

EVALUACIÓN Y COMPRA DE MEDICAMENTOS EN EL ESTADO PERUANO

Las dos caras de una misma moneda poco transparente

1. Introducción

La escasez de no uno sino de varios medicamentos básicos es un problema al parecer tan habitual que el paciente peruano se ha malacostumbrado a aceptarlo como si fuera aceptable. Es inaceptable. Aunque la Defensoría del Pueblo, SuSalud y diversas encuestas nacionales han venido denunciando este mal endémico año tras año, ninguna solución estructural parece asomarse. Lo que más llama la atención es que en el Perú las asociaciones de pacientes son sumamente débiles y el Estado no toma en cuenta sus opiniones formalmente en el diseño de políticas públicas.

Así, Contribuyentes por Respeto inició en Octubre del 2016 una aventura que tiene como objetivo fundamental fortalecer las capacidades de las organizaciones de pacientes en el debate público, para convertirlas en asociaciones sólidas que ejerzan un rol de vocería legítima, tomando posición frente a temas relevantes, y relacionándose efectivamente con quienes toman las decisiones de salud pública en el Estado.

En el marco de este Programa, la primera etapa de investigación se enfocó en el **sistema de evaluación y compra de medicamentos en el Perú**. La información pública sobre el tópico no solo es difícil de encontrar sino que, la que se puede hallar, se encuentra desordenada y poco trabajada para el análisis. En cuanto a las compras de medicamentos, uno esperaría que dado que entre el Ministerio de Salud y EsSalud concentran el 96% de las compras de medicamentos, ambas entidades tuvieran información clara y a la mano sobre la cantidad de pacientes que sufren una u otra enfermedad, sobre cuánto cuesta el tratamiento de cada paciente, o inclusive sobre las existencias de medicinas almacenadas a nivel nacional. Esto no es así. El mayor comprador de medicamentos del Perú no posee información que le permitiría tener una posición fuerte frente a sus proveedores.

Aunque en los últimos meses, tanto el MINSA como EsSalud han implementado diversas reformas para realizar más compras corporativas juntos y menos compras al menudeo, aún no optan estructuralmente por evaluar y comprar juntos, cuando la gran mayoría de medicamentos que evalúan y compran coinciden, y son dirigidas a la misma población.

La falta de unidad en el sistema de evaluación y compra de medicamentos trae como consecuencia que el Estado no brinde un tratamiento de calidad a los peruanos y ni elija las mejores medicinas ni pague los mejores precios.

Así, CpR realizó una investigación dividida en dos partes. La primera parte asume un enfoque económico y procedimental; analiza cómo se compran actualmente las medicinas que los peruanos utilizamos, qué actores participan en este proceso, cuál ha sido el costo o el beneficio del actual sistema, y presenta algunas recomendaciones de por sí novedosas.

La segunda parte del análisis se centra en el Petitorio Nacional Único de medicamentos (PNUME), observa cómo se elabora, quiénes actúan y participan en su gestión, y alerta sobre algo grave: la ciudadanía no participa en ninguna fase del proceso. Actualmente, la evaluación de tecnologías sanitarias es poco transparente, en contra de una fuerte y sostenida tendencia internacional a dialogar, escuchar y tomar en cuenta la voz de las asociaciones de pacientes, y la de todos los actores de la sociedad civil comprometidos con el sector Salud. Finalmente, se plantean recomendaciones que podrían ser implementadas rápidamente.

I. ¿AL POR MAYOR O AL POR MENOR? UNA MALA COMPRA Y UNDESABASTECIMIENTO CRÓNICO DE MEDICAMENTOS

1. ¿Cómo funciona el sistema público de abastecimiento de medicamentos?¹

Los medicamentos son sustancias con propiedades para tratar, detener o prevenir enfermedades. Son esenciales y pueden ser indispensables para la supervivencia de muchas personas. No obstante, la falta de acceso a los medicamentos sigue siendo uno de los problemas más graves de la salud pública mundial².

Todo sistema de salud debe apuntar a satisfacer las necesidades de la mayoría de la población, para lo cual, entre otras cosas, necesita un adecuado sistema de abastecimiento de bienes estratégicos.

