final, por encima del precio de productos rivales de menor precio y con menor presencia en el mercado total. De esta manera, aunque existe la competencia formal de precios, esta competencia no es realmente efectiva, porque el precio no es el factor principal para influenciar la decisión del comprador. En casos en que los productos, y los servicios de apoyo que ofrece el fabricante, son realmente equivalentes, el monto de dinero que se gasta en medicamentos de marcas comerciales se puede reducir, proporcionando a los consumidores y profesionales intermediarios de la salud (médicos y farmacéuticos) toda la información sobre los precios predominantes.

6. DISTRIBUCION DE MEDICAMENTOS

En el mercado del sector público, hay diversas categorías de instituciones estatales. La más importante es el Instituto Peruano de Seguridad Social, que representa cerca del 70% de la demanda de medicamentos en el sector público. Los hospitales del Ministerio de Salud representan casi el 20% de la demanda de medicinas de parte de instituciones estatales, y las Sanidades de la Fuerzas Armadas y Fuerzas Policiales y otros hospitales públicos dan cuenta del 10% restante de la demanda.

Parece haber una desarticulación significativa al interior del sector público, cuando se compara la distribución de adquisiciones de estos productos con los diversos indicadores de la necesidad de medicamentos. De acuerdo a un informe del Ministerio de Salud, publicado en mayo de 1982, 114 de los 157 hospitales del sector público están a cargo del Ministerio de Salud, 30 pertenecen al IPSS y 13 están en la red de las Fuerzas Armadas. De manera similar, 18,286 de las 26,899 camas de hospital están en los hospitales del Ministerio de Salud, 5,305 están en los hospitales del IPSS y 3,308 están en los hospitales de la Fuerza Armada (Ministerio de Salud, 1982; Cuadros 1 y 2). En otras palabras, mientras que el Ministerio de Salud cuenta con 73% de los hospitales y el 68% de las camas de hospital en el sector público peruano, sólo gasta 20% de los recursos del sector público que se usan para comprar medicamentos.

En los Cuadros Nos. 3 y 4 se pueden apreciar, más de cerca los gastos presupuestales para el rubro "suministros médicos y medicinas" del Ministerio de Salud y el IPSS desde 1980 hasta 1984. En los años para los cuales hay datos comparables, el IPSS gastó 250 a 300% más en medicinas que el Ministerio de Salud. Tanto el IPSS como el Ministerio de Salud han dedicado un poco más de sus reducidos presupuestos a medicinas en 1984, que lo que dedicaron a comienzos de la década. Sin embargo, es pertinente observar que los presupuestos de ambas instituciones para "suministros médicos

y medicinas" han tenido una abrupta caída desde 1982; ya en 1984, el IPSS debía asignar menos de dos tercios de lo que asignara en 1982 para medicinas, en tanto que el Ministerio de Salud tuvo apenas un poco más de la mitad de lo que utilizara en medicamentos dos años antes. Indudablemente, ésta es una consecuencia parcial de la crisis económica que el Perú ha venido sufriendo a lo largo de estos años.

Distribuidores Mayoristas y Farmacias

En el Perú hay cinco grandes distribuidores mayoristas de productos farmacéuticos: Química Suiza, Grupo Ferreyros, Richard O. Custer, Droguería Kahan y Albis S.A. Todas estas compañías son de propiedad de peruanos, aunque Química Suiza y Albis aparentemente son sociedades en participación con un cierto grado de propiedad Suiza.

Química Suiza, Grupo Ferreyros, Richard O. Custer y Droguería Kahan son compañías altamente diversificadas. Además de suministrar productos farmacéuticos, negocian con una amplia gama de otras líneas de productos: cosméticos, licores, géneros, productos veterinarios, agroquímicos, artefactos de cocina, equipo pesado, etc. El único distribuidor que se ha especializado totalmente en productos farmacéuticos de uso humano es Albis S.A.

El más descentralizado de todos los distribuidores es el Grupo Ferreyros, también conocido como Efesa (Enrique Ferreyros S.A.). Efesa está compuesta de seis empresas distribuidoras que atienden diferentes regiones del Perú: Norfesa, Surfesa, Centrofesa, Codina, Ferreyco y Difesa (Distribuidor Efesa). Difesa sirve Lima, Ica y Huacho. Sobre todo, Efesa utiliza una red de trece almacenes dispersos en todo el país. El Grupo Ferreyros también incluye un laboratorio conocido como Laboratorios Efesa, que lleva a cabo una gran cantidad de fabricación para terceros de productos farmacéuticos para compañías que no cuentan con sus propias plantas industriales en el Perú. Química Suiza, que es el más importante de los distribuidores nacionales, parece tener una estructura sumamente centralizada. Es la más diversificada de las mayoristas y se informa que también ha adquirido alguna capacidad de producción. Richard O. Custer distribuye 400 artículos y comercia con casi cincuenta firmas farmacéuticas locales.

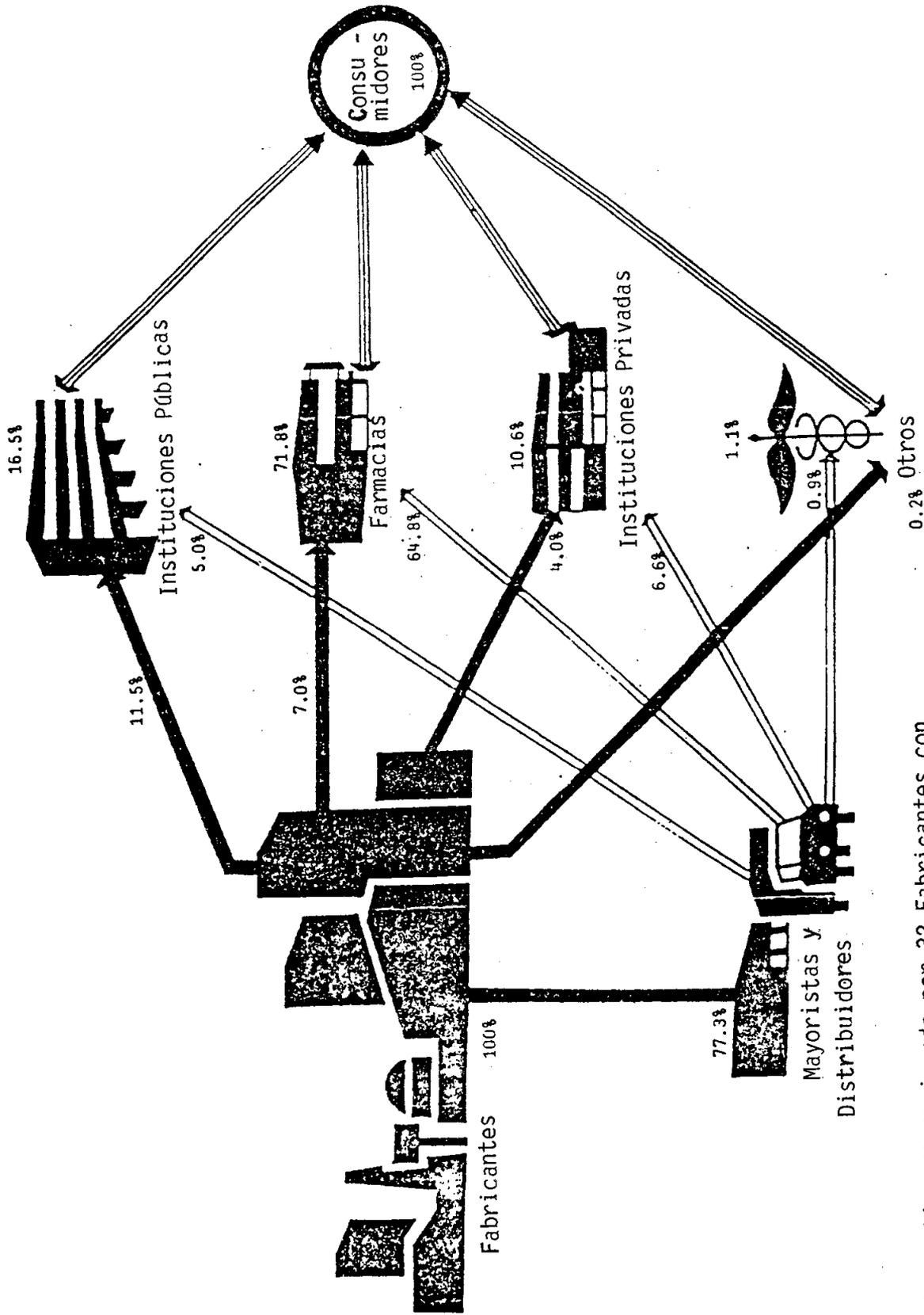
La tendencia hacia desarrollar operaciones integras de fabricación y venta al mayoreo, es más pronunciada en las dos empresas farmacéuticas nacionales, Farminindustria y Abeefe. Ambas son firmas familiares. Farminindustria fue fundada en

1956 por la misma familia que formó Droguería Kahan cinco años antes en 1951, principalmente como distribuidora de productos farmacéuticos populares. Hoy en día, 55% de las ventas de Droguería Kahan provienen de la producción de Farminindustria, 30% son productos fabricados por otras compañías farmacéuticas locales y 15% de sus ventas provienen de medicamentos acabados, directamente importados del extranjero. La producción farmacéutica de Abeefe se canaliza a través de su propio distribuidor mayorista, Perúfarma.

Las farmacias dependen generalmente de los mayoristas para que les extiendan créditos, usualmente por quince días, las instituciones del sector público pueden recibir créditos hasta por 30 días. En el Perú no hay grandes cadenas farmacéuticas como si las hay en otros países de la región, México por ejemplo. Por ley, sólo los farmacéuticos colegiados pueden abrir una farmacia (ver Bates, 1983).

Un tema interesante, digno de mayor investigación, es ver en qué medida se podrían lograr ahorros a través de economías de escala a nivel de ventas al por menor si las farmacias existentes se afiliaran en grupos más grandes, lo que les permitiría comprar medicamentos en forma mancomunada. Una de las razones por lo que esto no sucede, es que el aumento de 25% que las farmacias recargan en forma estandarizada, sobre los precios de los medicamentos, efectivamente gratifica al vendedor por vender medicinas de precios más altos. Si se quiere alentar que haya mayores ventas de medicamentos de precio más bajo, se necesita de un cuidadoso análisis del mecanismo de fijación de precios a nivel de minorista.

Los componentes del sector farmacéutico peruano y los principales canales de distribución se indican en el Gráfico No. 9. Más de tres cuartas partes de la producción farmacéutica en el Perú, es distribuida por mayoristas, quienes a su vez entregan los medicamentos a las farmacias, a otras instituciones privadas (incluyendo hospitales, clínicas privadas y clínicas afiliadas a las compañías mineras y cooperativas agroindustriales) y a instituciones estatales. Las empresas farmacéuticas también se dedican en algunos casos a la distribución directa, principalmente a las instituciones estatales (11.5% de la producción total de las empresas) y a farmacias (7% de la producción total). Las farmacias representan casi el 72% de las ventas de medicamentos al consumidor final en el Perú. Las instituciones estatales dispensan 16.5% de los medicamentos a los usuarios directos, 10.6% a las instituciones privadas y el 1% restante a las instituciones de caridad y otras entidades.



Información proporcionada por 32 Fabricantes con una participación total de 46.36% del Mercado de Productos Farmacéuticos - 1983

Finalmente, en América Latina en su conjunto, con la excepción de Bolivia, la distribución y venta de medicinas se mueve predominantemente a través de canales privados (ver Gereffi, 1983 b, 1985).

7. PLANES Y PROGRAMAS GUBERNAMENTALES DE REGULACION DEL ABASTECIMIENTO Y CONTROL DE PRECIOS

Algunas de las grandes contradicciones de la sociedad peruana contemporánea: ricos y pobres, capital y provincias, han generado una grave polarización social. Los promedios nacionales tienden a ocultar la marginación de una gran parte de la población. La migración selectiva de los campesinos más jóvenes y con mayor nivel educativo a las ciudades, en particular a Lima, ha empeorado la crítica situación de las áreas rurales, que desde hace tiempo tienen los servicios sanitarios más deficientes del país. Entre las tres regiones geográficas principales del Perú -sierra, selva y costa- la población con mayores desventajas tiende a ser aquella de la sierra.

Para enfrentar los problemas de salud que predominan en las áreas rurales y urbano-marginales, la Trigésima Asamblea Mundial de la Salud adoptó una resolución (OMS.30.43) en 1977 declarando que el objetivo principal de los gobiernos y de la Organización Mundial de la Salud (OMS) debe ser el acceso a la salud para todos los habitantes del mundo en el año 2000, a un nivel que les permita llevar vidas social y económicamente productivas. Este ambicioso objetivo se lograría a través de la atención primaria de salud, tal como ésta fuera definida por la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en 1978 en Alma-Ata, URSS.

Las regulaciones gubernamentales tienen su origen, tanto en experiencias habidas en países que habían ensayado algunos sistemas para facilitar la accesibilidad a los medicamentos, como en el trabajo de la Comisión Consultiva Asesora y el Comité de Expertos de la OMS que confeccionó el Primer Listado de Medicamentos Esenciales. El Perú tomó como orientación el Listado de la OMS con algunas modificaciones que comprenden la inclusión de algunos medicamentos y la exclusión de otros, sin que esto último signifique que se rechace o se considere inútil el medicamento excluido.

La primera experiencia peruana de regulación de los medicamentos tuvo su origen en la promulgación de la Ley 13200 en 1959, que autorizaba al Ministerio de Salud a clasificar un conjunto de artículos medicinales como "esenciales". En 1960, el Ministerio de Salud seleccionó 20 "medicinas sociales" que eran producidas por empresas privadas y entregadas cada tres meses a las postas de salud en áreas de bajos ingresos y a los hospitales públicos, con un precio no mayor al tercio del precio de medicamentos comerciales comparables. En 1962, este esfuerzo mancomunado entre el Ministerio de Salud y el sector privado fue formalizado por el Decreto Supremo No. 566, denominado "Programa de Medicinas Sociales". Este programa incluyó 53 productos y 69 medicamentos con posología dosificada, principalmente medicamentos sintomáticos y algunos antibióticos, cuyo precio de venta al público no debía exceder el 50% del precio de productos similares con nombre comercial. Finalmente, en 1969 el programa se extendió una vez más mediante el Decreto Supremo 00160-69, por el que se autorizaba al Ministerio de Salud a convocar a licitación pública el abastecimiento de 153 productos farmacéuticos genéricos, con sus puntos de distribución para incluir farmacias y boticas (8) que venden al por menor.

Existe un consenso general de que el programa de "medicamentos sociales" en el Perú no alcanzó aceptación de parte de los profesionales de la salud o de la población en

-
- (8) Hay tres formas en que se efectúan las ventas al por menor en el Perú de los productos farmacéuticos: Las Farmacias, establecimientos que deben ser de propiedad de farmacéuticos y que deben ser atendidas por farmacéuticos; venden toda la gama de productos farmacéuticos éticos y populares. Las Boticas, establecimientos que pueden ser de propiedad de cualquier persona y pueden ser atendidas por personal no profesional. Las boticas venden productos farmacéuticos éticos. Los Botiguines son anexos a establecimientos que pueden estar ubicados en una diversidad de locales institucionales, como fábricas o postas sanitarias rurales. Se supone que deben estar atendidos por personal compuesto por auxiliares farmacéuticos y que deben vender una gama restringida de productos. (Hay un análisis reciente de las farmacias peruanas en Bates, 1983).

general. Como el programa era voluntario y no estuvo bien coordinado, el abastecimiento de estas medicinas era irregular e insuficiente en cantidad, los canales de distribución empleados no abastecieron toda la cobertura de la población objetivo, hubo una recurrente carencia de fondos de operación porque muchos de los medicamentos se dispensaron gratuitamente o a precios sumamente bajos, y se criticaron los productos incluidos en los programas, por no incorporar aquellos orientados a solucionar las necesidades terapéuticas primarias del país.

7.1 Medicamentos Básicos

El gobierno militar que asumió el poder en 1968 -consideró para el sector salud- la noción de medicinas a bajo precio para la población económicamente desfavorecida, como un objetivo de alta prioridad. Su Plan Nacional de Desarrollo para 1971-1975, proporcionó los antecedentes que justificaron un nuevo "Programa de Medicamentos Básicos", que se creó en 1971. Sin embargo, este programa fue estructurado de forma bastante diferente a sus predecesores.

Entre 1971 y 1975, el programa se estableció como una entidad independiente, vinculada directamente con el alto mando del gobierno militar. A fin de guiar los procesos de selección y adquisición, se elaboró un petitorio oficial de medicamentos básicos en 1971, siendo sus autores una comisión designada por el gobierno y compuesta por expertos médicos; este petitorio inicial incluía 185 productos farmacéuticos, disponibles en 265 formas de posología diferentes.

Luego, en 1975, de acuerdo al Decreto Supremo 0045-75, el "Programa de Medicamentos Básicos" se colocó bajo la jurisdicción de la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud, que había sido desmontada entre 1968 y 1975. De esta manera se dió al Ministerio de Salud total control administrativo, financiero y operativo, respecto a todos los aspectos del programa.

El principal mecanismo utilizado para la provisión de "medicamentos básicos" fue una serie de licitaciones públicas, en las que se invitó a participar a las empresas farmacéuticas ubicadas en el Perú. Estas licitaciones variaron en su programación y duración, así como en el número de productos que comprendió cada una (Cuadro No.24). Existió una tendencia a que el número de artículos incluidos en las licitaciones públicas bianuales, aumentaran durante los primeros cinco años del programa, aun cuando el número de "medicamentos básicos" que ofertaren realmente las firmas

Cuadro No. 24

LICITACIONES PUBLICAS PARA MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU 1971 - 1980
(Millones de soles corrientes) (a)

Licitaciones Públicas	Monto	Aumento	Total	No. Prod. Farmaceu.	No. Formas de Dosificacion
Primera Licitación 1971-1972 (12 meses)	419.5	63.5	483.0	176	255
Segunda Licitación 1973-1974 (18 meses)	745.1	23.8	768.9	222	317
Tercera Licitación 1975-1976 (24 meses)	1219.8	214.6	1434.4	228	329
Ampliación de Contratos 1977	--	548.7	548.7	147	--
Cuarta Licitación 1978-1979 (24 meses)	4322.1	--	4322.1	181	291
Ampliación de Contratos 1980 (12 meses)	4363.5	--	4363.5	51	56

NOTA: (a) Las Tasas oficiales de cambio anuales promedio a dólares norteamericanos son las siguientes:

1975 = 40.37

1976 = 55.76

1977 = 84.23

1978 = 156.35

1979 = 224.72

1980 = 288.85 (Banco Central de Reserva del Perú)

FUENTE: Ministerio de Salud. Oficina Sectorial de Planificación -
Evaluación Socio-económica

participantes siempre fue menor que el total indicado en el petitorio, que también estaba creciendo y cambiando su composición cada año.