Este tipo de bienes está conformado por medicamentos, dispositivos médicos, equipos médicos y ropa hospitalaria; y califican como "estratégicos" debido a que son bienes indispensables durante la provisión de los servicios de salud³.

Asegurar el cumplimiento del acceso a medicamentos como derecho humano en el Perú es fundamental, sobre todo para las familias más pobres.

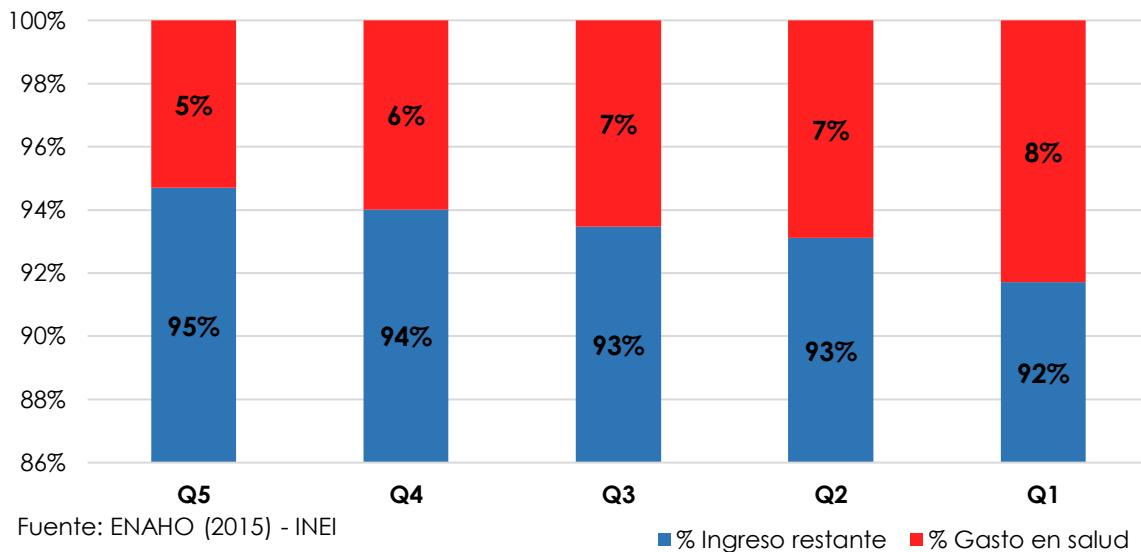
Un primer hallazgo de este informe, analizando la data encontrada, es que **las familias de menores ingresos gastan en términos relativos 60% más en salud que las familias de mayores ingresos**, siendo los medicamentos el principal componente de dicho gasto.

¹ Tienen por finalidad regular la utilización de los recursos en las entidades de la administración pública, promoviendo la eficacia y eficiencia en su uso. (Ley N° 29158, 2012, art. 46)

² Cfr. OMS, "Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva", 2004, p-1

³ Cfr. ESSALUD, "Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE", 2016, p-27.

Gasto familiar en medicamentos respecto al ingreso por quintiles (2015)



El sistema funcional⁴ de salud pública en el Perú es conformado por diferentes actores. Por un lado, está el **Ministerio de Salud (MINSA)**, que se encarga de manejar el **Seguro Integral de Salud (SIS)**, el cual es la red de salud más grande del país con 17.5 millones de afiliados. Este seguro se encarga de ofrecer servicios de salud bajo esquemas principalmente no contributivos a la población de menores recursos del país, aunque últimamente está planteando productos semi-contributivos para ciudadanos que pueden costear sus gastos de salud.

Las estrategias de focalización e inclusión del SIS deberían ser tratadas en otro producto de investigación, toda vez que en este momento, muchas personas que deberían acceder al SIS están siendo excluidas del mismo bajo modalidades y esquemas de evaluación que llaman la atención.