En base al Cuadro No. 23, es más difícil determinar las tendencias, en términos del valor y volumen, de los "medicamentos básicos" cubiertos por quienes participaron en las licitaciones públicas. El valor de las propuestas para suministrar estos productos, aumentó considerablemente en soles corrientes entre 1971 y 1980; pero, si estos montos fueran convertidos a soles constantes para ajustar la inflación, el valor total de las propuestas probablemente descendería. Si se expresa en términos de dólares norteamericanos, que toman en cuenta tanto la inflación como la devaluación de la moneda peruana, se registra que hubo una caída en el valor de las propuestas de las dos últimas licitaciones bienales, de US\$ 35.5 millones en 1975-1976 a US\$ 27.6 millones en 1978-1979.

No obstante, el mejor indicador del crecimiento o descenso del volumen económico de los "medicamentos básicos" ofrecidos por el programa, sería el número de unidades comprendidas en estas propuestas; empero, desafortunadamente no se pudo contar con esos datos.

Los usuarios de los "medicamentos básicos" fueron principalmente las instituciones del sector público, habiendo también ventas limitadas a través de unas cuantas farmacias seleccionadas y boticas en los departamentos de Lima, Ica y Ancash. La información proporcionada en el Cuadro No. 25 muestra que al interior del sector público, entre 1979 y 1983, el Instituto Peruano de Seguridad Social dió cuenta del 56% de las ventas de "medicamentos básicos", el Ministerio de Salud del 36%, la Fuerzas Armadas y Policiales el 4% y diversas instituciones públicas dieron cuenta del 4%.

Sin embargo, en soles constantes, el volumen de ventas siguió decayendo. En 1981 las ventas de "medicamentos básicos", en soles constantes, sólo alcanzaron dos tercios del volumen que habían tenido en 1979; y, para 1983, cuando se estaba desfasando el programa, las ventas de "medicamentos básicos" en soles constantes, sólo llegaron a un tercio de su valor de cuatro años antes.

Otra característica del programa de "medicamentos básicos" consiste en el rol que desempeñaron las firmas farmacéuticas locales y extranjeras en el suministro de estos productos. Como se puede apreciar en el Cuadro No. 25, la participación de las compañías farmacéuticas peruanas en las licitaciones

Cuadro No. 25

VENTAS DE MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU, 1979 - 1983
(Millones de Soles de 1980) (a)

Instituciones del Sector Público	1979		1980		1981		1982		1983		Total Soles
	Soles	%									
Ministerio de Salud	1139	32	1253	39	1034	45	843	36	279	24	4548
IPSS	2117	60	1697	53	1084	47	1314	57	779	67	6991
FF.AA y FF.PP	159	5	151	5	101	4	76	3	53	5	540
Otras Instituciones (b)	123	3	117	3	93	4	97	4	44	4	474
Total	3538	100	3218	100	2312	100	2330	100	1155	100	12553

NOTA: (a) La tasa oficial promedio de cambio en 1980 fue de US\$ 1.00 = 288.85 soles. Los índices deflacionarios usados para cada año fueron:
 1979 - 1.54
 1980 - 1.00
 1981 - 0.61
 1982 - 0.37
 1983 - 0.17 (Banco Central de Reserva del Perú).

FUENTE: Ministerio de Salud, Dirección General de Farmacia, Unidad de Presupuesto y Contabilidad.

públicas de 1978-1979, fue ligeramente mayor que la de las subsidiarias de empresas farmacéuticas establecidas en el país (49.2% vs 48.5%, respectivamente).

No obstante, hay que tener en cuenta el hecho de que un monto considerable de la producción actual de productos farmacéuticos en el Perú, es realizada bajo la modalidad de contratos de fabricación para terceros, para firmas extranjeras, a cargo de compañías locales que tienen fábricas en el país; de ahí que la importancia de compañías peruanas como Efesa, Farminindustria, Magma, Lusa y Sanitas, en términos de valor agregado en este segmento de la industria farmacéutica, sea mucho mayor que lo que las ventas finales de "medicamentos básicos" pudieran indicar (9). (Ver Vega-Centeno y Remenyi, 1980: 48-49).

A fin de entender por qué el impacto del "Programa de Medicamentos Básicos" estuvo limitado desde sus inicios en 1971, y notablemente menguado en los siguientes años, antes de ser desmantelado a comienzos de la década del 80, se debe tener en cuenta una amplia variedad de factores económicos, técnicos, políticos y culturales, que tanto individual como conjuntamente, afectan la selección, adquisición, distribución y empleo de los "medicamentos básicos".

A nivel más general, y a pesar de que existe una unidad fundamental en la concepción integral del programa, los esfuerzos peruanos por brindar medicamentos esenciales a la población, han estado signados por agudas interrupciones de orden político. Esto no sólo es válido entre programas, medicamentos "básicos" vs medicamentos "esenciales", sino también al interior de cada uno de estos programas. Durante los doce años de gobierno militar en el Perú (1968-1980), se sucedieron siete Ministros de Salud. Esto creó numerosas dificultades en el establecimiento de una política coordinada hacia los "medicamentos básicos" durante este periodo. Sin embargo, el punto álgido de transición para el programa se dió en 1975, cuando fue incorporado a la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud.

(9) Aunque las normas legales para las licitaciones públicas de "Medicamentos Básicos" prohibían la subcontratación de las propuestas ganadoras por los empresarios farmacéuticos, con frecuencia esta norma fue aparentemente ignorada.

Este cambio fue significativo, por dos razones: (a) después de 1975, el gobierno pareció adoptar una actitud más complaciente para los intereses de las empresas farmacéuticas privadas, en términos de su participación en el "Programa de Medicamentos Básicos". Esa creciente relación de cooperación se complicó, con motivo del tema de control de precios en la industria, tema que se discutirá en detalle en la siguiente sección de este informe. Fue significativo que las compañías privadas sintieran que el sistema de licitaciones públicas había "mejorado" a finales de la década del 70 en algunos aspectos importantes; por ejemplo, se les permitía a los fabricantes usar el nombre de su sociedad y el nombre comercial de su producto en el envase y las etiquetas para "medicamentos básicos". Anteriormente sólo se había permitido información directamente relacionada con el producto genérico. Además, se estableció un sistema de reajustes regulares de precios para aquellas firmas farmacéuticas que dependían en gran medida de materias primas importadas. Sin embargo, los ajustes de estos aumentos de precio no se efectuaron tan fácilmente en la práctica.

El otro cambio importante después de 1975, fue que la dirección del programa de "medicamentos básicos" se centralizó en el Ministerio de Salud. Pero esta medida, si bien abrió la posibilidad de coordinar mejor el abastecimiento farmacéutico al sector público, con una política orientada hacia otros servicios de salud, también produjo conflictos que involucraron a la industria farmacéutica, a otras instituciones del sector público (como por ejemplo el Instituto Peruano de Seguridad Social y eventualmente el Ministerio de Industria), a los profesionales de la salud (especialmente médicos) y a los consumidores de "medicamentos básicos", respecto a temas como el control de precios y de calidad, y el adecuado abastecimiento y distribución de estos productos. Sin embargo, los problemas que surgieron en el funcionamiento de este programa no se debieron a estos grupos individualmente. El "Programa de Medicamentos Básicos" fue diseñado para satisfacer las necesidades de todo el sector público.

En tanto que el "Programa de Medicamentos Sociales" de la década del 60 confiaba en la participación voluntaria de algunas compañías privadas para suministrar medicinas a un grupo relativamente pequeño de clientes indigentes atendidos por el Ministerio de Salud, el "Programa de Medicamentos Básicos" exigía una participación más formal de la industria en el suministro de productos para todas las instituciones del sector público, incluyendo el Instituto Peruano de Seguridad Social y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y

Fuerzas Policiales. Algunos empresarios del sector privado objetaron que un programa ampliado en esta forma hacia un corte demasiado profundo en sus mercados comerciales para medicinas, ya que la mayoría de estas últimas dos instituciones no eran de modo alguno indigentes, y en consecuencia podían muy bien adquirir medicamentos de marcas comerciales. Los estimados sobre la participación de los "medicamentos básicos" en relación a la producción total de la industria farmacéutica, durante este período, oscilan desde un porcentaje alto de 9 hasta un porcentaje bajo de 5.5. (Ver Garrido Lecca 1984: 36).

Uno de los problemas fundamentales, al estructurar las licitaciones públicas, era que prácticamente no existía información acerca del consumo de productos farmacéuticos por las diversas instituciones públicas; a comienzos de 1970 y aún hoy en día es muy difícil obtener cifras confiables sobre dicho consumo.

Recién en los últimos años el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social han podido centralizar los pedidos de medicamentos de los hospitales regionales y centros de salud en forma periódica; antes de ello, cada unidad enviaba sus propios pedidos individuales de productos farmacéuticos que consideraban más apropiados, eliminando así la posibilidad de economizar, al comprar masivamente. Debido a que estas instituciones del sector público generalmente no tenían disponibilidad del dinero suficiente para comprar más que una parte de los medicamentos que requerían, no hay modo de saber cuál era su verdadera demanda de productos farmacéuticos, por lo que se puede usar los listados pasados de compras sólo a modo de referencia. Cuando los suministros de medicamentos llegaban, se agotaban rápidamente, consumiéndolos generalmente las instituciones más grandes en las principales áreas urbanas. Muy pocas veces los "medicamentos básicos" llegaron a la población rural.

El "Programa de Medicamentos Básicos" enfrentó una serie de problemas económicos. Cuando se estableció, el Estado no le concedió capital de trabajo, ni tampoco se le dió un stock inicial de productos farmacéuticos esenciales para abastecer a sus clientes en base a un fondo rotativo. En una oportunidad se le asignó un monto mínimo para capital de trabajo, a través de una resolución ministerial que obligaba a todas las instituciones de salud del sector público, a transferir al programa en su primer año, más de dos tercios de sus presupuestos para suministros de laboratorio y materiales radiográficos. A partir de entonces se suponía que el programa obtendría su presupuesto operativo de los

consumidores que pagarían una pequeña diferencia sobre el precio y por encima del mismo, precio con que los fabricantes estuvieron de acuerdo para suministrar los "medicamentos básicos" al programa (Pan American Health Organization, 1975: 21, 13-14). Desafortunadamente, como muchos de los clientes del programa no estaban en capacidad de pagar por los medicamentos que recibían, este método de dotar de fondos al programa, resultó inadecuado y en consecuencia el programa, generalmente estuvo sub-financiado.

El precio de los "medicamentos básicos" era considerablemente menor que el de medicamentos similares con nombres comerciales, con un ahorro promedio del orden del 35% (Pan American Health Organization, 1975: 17). Esto se debió, tanto a los márgenes reducidos de ganancia que aceptaron las compañías farmacéuticas privadas, como a la casi total ausencia de gastos de comercialización (tales como muestras médicas, representantes médicos, avisos escritos, hablados o televisados, etiquetas atractivas o envases llamativos).

Mucha gente en la industria consideró que esta desatención a los principios elementales del mercadeo, generaba en la mente de los consumidores (aún los más pobres), la idea de que los "medicamentos básicos" eran inferiores porque eran baratos. Aun cuando hubo reducciones de precio producidas por el programa, la dependencia del Perú respecto a los insumos importados implicó que los precios de productos farmacéuticos se vieran constantemente elevados. Este hecho contribuyó a disminuir la acogida de los "medicamentos básicos", ya que el poder adquisitivo de la población continuaba deteriorándose y la industria farmacéutica se negaba, cada vez más, a participar frente al alza de los costos y la reducción de los precios de los productos farmacéuticos.

Un último factor que se debe mencionar en este contexto, es el control de calidad. Todos los insumos farmacéuticos que se importan al Perú requieren un certificado de calidad satisfactorio del país de origen, presumiblemente un país industrializado con standards muy elevados como los Estados Unidos, Suiza o Alemania Occidental.(10)

(10) Hay explicaciones de qué el requerimiento de que sea el país de origen, no es garantía necesariamente de productos farmacéuticos de alta calidad, en Gereffi (1983 a: 209-211).

Perú también cuenta con un Centro de Control Biológico y de Medicamentos vinculado al Ministerio de Salud, que tiene la responsabilidad de analizar los productos farmacéuticos producidos en el país. Este centro de control de calidad estatal, aún cuando aparentemente cuenta con excelentes equipos y buenos técnicos, no ha sido capaz de manejar el volumen de pruebas que requiere el programa de medicamentos del Estado. El control de calidad de los "medicamentos básicos" se empezó a deteriorar notablemente a fines de la década del 70, cuando el número promedio de muestras que se enviaban para ser analizadas bajó de 30 a 6 ó 8 por mes. Esta disminución en las pruebas también iba unida a las dificultades que tenía el programa para pagar la tarifa standard para los análisis de control de calidad.

Algunos de los demás factores relativos al deficiente desempeño del "Programa de Medicamentos Básicos", tales como controles de precio, la resistencia de algunos profesionales de la salud y el conflicto entre las entidades del sector público, serán analizadas al evaluar el "Programa de Medicamentos Esenciales" que se ha creado en la década del 80.

7.2 Medicamentos Esenciales

El Gobierno Peruano que asumió el poder en 1980, heredó el programa de "medicamentos básicos" de la era militar, tal como los militares asumieron el primer programa de "medicamentos esenciales" y lo mantuvieron en operación durante unos cuantos años después de tomar el gobierno en 1968. El "Programa de Medicamentos Básicos" estaba atravesando por numerosas dificultades en 1980; en particular, disminución en las ventas y una limitada aceptación de sus productos de parte del público, a más de deficiencias en el control de calidad. A ello se sumaba una creciente renuencia de parte de las empresas farmacéuticas a suministrar "medicamentos básicos", frente al aumento de los controles de precio de los productos farmacéuticos. El tema de los controles de precio ha sido el obstáculo más importante para el mejoramiento de la cooperación entre el estado y el sector privado con relación al suministro de productos farmacéuticos; por consiguiente, merece una discusión detallada con relación a su impacto en el "Programa de Medicamentos Esenciales".

Los controles de precio de los productos farmacéuticos en el Perú se iniciaron a mediados de la década del 70. Los medicamentos comerciales fueron divididos en dos categorías: productos "controlados" y productos "regulados". La primera

categoría consiste en 52 insumos genéricos disponibles en 623 formas farmacéuticas.

Estos productos "controlados" contienen un solo ingrediente activo y representan casi el 30% de la demanda total de medicamentos. Los productos "regulados" incluyen los demás 4,000 artículos farmacéuticos que están en el mercado peruano. Mientras los ajustes de precios para los medicamentos "controlados" se autorizan para cada producto específico, los ajustes de precio de los productos farmacéuticos "regulados" se aplican al grupo en su conjunto.

En enero de 1977, y de acuerdo al Decreto Ley 21782, al Ministerio de Salud se le dió la jurisdicción sobre los controles de precio para todos los productos medicinales. En mayo de 1982, la Ley 23407 transfirió la autorización de controles de precio sobre medicamentos de fórmula fabricados localmente y sobre los insumos de producción nacional al Ministerio de Industria, Turismo e Integración, en tanto que el Ministerio de Salud mantuvo el control sobre los precios de los productos farmacéuticos acabados e importados al país. Posteriormente, en diciembre de 1983, la Dirección de Farmacia fue ascendida a Dirección General de Farmacia por Ley 21761 (posteriormente modificada por la Ley 23864 y el Decreto Supremo 046-84), y en 1984 el Ministerio de Salud recuperó su autoridad para administrar los controles de precio de todas las medicinas.

Por su parte, la industria farmacéutica señala que, debido al elevado contenido de insumos importados que tienen casi todos los medicamentos fabricados localmente, requiere aumentos regulares de precio a fin de compensar la devaluación y la inflación interna, que fueron agudas durante el periodo 1980-1985. Con el inicio de los controles, los aumentos de precio en los productos farmacéuticos se han aprobado en forma esporádica y en niveles que la industria considera muy inadecuados.

Esta situación plantea un problema particular para los programas de medicamentos esenciales del Perú. Al igual que los medicamentos "básicos", los "esenciales" se vendieron a precios inferiores a aquellos de medicamentos similares con nombres comerciales; los controles de precio en los productos farmacéuticos de nombres comerciales también tuvieron como efecto la congelación del precio de las medicinas genéricas, en niveles que los fabricantes insistieron en calificar como niveles por debajo de sus costos. Este factor, conjuntamente con un cúmulo de pagos pendientes y atrasados, así como el desgaste del crédito negado a los clientes del sector

público, condujo a las compañías farmacéuticas a retirarse gradualmente del programa de "medicamentos básicos" que virtualmente se detuvo en 1982.

Los cimientos administrativos y legales para un nuevo "Programa de Medicamentos Esenciales" se estableció en junio de 1982. El objetivo del programa era asegurar un suministro permanente de medicamentos esenciales a un precio razonable para toda la población, con énfasis en los niveles primarios de cuidados de salud. Tal como el "Programa de Medicamentos Básicos", el suministro de "Medicinas Esenciales" debía provenir principalmente de firmas farmacéuticas que presentarían propuestas a través del sistema de licitaciones públicas. Esta vez habrían licitaciones públicas internacionales abiertas a cualquier empresa farmacéutica del mundo, a diferencia de las licitaciones públicas nacionales del "Programa de Medicamentos Básicos" que excluían la participación de cualquier empresa que no estuviera físicamente asentada en el Perú. La mayor ventaja de este modelo era que supuestamente podría ofrecer precios menores para los consumidores.

En este sentido, el Dr. Uriel García, Ministro de Salud del Perú de 1980 a 1982, publicó varios artículos en la revista *Caretas*, donde mostraba las diferencias entre los precios promedio de los "medicamentos básicos" y las medicinas genéricas que ofrecía la Organización Mundial de la Salud y la diferencia llegaba a 200%; por ejemplo, la Aspirina era 7.1 veces más cara producida en el Perú que si se hubiera importado. Sin embargo, el plan de "medicamentos esenciales" tenía también algunas desventajas. Una de ellas fue que las licitaciones internacionales se tenían que hacer en soles. Considerando la inestabilidad en ese entonces de la moneda peruana, la mayoría de productores extranjeros se resistían a participar en la licitación en esas condiciones. Este programa también encontró resistencia porque restaba incentivos a la creación de una capacidad manufacturera local. Las compañías peruanas fueron especialmente involucradas, ya que no tenían más opción que la de producir para el mercado local.

La primera licitación pública en el marco del "Programa de Medicinas Esenciales" tuvo lugar en junio de 1983. Aún cuando se suponía que fuera una licitación internacional, ninguna firma extranjera presentó propuesta alguna. Las 39 empresas farmacéuticas establecidas localmente que participaron, inicialmente presentaron propuestas aceptables sólo para 31 de los 246 productos que se abrieron para presentar propuestas; las negociaciones directas con las

compañías dieron como resultado contratos para otras 140 "medicinas esenciales", extendiendo el número total de productos adjudicados en la primera licitación a 171 (Gálvez de Llaque y Fefer 1985:2). El petitorio oficial de "medicinas esenciales" incluyó 253 productos genéricos en 368 formas de dosificación, aumentando así considerablemente el petitorio inicial de "medicamentos básicos".