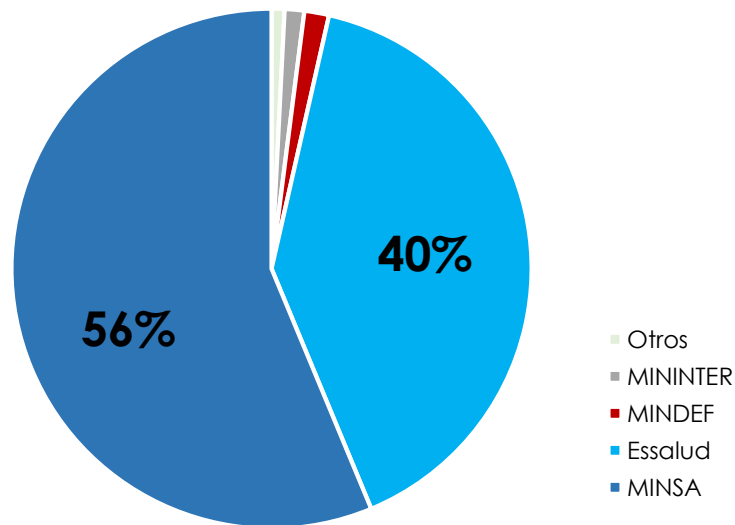
Por otro lado, tenemos al **Seguro Social de Salud (EsSalud)**, organismo público descentralizado adscrito al Sector Trabajo y Promoción Social, que se encarga de proveer servicios de salud a la población asalariada y sus familiares, por medio de diversos esquemas contributivos. Actualmente, EsSalud es la segunda red de salud más grande del país, con 10.7 millones de afiliados.

⁴ Tienen por finalidad asegurar el cumplimiento de políticas públicas que requieren la participación de todas o varias entidades del Estado. (Ley N° 29158, 2012, art. 45)

Finalmente, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional brindan servicios de salud a sus miembros y sus dependientes⁵.

Las entidades mencionadas anteriormente concentran el “mercado público” de medicamentos, en donde al 2012 el MINSa abarcó el 56% de dicho mercado y EsSalud el 40%. El sector privado solo atiende, a través de sus EPS, a aproximadamente 850 mil personas, por lo que su peso específico en este tema es mucho menor.

Gráfico N° 1: Participación en la compra corporativa del 2012



Fuente: DIGEMID
Elaboración: CpR

Analizando la estructura del sector, uno puede apreciar que se encuentra segmentado y fraccionado, además de sufrir un notorio desbalance financiero⁶. Esta situación genera serias ineficiencias que se trasladan al proceso de obtención de medicamentos dentro del sistema.

Actualmente, el marco normativo que rige las compras de bienes estratégicos dentro del sector salud es la **Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado**⁷ y su reglamento⁸. En esta ley se pueden identificar cuatro procesos de adquisición de bienes y servicios, los cuales varían según el monto de la compra y el nivel de transparencia pública: Licitación pública, concurso

⁵ Cfr. ARAUJO y FELIX, “La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión”, 2014, p-173

⁶ Cfr. ARAUJO y FELIX, “La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión”, 2014, p-174


⁷ Ley N° 30225

⁸ Decreto Supremo N° 350-2015-EF

público, adjudicación directa (pública o selectiva) y adjudicación de menor cuantía.

Asimismo, esta ley concibe la posibilidad de eximir la fase de selección en el procedimiento de contratación pública en determinadas circunstancias⁹.

Cuadro N° 1: Topes para procesos de selección de compras de bienes y servicios

Valor y transparencia 

		Proceso de selección	Bienes
Procesos públicos	Licitación Pública		>= a 400,000
	Adjudicación directa	Pública	< de 400,000 > de 200,000
Selectiva		<= a 200,000 >= a 40,000	
Procesos NO públicos	Menor cuantía		< de 40,000 > de 11,550

Fuente: SEACE – OSCE

Es necesario resaltar que, durante la última década, el MINSA ha buscado la integración de los principales procesos de suministro de medicamentos en el sector público peruano¹⁰. Tenemos entendido inclusive, que ya empezó a realizar compras en conjunto con EsSalud, sin embargo, no bajo el paraguas de alguna reforma, sino simplemente por iniciativa (positiva por cierto) de los funcionarios de turno.

Así, desde el 2003 el MINSA viene impulsando compras corporativas nacionales, y desde el 2006 se sumaron a esta estrategia EsSalud, el INPE, el MINDEF y el MININTER. Posteriormente, en el 2011 se creó el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), con la finalidad de programar y agregar las necesidades de los bienes estratégicos de salud para el abastecimiento.