En el Cuadro No. 27 aparecen las ventas trimestrales de las "medicinas esenciales" en el Perú en 1984. Las ventas totales de dicho año sumaron 1,739.2 millones de soles (soles constantes), aproximadamente US\$ 6 millones. Al alcanzar las ventas totales de productos farmacéuticos en el Perú en 1984, los US\$ 200 millones (sectores público y privado), las "medicinas esenciales" representaron cerca del 3% del mercado farmacéutico peruano. Esta es una participación baja, comparada con el 6 al 9% del mercado que obtuvieron los "medicamentos básicos" en la década del 70. Con relación a la composición institucional de estas ventas, casi la mitad (48%) fueron al Instituto Peruano de Seguridad Social, 37% se dirigió al Ministerio de Salud, mientras 9 y 6% fueron a las sanidades de la Fuerza Armada y otras instituciones del sector público, respectivamente. Este desagregado es similar al desagregado institucional de los "medicamentos básicos" (ver Cuadro 24), excepto que el Instituto Peruano de Seguridad Social recibió relativamente menos "medicinas esenciales" y la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales proporcionalmente más.

En el Cuadro No. 28 se presenta la participación de las empresas farmacéuticas locales y extranjeras en el "Programa de Medicinas Esenciales". Las empresas de propiedad local dieron cuenta de dos tercios de los contratos otorgados en 1983; las firmas extranjeras establecidas en el Perú obtuvieron contratos correspondientes al 30% del total.

En consecuencia, el rol de las compañías locales y privadas parece ser algo mayor en el "Programa de Medicinas Esenciales" que lo que fuera en el "Programa de Medicamentos Básicos". (Ver Cuadro No. 26)

El "Programa de Medicinas Esenciales", de manera similar a los otros programas, nunca colmó las expectativas de aquellos que lo crearon, ya sea en términos del volumen de las ventas totales, grado de participación de las compañías privadas, cobertura de la población rural y urbano-marginal, aceptación de los profesionales de la salud y de los consumidores, calidad de los productos ofertados o grado de coordinación lograda por las instituciones de salud del sector público.

Cuadro No. 26

PROVEEDORES DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS Y SU PARTICIPACION EN EL PROGRAMA DE
 MEDICAMENTOS BASICOS EN EL PERU: LA LICITACION PUBLICA 1978 - 1979
 (Millones de soles corrientes)

	Monto	%
PROVEEDORES FARMACEUTICOS EXTRANJEROS		
Ifarpe	704.2	
Farnac	608.4	
Prosalud	259.2	
Larpe	216.5	
Indufarma	145.5	
Eli Lilly Interamericana Inc.	46.7	
Bayer Químicas Unidas	43.1	
Schering Alemana	32.2	
Hoechst Peruana	13.2	
Cyanamid Peruana	13.0	
Upjohn	8.2	
Maquifasa	2.3	
Total	2092.5	48.5
PROVEEDORES FARMACEUTICOS LOCALES		
Magma	732.0	
Laboratorios Unidos	569.6	
Efesa	343.9	
Farmindustria	212.5	
Establecimientos Peruanos Colliere	52.1	
Cofana	52.0	
Carrión	51.7	
Trifarma	26.6	
Peikard	23.4	
Droguería Kahan	20.8	
Interpharma	18.0	
Hersil	12.7	
Alfa	5.6	
Repasa	3.1	
Total	2124.0	49.2
PROVEEDOR FARMACEUTICO MIXTO		
Química Suiza	98.3	
Total	98.3	2.3
Gran Total	4314.8	100.0

FUENTE: Ministerio de Salud. Dirección General de Farmacia.

Cuadro No. 27

VENTAS TRIMESTRALES DE MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL PERU, 1984
(Millones de soles de 1980) (a)

Instituciones del Sector Público	Trimestres 1984				Total	
	Ene-Mar	Abr-Jun	Jul-Set	Oct-Dic	Soles	%
Ministerio de Salud	103.5	127.9	208.9	197.4	637.7	37
IPSS	71.0	127.2	309	323.7	830.9	48
FF.AA. FF.PP	13.6	28.4	86.5	36.1	164.6	9
Otras Instituciones	7.2	8.7	63.9	26.2	106	6
Total	195.3	292.12	668.3	583.4	1739.2	100

NOTAS: (a) Para poder controlar la creciente inflación, así como la continua devaluación que afectó al Perú durante 1984, las ventas trimestrales de medicamentos esenciales en soles corrientes fueron convertidas a dólares norteamericanos, con las siguientes tasas oficiales trimestrales de cambio: Enero a Marzo 2,447.49; Abril a Junio 3,042.30; Julio a Setiembre 3,706.35; y Octubre a Diciembre, 4,689.49. Estos montos en dólares fueron convertidos a soles de 1980 con la tasa oficial promedio para ese año, que fue de 288.85.

(b) Cooperativas, clínicas, asociaciones filantrópicas, compañías mineras, municipalidades, etc.

FUENTE: Ministerio de Salud, Dirección General de Farmacia.

Cuadro No. 28

PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA NACIONAL DE MEDICAMENTOS ESENCIALES EN EL
PERU, SEGUN TIPO DE EMPRESA, 1983 (a)
(Millones de Soles de 1980)

	Todas las Empresas Part.		Empresas Locales		Empresas Extranjeras		Empresas Mixtas	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Número de Empresas	25	100	13	52	11	44	1	4
Valor de Contratos Otorgados	5366.9	100	3635.8	68	1593.3	30	137.8	3

NOTAS: (a) La Tasa promedio oficial de cambio en 1980 fue de US \$ 1.00
= 288.85 soles. El índice deflacionario utilizado fue 0.17

FUENTE: Ministerio de Salud, Dirección General de Farmacia

El programa, que empezó a funcionar en 1983, fue concluido en el segundo semestre de 1985 cuando se instaló el nuevo gobierno peruano. Por qué, a pesar de la clara necesidad de contar con una gran cantidad de medicamentos genéricos confiables y apropiados a bajo costo, el Perú no ha podido estructurar e implementar un programa de medicinas básicas que funcione?

Para empezar a responder esta pregunta, se debe regresar al hecho crítico de que, en el Perú, el suministro de medicinas esenciales se ha fundado siempre en la activa colaboración del sector privado. Con excepción de dos laboratorios de propiedad estatal de tamaño intermedio, Lusa (Laboratorios Unidos S.A.) e Indumil (Industrias Militares), el sector público en el Perú no tiene capacidad productiva en el área de productos farmacéuticos. Tampoco tiene el Estado un sistema en plaza para la distribución de medicinas. Lo que el Estado hace, a través de sus programas de medicinas esenciales, es auspiciar la obtención de productos acabados que puedan ser distribuidos a las instituciones del sector público. Estos productos generalmente son suministrados por compañías privadas que están radicadas en el Perú.

El hecho de que sea necesaria la cooperación del sector privado para la producción y distribución de medicinas esenciales, hace vulnerable el programa estatal frente a cualquiera de los factores que pueda crear un clima negativo para las operaciones e inversiones en la industria farmacéutica del país. En este sentido, los controles de precio establecidos por el Gobierno tuvieron un efecto pernicioso en la disponibilidad de "medicinas esenciales".

Como se ha mencionado, ha habido un periodo entre 1982 y 1984 cuando el control efectivo sobre los precios de productos farmacéuticos se ubicó en dos ministerios, el Ministerio de Industria, Turismo e Integración (para los productos farmacéuticos e insumos localmente producidos) y el Ministerio de Salud (para los productos farmacéuticos acabados e importados al país). Esta situación creó una considerable confusión, especialmente en relación a las indicaciones mezcladas sobre el nivel y las demoras en la determinación de fechas para los aumentos de precio. En 1984, cuando se volvió a consolidar el control de precios en el Ministerio de Salud, se estableció una fórmula polinómica para guiar los incrementos de precios de medicinas en el Perú. La fórmula es la siguiente:

$$P_o (0.4 d + 0.6 i)$$

$$P_t = P_o + \frac{0.9}{100}$$

donde:

- Pt = precio reajustado
- Po = precio antes del reajuste
- d = porcentaje de devaluación del sol con respecto al dólar norteamericano, usando la tasa oficial de cambio
- i = porcentaje de inflación, basado en el Índice de Precios al Consumidor para Lima Metropolitana.

Los valores asignados a la devaluación y a la inflación deben corresponder al mes anterior a la solicitud de reajuste.

Efectivamente, la fórmula polinómica indicaba que el aumento mensual sería un porcentaje igual al 90% del 40% de la tasa de devaluación más 90% del 60% de la tasa de inflación, asumiendo en consecuencia que los insumos importados para los productos farmacéuticos sumaban casi un 40% de los costos promedio de producción. Esta fórmula debía aplicarse automáticamente cada 30 días a todos los productos farmacéuticos éticos. Sin embargo, y en realidad, se aplicó sólo esporádicamente en el mejor de los casos, de modo que el precio de muchos productos de nombre comercial en el mercado quedó congelado hasta por un período de 18 meses.

La lentitud del Gobierno en otorgar los aumentos autorizados de precio, tuvo efectos negativos dignos de ser mencionados en este contexto. Uno de ellos fue que, cuando finalmente los incrementos de precio se otorgaron, la tasa acumulada de reajuste con frecuencia provocaba precios que aparecían como excesivamente altos, exponiendo así a la empresa a recibir críticas hostiles y acusaciones de explotación. La respuesta de numerosas firmas farmacéuticas fue parar o retardar las ventas locales de las medicinas cuyos precios estaban congelados; además buscaron introducir productos nuevos pero similares en el mercado, que estuvieran libres de los controles anteriores y pudieran ser vendidos a precios más altos. A veces esto produjo una escasez de algunos de los productos farmacéuticos de más venta en el Perú, en detrimento de los consumidores que deseaban adquirirlos.