No obstante, **hasta la fecha no se ha logrado una integración completa de este tipo de funciones en las entidades prestadoras de servicios de salud públicas.**

Si bien no es de carácter obligatorio comprar medicamentos bajo esta modalidad, **el objetivo principal detrás de la agregación de las múltiples**

⁹ Cfr. OSCE, "Capítulo 3 del Módulo 3: Exoneraciones", 2010, p-5

¹⁰ Ver Cuadro N°2

demandas del sector público es la de incrementar el poder de compra del Estado frente a los laboratorios, permitiendo así acceder a mejores precios.

Cuadro N° 2: Integración del suministro de medicamentos del sector público

Proceso	Actividades	Observación
Selección de medicamentos	"Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales para el sector salud - PNUME"	A partir del 2010 - RM N° 599-2012/MINSA (17/07/2012)
Uso racional de medicamentos	Protocolos de tratamiento de estrategias sanitarias nacionales	Estrategias sanitarias nacionales de TB, VIH, Malaria, Leishmaniosis entre otras.
Compra de medicamentos	Compras corporativas de medicamentos	1. A partir del 2006 se incorpora EsSalud, sanidad de las fuerzas armadas y policiales.
		2. Aproximadamente el 50% de los medicamentos del PNUME se adquieren a través de compras corporativas.

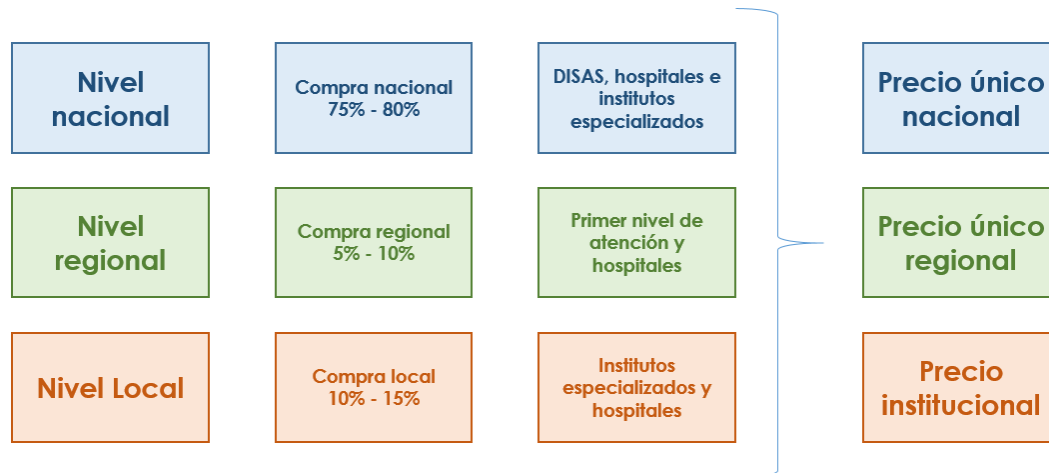
Fuente: Araujo y Felix (2014)

No obstante, tanto el MINSA como EsSalud distribuyen sus compras en **tres niveles distintos**. Por un lado, estas entidades tienden a llevar a cabo compras corporativas de alcance nacional (y se realizan de manera integrada entre entidades públicas), permiten aprovechar un alto poder de negociación de precios y tienen como objetivo satisfacer las necesidades de medicamentos de gran parte del año.

Por otro lado, realizan compras de alcance regional, que tienen como objetivo cubrir las necesidades particulares de algunas zonas al interior del país y/o satisfacer las necesidades que no se cubrieron mediante las compras corporativas a inicio de año.

Finalmente, se ejecutan compras de alcance local, impulsadas por instituciones de salud específicas que tienen como objetivo satisfacer algún requerimiento urgente de medicamentos. Este tipo de compras suele llevarse a cabo en situaciones de desabastecimiento, normalmente bajo la modalidad de adjudicaciones en menor cuantía, en donde además la

demanda suele ser orientada hacia algunas marcas¹¹ que, si bien garantizan el efecto terapéutico, generan mayores gastos a la institución y, por ende, al presupuesto del sector¹².



Si bien se han impulsado cambios para incrementar la eficiencia en el sistema de abastecimiento de bienes estratégicos en el sector salud, es necesario verificar si persiste alguna situación de desabastecimiento crónico de medicamentos.