Finalmente, aunque los "medicamentos esenciales" - supuestamente- debían ser reguladores de precios para los

productos de marca comercial en el Perú, en la actualidad la existencia de controles de precio ha producido una situación exactamente contraria.

En vez de ampliar la disponibilidad de productos farmacéuticos genéricos, los precios artificialmente menores de artículos con nombres comerciales han restringido la disponibilidad de sustitutos genéricos. Algunos "medicamentos esenciales" no pueden ser vendidos porque su precio, que por ley no puede exceder aquél del equivalente más económico con marca comercial en el mercado, ha subido a su tasa máxima permitida de hasta 4% mensual, hasta el punto en que estos medicamentos esenciales son más caros que algunos de sus contrapartes con marca comercial.

En 1985, 31 de las 171 "medicinas esenciales" no pudieron ser vendidas en el Perú porque sus precios oficiales eran mayores que los de sus equivalentes de marcas comerciales (Gálvez de Llaque y Fefer, 1985: 5). Evidentemente, si una diferencia significativa de precio no se puede mantener entre artículos genéricos y artículos con marcas comerciales en el Perú, el único beneficio importante de las "medicinas esenciales": sus bajos precios, deja de existir.

Vinculado a ello, están los procedimientos administrativos optados para hacer efectiva la adquisición, los que innecesariamente se complicaron en la práctica, con perjuicio de los proveedores. Estos sólo contaban con aproximadamente ocho días para la entrega del producto, requerimiento que no consideraba la necesidad de disponer de materia prima, que en gran medida es importada. Como tal, las alternativas del producto eran: mantener un stock voluminoso y de alto costo de insumos, sin seguridad de rotación, o posponer la entrega de las medicinas acorde con la adquisición de la materia prima, lo que implicaba afrontar dificultades de orden administrativo, aún multas. Por otro lado, los pagos que se ofrecían contra entrega de los productos no se cumplieron, lo que significó un problema adicional, en particular cuando la situación económica de las empresas no era la mejor.

Otro de los problemas que el "Programa de Medicinas Esenciales" ha encontrado, al igual que sus predecesores, es que sigue enfrentando un grado considerable de resistencia de parte de los profesionales de la salud. Los médicos, en general, no gustan de restricciones impuestas a su discreción para prescribir cualquier producto que consideran apropiado para sus pacientes. Una de las quejas sobre los programas de medicinas esenciales en general, es que limitan la selección de medicinas empleadas por las instituciones del sector

público a los petitorios oficiales que sólo contienen artículos genéricos, haciendo imposible a los médicos participantes el prescribir alguno de los medicamentos más populares de marca comercial que se encuentran en el mercado. Un observador de esta situación en el Perú considera que el Ministerio de Salud ha generado un resentimiento adicional entre los profesionales médicos porque no consultó con el Colegio Médico del Perú el "Programa de Medicinas Esenciales" cuando lo estaba diseñando. (Garrido Lecca 1984: 45-46)

Esta percepción de la marginalidad en que se ha colocado a una parte de los representantes del Colegio Médico del Perú, refleja una antigua rivalidad profesional entre médicos y farmacéuticos con relación a la dirección que deben seguir los programas de medicinas esenciales del Perú. Desde 1975 el "Programa de Medicamentos Básicos" estuvo bajo el control de la Dirección de Farmacia del Ministerio de Salud, con lo que los farmacéuticos llevaron la conducción de los programas del Estado para suministrar productos farmacéuticos genéricos a las instituciones del sector público. Los médicos se han sentido relegados por no haber desempeñado un papel más prominente. Los farmacéuticos que no trabajan para el Estado, sin embargo, no tienen una actitud uniformemente favorable hacia los programas de medicinas esenciales.

La razón de esta ambigüedad, es que muchos farmacéuticos tienen farmacias y, desde 1975, se ha impuesto a las farmacias que recarguen un 25% sobre la etiqueta del precio en todas las ventas al por menor de productos farmacéuticos (Resolución Suprema 104-75). Esto quiere decir que el ingreso para los propietarios de farmacias es un porcentaje directo de las ventas totales, con lo que se mantiene una estructura de incentivos que favorece la venta de medicinas de precio más alto frente a las medicinas de menor valor (por ejemplo, en oposición a un sistema en que los farmacéuticos ganan un monto fijo por cada prescripción que sea atendida, independientemente del precio del producto). Si se pretende que las medicinas genéricas alguna vez alcancen una difundida popularidad y aceptación en el Perú, la estructura de incentivos para los farmacéuticos a nivel minorista probablemente tendrá que ser cambiada.

Otro de los factores que conlleva a un bajo nivel de introducción de los medicamentos esenciales en el Perú, son las propias actitudes de los consumidores, quienes creen que estos productos son inferiores porque son baratos, en parte tal vez porque algunos de los médicos y farmacéuticos se lo dicen. Han habido -como ya se ha señalado- algunos problemas

muy publicitados en el área del control de calidad con respecto a los "medicamentos básicos".

El acuerdo de asistencia técnica en control de calidad de productos farmacéuticos, que ha suscrito el Perú con Alemania Occidental, no ha resuelto el problema de los altos costos en las pruebas locales de control de calidad, ni la inadecuada capacidad de las instalaciones peruanas para esa tarea. Sin embargo, en general, la calidad de los medicamentos esenciales peruanos es aparentemente aceptable, en especial cuando los proveedores son las firmas farmacéuticas más importantes y bien establecidas que llevan a cabo su propio control de calidad. Varios proveedores prominentes han certificado que usan exactamente los mismos insumos y procesos productivos en fabricar medicamentos esenciales, que los que utilizan en producir sus artículos de marca comercial; la única diferencia está en el envase y en el precio.

El mayor problema con el bajo nivel de aceptación que tienen los medicamentos esenciales entre los consumidores, tal vez se debe más a una cuestión de imagen que de calidad. Prácticamente no se ha prestado atención alguna al "marketing" de los productos de estos programas, de una manera efectiva y atractiva. Se puede pensar que, como las instituciones del sector público constituyen un "mercado cautivo" para los medicamentos esenciales, no es necesario promocionar estos programas o sus productos. Pero ésta sería una idea equivocada, pues existe considerable evidencia de que, aun los consumidores más pobres, ejercen su opción de ir a una farmacia para comprar productos farmacéuticos de marcas comerciales más caros, cuando consideran que los productos de menor precio no son tan buenos o no son efectivos.

Algunas de las empresas farmacéuticas privadas en el Perú, han tenido iniciativas para adelantarse en la promoción de los programas de medicamentos esenciales, dirigida al público en general, a un costo relativamente bajo, pero hasta ahora ninguna de las propuestas ha sido aceptada. Será precisa la colaboración de los proveedores locales y de los profesionales colegiados de la salud, si se pretende que la imagen de los programas de medicamentos esenciales en el Perú tenga un giro positivo.

Finalmente, debe mencionarse un área crítica, al analizar las razones del limitado éxito que ha tenido el Perú en implementar sus programas de medicinas esenciales; ésta es la falta de coordinación entre las instituciones del sector público que participan en ellos.

Se ha citado el conflicto surgido entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Industria acerca de quién administraría los controles de precio a que hemos hecho referencia anteriormente. Igualmente, hay serios conflictos al interior del propio Sector Salud. El Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social han estado permanentemente en desacuerdo acerca de cuestiones de política en el área de la salud. El Ministerio de Salud señala que es el rector de la política nacional del Sector Salud, a pesar del hecho de que sus recursos económicos de ningún modo corresponden a la tarea que le corresponde, ni siquiera contando con aquellos de otras entidades públicas competentes. Uno de los factores que le da un fuerte poder al Instituto de Seguridad Social, es que su presupuesto para prestaciones de salud en general y para medicinas en particular, es mayor que el que posee el Ministerio de Salud (ver Cuadros Nos. 3 y 4), a pesar del hecho de que el Instituto Peruano de Seguridad Social cubre cerca del 13% de la población total, en tanto que el Ministerio de Salud es responsable de la gran mayoría de la población en el país.

Tanto el Instituto Peruano de Seguridad Social como las Sanidades de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales han guardado celosamente su autonomía política y económica, frente a los intentos del Ministerio de Salud por incursionar en sus límites. Para mencionar sólo un ejemplo, cada una de las tres instituciones públicas mencionadas, tiene su propio petitorio oficial que orienta sus adquisiciones de medicamentos genéricos y de marca comercial; hasta ahora no existe un petitorio unificado para el sector público y, evidentemente, esto ha minado el impacto de los programas de medicamentos esenciales.

Así pues, muchos de los problemas que han asolado los programas de medicinas esenciales del Perú, no son intrínsecos a la naturaleza de esos esfuerzos ni sobrepasan sus posibilidades. Más bien, están arraigados en la relación que existe entre el Gobierno y la industria farmacéutica establecida en el país, en el rol que los profesionales de la salud (médicos y farmacéuticos) desempeñan en estos programas, en las actitudes sumamente negativas de los consumidores hacia los medicamentos esenciales y en los conflictos que existen entre las instituciones del sector público. La mayoría de estos problemas se pueden resolver, si se puede obtener una mayor colaboración entre las partes involucradas.

En resumen, se han intentado diversos esfuerzos para salvar la brecha que existe entre la demanda de medicamentos y las

necesidades sanitarias reales de la población, enfatizándose cada vez más la necesidad de formular una política nacional integral de medicinas, como parte de la planificación sanitaria nacional de Salud (Antezana, 1981; Gereffi, 1983; Organización Panamericana de la Salud, 1984, 1985).