¹¹ Esto puede deberse a que por la urgencia de la compra, se priorizan las marcas de mejor reputación, ignorando el costo. Así también, los médicos y/o encargados de emitir las órdenes de compra pueden sugerir ciertas marcas específicas, debido a la intención de ofrecer lo mejor a sus pacientes.

¹² Cfr. SEINFELD y LA SERNA, "Análisis económico de las compras públicas de medicamentos", 2007, p. 35

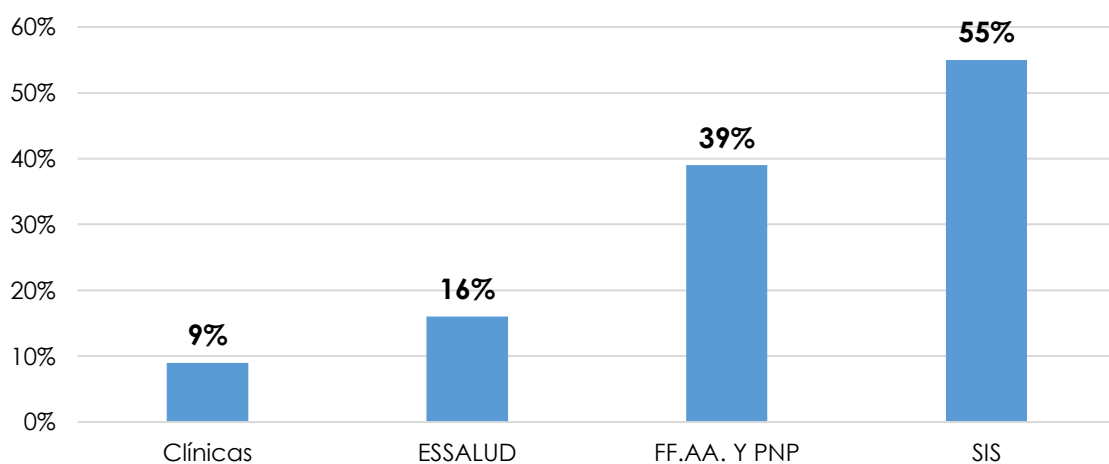
2. Desabastecimiento crónico de medicamentos

El desabastecimiento de medicamentos es una constante en la vida de los pacientes que utilizan el sistema de salud público, ya sean del SIS, de EsSalud o de los seguros de las Fuerzas Armadas y Policiales.

La Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) del 2014 y el 2015, elaborada por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la cual recoge la percepción de los pacientes y el personal de los establecimientos de salud a nivel nacional sobre la calidad de los servicios de salud brindados por las entidades públicas y privadas arroja evidencia importante sobre la gravedad del desabastecimiento de medicamentos.

En el Gráfico N° 2 se puede apreciar que **el 55% de los pacientes de Lima y Callao del SIS tuvieron algún tipo de problema para acceder a los medicamentos recetados por sus doctores. Lo propio ocurre con el 39% de los pacientes de las Fuerzas Armadas (FF.AA.) y la Policía Nacional del Perú (PNP); por último, el 16% de los de EsSalud y el 9% de los de clínicas privadas tuvieron el mismo problema.** De esta manera, se puede apreciar que el problema de desabastecimiento de medicamentos tiene una incidencia sustancialmente mayor en el sistema público de salud en comparación al privado.

Gráfico N° 2: Pacientes que tuvieron algún tipo de problema para encontrar medicamentos en Lima y Callao

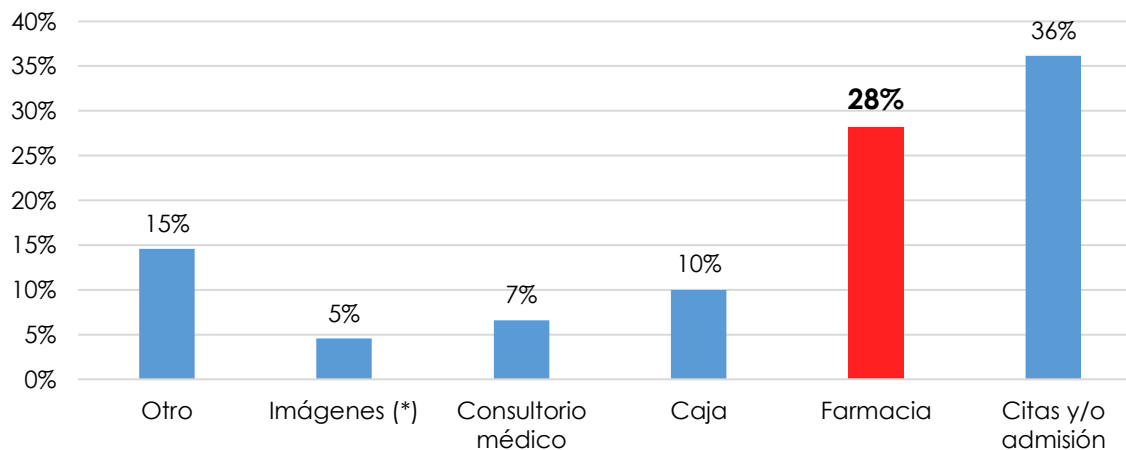


Fuente: SESUSALUD 2014 - INEI
Elaboración: CpR

En el Gráfico N° 3 se puede apreciar que, según los pacientes encuestados de Lima y Callao, **el servicio que brindan las farmacias de los establecimientos de salud pública es el segundo que más consideran debe mejorarse, con 28% de**

incidencia, detrás del servicio de citas y/o admisión. No obstante, en el Gráfico N°4 se puede apreciar que la falta de medicamentos es el **cuarto problema más reportado por los pacientes, con 10% de incidencia**. Según las asociaciones de pacientes a quienes entrevistamos¹³, la principal causa es que los pacientes consideran que presentar un reclamo formal es una pérdida de tiempo.

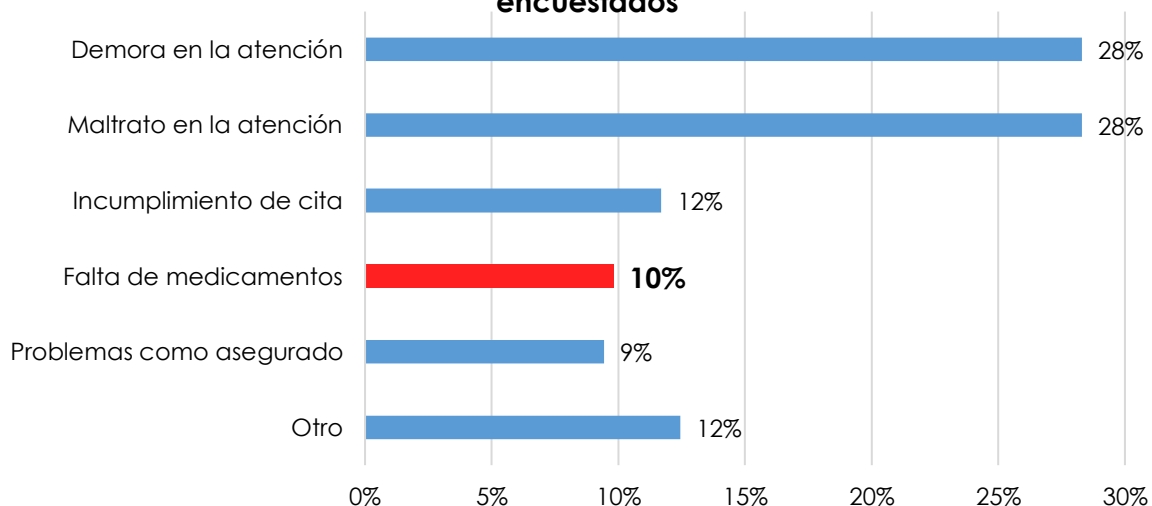
Gráfico N° 3: Servicios que deben mejorarse según pacientes