El Perú tiene una historia excepcionalmente larga en cuanto al problema, tratando de ampliar la disponibilidad de medicamentos de menor precio para su población. (11) El primer intento del Perú por establecer un programa de esta naturaleza se remonta al año 1960, anticipándose así en más de dos décadas a la iniciativa de la OMS. En 1960, el Ministro de Salud del Perú (Dr. Guillermo Garrido Lecca) anunció que un conjunto de veinte "medicamentos sociales" se harían accesibles a la población a través de instituciones públicas, y que estos medicamentos costarían, por lo menos, la tercera parte del precio de medicamentos comerciales comparables. Este intento por ofrecer un grupo pequeño de medicamentos a precios reducidos, sin embargo, no duró, en gran parte debido a que la participación de los proveedores privados no estuvo estructurada y fue simplemente voluntaria.

El gobierno militar que asumió el poder en el Perú en 1968 estableció un nuevo programa de "medicamentos básicos" a comienzos de 1971. Este programa fue mucho más formal, en tanto se reunió una lista de más de 200 "medicamentos básicos" y se solicitaron propuestas privadas para aquellos productos en base a nombres genéricos. Aunque al principio las empresas farmacéuticas privadas se mostraron renuentes a participar en el programa, gradualmente aumentaron su participación pues se convencieron de que la producción y venta de medicamentos básicos les permitía utilizar simultáneamente el exceso de capacidad de sus plantas industriales y ampliar su mercado, incluyendo grupos de bajos ingresos de la población, que de otro modo estarían fuera del mercado comercial normal de las medicinas.

Con el retorno de Belaúnde a la presidencia en 1980, hubo un cambio más. Anunció que el programa del gobierno militar sería reemplazado por el programa de "medicamentos esenciales". El cambio más importante que introdujo, fue una ampliación de los medicamentos esenciales y el requisito de que las propuestas de

(11) Un buen análisis socio-político de los diversos programas de medicamentos esenciales del Perú, con proyecciones sobre futuras alternativas, en Garrido-Lecca, 1984.

precios para los contratos bianuales de esos productos, debían ser inferiores al medicamento comercial de menor precio en el mercado peruano. Sin embargo, este programa tropezó con una serie de problemas y nunca alcanzó un segmento significativo -ni aún en el sector público- para los medicamentos esenciales, lo que fuera su objetivo principal. (Ver: Gálvez de Llaque y Fefer, 1985).

A fin de brindar una atención de salud más integrada y amplia, se creó en el Perú en 1978 el Sistema Nacional de Servicios de Salud (Franco Ponce, 1982; Brito, 1983: 352-354). El objetivo de este sistema es coordinar los planes, programas y actividades con los servicios de salud a nivel central, regional y local. El sistema está integrado por cuatro componentes institucionales: el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social, las Sanidades de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales y el sector privado. El Perú está dividido en 19 Regiones de Salud, cada una de las cuales cuenta por lo menos con un hospital regional relativamente especializado. Cada Región de Salud, a su vez, está compuesta por áreas hospitalarias que ofrecen los servicios de un solo hospital general y de una gran variedad de centros de salud y postas de salud más pequeñas.

Sin embargo, si se espera que la estrategia de atención primaria de la salud funcione en forma efectiva, se requiere coordinación intersectorial entre una diversidad de instituciones públicas, tales como las que se encuentran en los sectores de salud, educación, industria, comercio y agricultura. Es más, uno de los retos políticos más difíciles en el Perú, así como en muchos otros países en desarrollo, consiste en mejorar las relaciones entre las entidades del propio Sector Salud, especialmente entre el Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social (12).

El actual Gobierno también realiza esfuerzos por forjar esta necesaria unidad y darle una orientación coherente al Sector Salud. En este sentido, el Ministro de Salud, Dr. David Tejada, ha manifestado que el objetivo principal del sector será asegurar "... que haya un abastecimiento adecuado de medicamentos que corresponda a las necesidades reales y más apremiantes de la mayoría nacional, que estos medicamentos lleguen a los rincones más remotos del país para aquellos que los necesitan, y que estos medicamentos sean económicamente accesibles para el pueblo". (Guerrero, 1985). Al igual que sus antecesores en el último cuarto de siglo, el nuevo Ministro de Salud del Perú está convencido de que el abastecimiento de productos farmacéuticos -los medicamentos

apropiados en el lugar y momento necesarios, al precio adecuado- será una contribución indispensable para el mejoramiento de la situación de la salud en el país.

7.3 Marco Jurídico

La legislación farmacéutica se inicia con la promulgación de la Ley sobre el Ejercicio de la Medicina y la Farmacia el 25 de octubre de 1888 y la Ley No. 4428 sobre Estupefacientes, promulgada el 21 de noviembre de 1921. Es a partir de 1922 que se crea la Comisión Inspectorada de Farmacia, como organismo ejecutivo de la Dirección de Salubridad del Ministerio de Fomento y Obras Públicas y se reglamenta la organización y funciones de los establecimientos farmacéuticos, los productos medicinales para uso humano y el ejercicio profesional. Desde esta fecha hasta 1969 continuó vigente esta norma, habiéndose expedido dispositivos legales adicionales y modificatorios, paralelamente a los cambios de nombre y de jerarquía experimentados por el organismo administrativo competente.

En 1969, con la promulgación del Decreto Ley 17505 del Código Sanitario, aparece el concepto Control de Calidad del Medicamento y la actividad de registro de productos farmacéuticos como responsabilidad de la Dirección de Farmacia. Posteriormente, con la promulgación del Decreto Ley No. 21199 en 1975, se norma la responsabilidad y funciones de la Dirección de Farmacia, incluyendo el servicio de turnos de farmacias y boticas, y la autorización de publicidad y propaganda de productos farmacéuticos, aspectos de suma trascendencia en la disponibilidad de los medicamentos. Este Decreto Ley no fue reglamentado.

Con la Ley No. 23761 del 31 de diciembre de 1983, se crea la Dirección General de Farmacia, y con Decreto Supremo No. 046-84 del 18 de octubre de 1984, se reglamenta dicha ley.

(12) El Instituto Peruano de Seguridad Social ha venido pasando por un continuo proceso de reorganización durante años, en un esfuerzo por mejorar su capacidad de operar en forma efectiva. En una encuesta que tuvo lugar en el año 1985 fue catalogada como la institución que peor funciona en el Perú (Debáte, 1985: 56-57).

Características importantes de ambos dispositivos son que sistematizan, por primera vez, las actividades de la Dirección General de Farmacia con relación al control de calidad y reincorporan el control de precios de los medicamentos al Ministerio de Salud.

Otros organismos del Sector Salud con responsabilidad en el área de medicamentos, son el Centro de Control de Calidad de Medicamentos y Alimentos y el Instituto Peruano de Seguridad Social. El Centro, que depende del Instituto Nacional de Salud, es responsable de certificar la calidad de los medicamentos que se comercializan en el país, responsabilidad que comparte con la Dirección General de Farmacia. El Instituto Peruano de Seguridad Social, aunque sólo cubre 13% de la población, es el mayor usuario de medicamentos del sector público. Sus compras incluyen, a los productos del Petitorio de Medicamentos Esenciales, sin limitarse a ello; asimismo, el Instituto mantiene un sistema de suministro independiente al del Ministerio, que refleja la falta de integración existente entre las dos entidades.

8. CONCLUSIONES

La industria farmacéutica en el Perú está dividida en dos segmentos muy distintos: el mercado del sector privado, que representa casi tres cuartas partes de las ventas totales de medicamentos; y, el mercado del sector público, que representa poco menos de la cuarta parte de las ventas de productos farmacéuticos.

Aunque existe un número controlable de empresas farmacéuticas operando en el país, el mercado peruano es relativamente pequeño en términos internacionales. Adicionalmente, las tendencias de ventas en el país han sido marcadamente descendentes entre 1980 y 1984, lo que en principio parece ser un reflejo de la recesión económica, con la consiguiente contracción del poder adquisitivo de la población peruana. Muchas empresas han recortado sus operaciones y unas cuantas se han retirado completamente del mercado.

El mercado del sector público, aunque sólo representa una cuarta parte de las ventas nacionales, ha sido objeto de una serie de iniciativas de parte del Gobierno para establecer un programa efectivo de medicamentos esenciales. Hasta ahora, estos esfuerzos han encontrado relativamente poco éxito. Aunque gran parte de las empresas nacionales y extranjeras que operan en el país han participado en estos planes, pareciera que las compañías farmacéuticas privadas locales tienen un interés particularmente fuerte en cooperar con el Gobierno para hacer que estos programas funcionen, ya que las instituciones del sector público representan una parte más importante para sus ventas totales, que para las compañías extranjeras.

Un problema relativamente asociado con esta dependencia de importaciones, es el área de control de precios. Con la mitad o la tercera parte de los costos de producción de la industria farmacéutica determinados directa o indirectamente por materiales importados, y con agudas devaluaciones de la moneda peruana a tasas promedio sobre el 100% en los años

pasados, es obvio que los productores farmacéuticos presionen por un continuo aumento de precios para muchas de sus medicinas vendidas dentro de Perú (particularmente los productos éticos o productos prescritos, los cuales tienden a ser los más intensivamente importados).

El gobierno, sin embargo, está sujeto a bajo una gran presión para mantener los precios bajos de los productos farmacéuticos, debido a la espiral inflacionaria dentro del país que ha continuado erosionando el poder de compra de la población. En el periodo de 1980-1984 la tasa acumulada de inflación en Perú fue cerca de 2,200%. Así, la industria y el gobierno están en conflicto, en tanto están respondiendo a presiones que los mueven en direcciones opuestas.

Como no se han autorizado incrementos de precios en los productos de marcas comerciales en forma regular, dado que se han congelado los precios de medicamentos comerciales durante largos periodos de tiempo, ha surgido una situación sui generis en la cual muchos de los "medicamentos esenciales" tienen precios más altos que sus equivalentes en marcas comerciales, impidiendo así legalmente la venta de "medicamentos esenciales" en el mercado.

Las compañías privadas, tanto nacionales como extranjeras, han ofrecido en diversas oportunidades cooperar con el Gobierno en establecer un programa efectivo de medicamentos esenciales, si se cumplen una serie de condiciones. Una de dichas condiciones consiste en que las empresas privadas quisieran que se retiren los controles de precio o se reduzcan, para los medicamentos comerciales, a cambio de apoyar un programa que ofrezca medicamentos esenciales al sector público. Otro punto de discusión es que las compañías privadas quisieran ver un programa de medicinas esenciales limitado a los grupos económicamente más necesitados del país. Más específicamente, estarían dispuestos a apoyar ese tipo de programa para los hospitales y clínicas afiliadas al Ministerio de Salud, pero se resisten a la idea de expender medicamentos esenciales de bajo precio al Instituto Peruano de Seguridad Social y a la Sanidad de la Fuerza Armada y Fuerzas Policiales, que en opinión de las empresas farmacéuticas privadas, pueden muy bien adquirir medicamentos comerciales.

El análisis comparativo realizado en este estudio, entre la demanda potencial caracterizada por la estructura de la morbilidad y el consumo a través de las ventas, sugiere correspondencia entre los grupos terapéuticos más vendidos y la naturaleza de las dos enfermedades más prevalentes en

nuestro medio -respiratorias y digestivas- durante el periodo 1984-85.

Sin embargo, es preciso tener en cuenta que las limitaciones de la información no permiten caracterizar la naturaleza de la demanda potencial a través del consumo.

Una opción que pudiera intentarse, es el desarrollo de un programa de amplia base de medicamentos genéricos, a ser distribuidos para su venta tanto en el sector público como en el privado. La industria de medicamentos genéricos ha estado creciendo a un ritmo sumamente rápido en numerosos países industrializados, con considerables beneficios económicos para los consumidores. La capacidad de producir medicamentos genéricos ya existe en el Perú, y ésta podría ser una alternativa útil, que se puede explorar para hacer efectiva una competencia de precios en la industria, disponible para todos los segmentos de la población peruana.

Desde el punto de vista de las Empresas, uno de los principales problemas es la regulación de precios que fija el Estado y que han sido administrados en forma algo irregular. Un programa regular de aumentos permisibles, facilitaría un mejor clima de comprensión y de relaciones de trabajo entre la industria y el Estado.

BIBLIOGRAFIA

1. Asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Perú (ALAAARPE). "La realidad de la industria farmacéutica peruana." Mimeografiado 27 pp. Lima, Perú.
2. ANTEZANA, Fernando S. 1981. "Essential Drugs--Whose Responsibility? en: Journal of the Royal Society of Medicine 74 (March): 175 - 177.
3. Banco Central de Reserva del Perú. 1984. Mapa de salud del Perú. Lima, Perú, diciembre, 38 pp.
4. Banco Continental. 1985. La situación económica del Perú (primer trimestre). Lima, Perú.
5. BATES, James. 1983. "Investigation of the Operation and Utilization of Peruvian Pharmacies." In Investigation of Health Service Delivery in Three Elements of the Peruvian Private Sector. Volume 1. study financed by the U.S. Agency for international Developmente (PIO/T 527016330036). Boston, Ma.: Management Sciences for Health.
6. BLACKER MILLER, Augusto. 1985. "La crisis económica." en Debate 7. 31 marzo: 49-52.
7. BRITO QUINTANA, Pedro E. 1983. "Politica de salud y atención primaria en el Perú." pp. 7-10 in
8. Debate. 1985. "Quinta encuesta anual: el poder en el Perú." Vol 7 no. 33 (julio): 45-64.
9. FRANCO PONCE, Juan. 1982. "Politica de salud y atención primaria en el Perú." pp. 7-10 in III congreso iberoamericano de medicina rural y atención primaria y I congreso nacional de atención primaria de la salud, organizado por la Sociedad Ibero americana y/o el Ministerio de Salud en el Perú. Lima, Perú.
10. GALVEZ de LLAQUE, Nelly, y Enrique Fefer. 1985. "Evaluación preliminar del Programa de Medicamentos Esenciales de Perú." Febrero 16 pp. Lima, Perú: Pan American Health Organization.
11. GARRIDO-LECCA, Hernan J. 1984. "Essential Drugs Policy for Perú: An Assessment of the Procurement/Production

- Alternatives." Manuscrito inédito 102 pp. John F. Kennedy School of Government. Harvard University. Cambridge, Mass.
12. GEREFFI, Gary. 1978. "Drug Firms and Dependency in Mexico: The Case of the Steroid Hormone Industry." International Organization 32. 1 (Winter): 237-286.
 13. 1982. "La internacionalización y la estructura de la industria farmacéutica mundial.: en Economía de América Latina 9 (2nd semestre): 219-228.
 14. 1983a. The Pharmaceutical Industry and Dependency in the Third World Princeton, N.J.: Princeton University Press.
 15. 1983b. "La industria farmacéutica mundial y sus efectos en América Latina." en: Comercio Exterior 33. 10 (octubre): 879-893.
 16. 1983c. "Producción y comercialización de medicamentos básicos en América Latina y el Caribe: algunas experiencias nacionales y subregionales", en: Comercio Exterior 33. 11 (noviembre): 1008-1017.
 17. 1983d. "Overview of the Peruvian Pharmaceutical Sector" En Investigation of Health Service Delivery in Three Elements of the Peruvian Private Sector. Volumen 1, study financed by the U.S. agency for international Development (PIO/T 527016330036). Boston, Ma.: Management Sciences for Health.
 18. 1985. "The Global Pharmaceutical Industry and Its Impact in Latin America." Pp. 259-297 en Profits, Progress and Poverty: Case Studies of International Industries in Latin America, edited by Richard Newfarmer. Notre Dame, In University of Notre Dame Press.
 19. GERRERO, Luis alberto. 1985. "David Tejada: un ministro diferente." Hoy (Semana Política). July 13. Lima, Perú.
 20. Health Sector Analysis-Peru (HSA-Peru). 1985a. Documento Técnico Preliminar, Componente No. 5, "Medicamentos" (por Nelly G. de Llaque. Alberta Arenas, Cesar Peñaranda, Jorge Silva Leguía). July 48 pp. Lima, Perú.

21. 1985b. Documento Técnico Preliminar, Componente No. 6, "Financiamiento y costo del sector salud" (por Octavio Chirinos, Luis Manrique, David Tejada Pardo, José Carlos Vera, Cristina Silva, y Marco Antonio Ayres). Julio 110 pp. Lima, Perú.
22. Informe de Gerencia (journal of the Peruvian Institute of Business Administration). 1985. "Panorama macro-económico 1984." Informe Económico No. 5 febrero. Lima, Perú.
23. International Marketing Service. 1980-1985. Perú: mercado farmacéutico. Lima, Perú: Datandina.
24. Ministerio de Salud. 1982. Situación de Salud, Políticas y Acciones Prioritarias. Mayo. Lima, Perú.
25. Pan American Health Organization (PAHO). 1975. "Programa de medicamentos básicos en Perú." Setiembre 23. 34 pp. Washington, D.C.: PAHO (CD23/29).
26. 1984. "Policies for the Production and Marketing of Essential Drugs." Scientific Publication No. 462. Washington. D.C.: PAHO.
27. 1985. "Programa regional de medicamentos esenciales: políticas nacionales". Junio 37 pp. Washington. D.C.: PAHO. (PNSP/85-20).
28. Price Waterhouse. 1984. "Estudio de la evolución financiera y de los resultados de la industria farmacéutica en el Perú, años 1976 a 1983." Por encargo de la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Perú (ALAFARPE). Diciembre 34 pp. Lima, Perú.
29. Schaumann, Leif, 1984. "Pharmaceutical Industry Perspectives: Procurement and Financing of Essential Drugs." Working paper for meeting on "Drug Policies and Management: Procurement and Financing of Essential Drugs, : octubre 22-24. Madrid, Spain. Genova: World Health Organization (DAP/WP/PF/84.2).
30. STEIN, Steve. 1985. "Health and Poverty within the Socio - Polical Context of Perú, 1985." Manuscrito inédito. Julio 94 pp. Coral Gables, Fla.
31. TEJADA DE RIVERO, David. 1982. "Salud para todos y atención primaria en el medio rural." pp. 11 - 14 in III congreso iberoamericano de medicina rural y

atención primaria y I congreso nacional de atención primaria de la salud, organizado por la Sociedad Iberoamericana de medicina rural y el Ministerio de Salud en el Perú.

32. The Andean Report. 1985. "President Alan Garcia's Inauguration Speech, julio 28, 1985." August: 3 - 16.
33. VEGA CENTENO, Máximo, y María Antonia Remnyi. 1980. "La industria farmacéutica en el Perú: características y limitaciones." Socialismo y participación. no. 10: 33 - 61.
34. VEGA CENTENO, Máximo, María Antonia Remnyi, José Távora, y Roxana Barrantes. 1985. "Violencia y pobreza: una visión de conjunto." pp. 79- 112 e Siete Ensayos sobre la violencia en el Perú. Lima, Perú: Asociación Peruana de Estudios e Investigaciones para la Paz, con la colaboración de la Fundación Friedrich Ebert.