Fuente: SESUSALUD 2014 - INEI

Elaboración: CpR

Gráfico N° 4: Reclamos presentados por los pacientes encuestados



Fuente: SESUSALUD 2014 - INEI

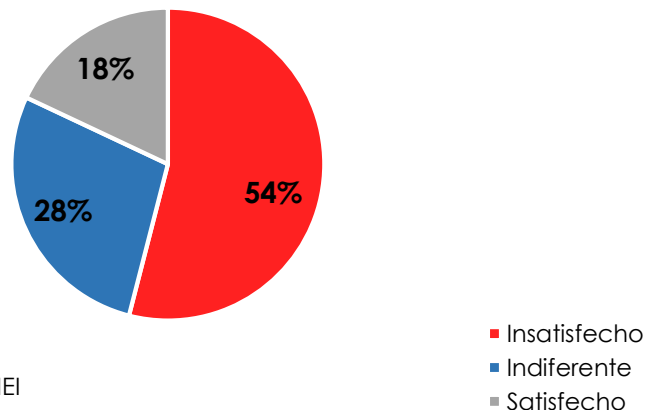
Elaboración: CpR

¹³ FIQUE Perú, Asociación Peruana Vida Sin Cáncer, Nefro Perú, ONCOVIDA Perú, ANPADYT, Luz de Esperanza, ADINA Perú y Hecho con Amor.

La encuesta del año 2015, arroja indicios de que la problemática de desabastecimiento de medicamentos se debe a problemas vinculados al mal manejo de la administración de los establecimientos de salud.

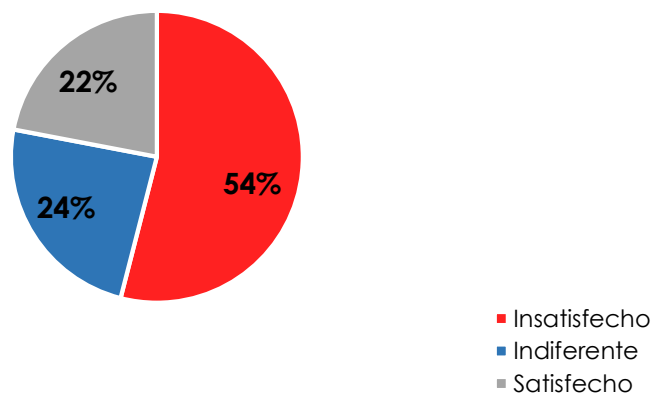
En el Gráfico N° 5 se puede apreciar que **el 54% del personal encuestado en Lima y Callao está insatisfecho con el manejo presupuestal de la administración de su establecimiento de salud**, el 18% se mantiene indiferente y el 28% está satisfecho. De igual manera, en el Gráfico N° 6 se puede apreciar que **el 54% del personal encuestado está insatisfecho con el manejo de los medicamentos del equipo de gestión de su establecimiento de salud**, el 22% se mantiene indiferente y el 24% está satisfecho.

Gráfico N° 5: Nivel de satisfacción con el manejo presupuestal del equipo de gestión



Fuente: SESUSALUD 2015 - INEI

Gráfico N° 6: Nivel de satisfacción con el manejo de medicamentos del equipo de gestión



Fuente: SESUSALUD 2015 - INEI

Los indicios expuestos hasta el momento están alineados con los hallazgos presentados por la Defensoría del Pueblo en su informe “Los servicios de emergencia en los establecimientos de salud públicos y el acceso a medicamentos esenciales¹⁴” del 2016.

Este informe comprende auditorías a 393 farmacias de los principales centros de salud de EsSalud, MINSA y las Fuerzas Armadas, las cuales destacaron por tener problemas con el suministro de medicamentos.

En el Gráfico N° 7 se puede apreciar que los insumos médicos con mayor escasez corresponden a las agujas para sutura, equipos de Venoclisis¹⁵ y guantes; los cuales no están disponibles en el 18%, 17% y 16% de los establecimientos de salud auditados, respectivamente.

Asimismo, se puede apreciar que los medicamentos con mayor escasez corresponden a Ergometrina¹⁶, Fenobarbital ampollas¹⁷ y Metildopa¹⁸; los cuales no están disponibles en el 14%, 11% y 10% de los establecimientos de salud auditados, respectivamente.

¹⁴ Informe de Adjuntía N° 15-AAE/DP, 2016

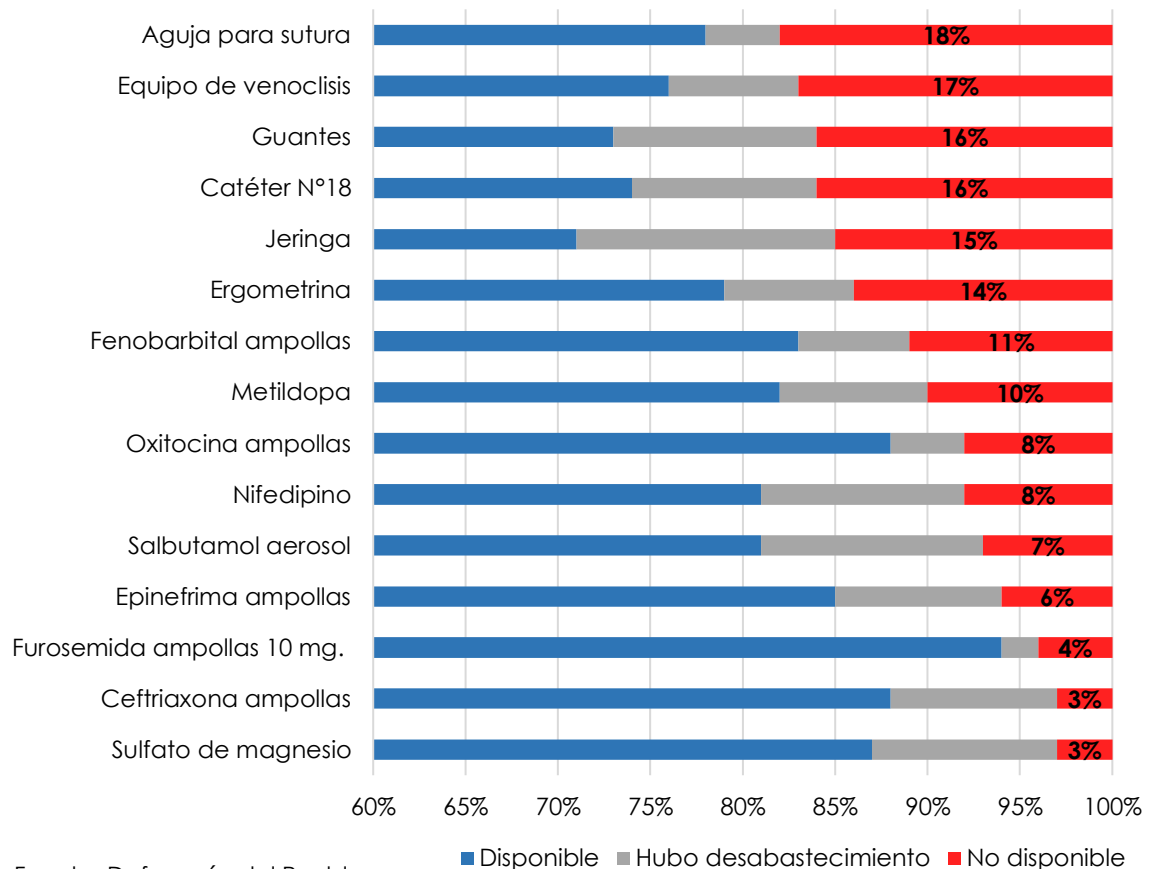
¹⁵ Dispositivo destinado a la administración de fluidos por goteo vía intravenosa.

¹⁶ Fármaco destinado a facilitar la entrega de la placenta y prevenir el sangrado después del parto.

¹⁷ Anticonvulsivo más utilizado en la actualidad.

¹⁸ Fármaco destinado a tratar la hipertensión arterial.

Gráfico N° 7: Disponibilidad de medicamentos e insumos médicos en los servicios de emergencia (2016)



Finalmente, es posible apreciar un reconocimiento sobre esta problemática en el informe de EsSalud “Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE”, del 2016. En este documento, **el Seguro Social de Salud reconoce que ha tenido un desabastecimiento crónico de los bienes estratégicos, entre ellos los medicamentos.**

En términos generales esta entidad reconoce que no se compraba de manera oportuna, ni lo que era realmente necesario¹⁹. Asimismo, indica que el abastecimiento se hacía en desorden, a destiempo y mal, debido a que persistía un atraso en la estimación de necesidades así como fallas en la definición de factores de evaluación, términos de referencia, precios históricos y valores referenciales²⁰.

¹⁹ Cfr. ESSALUD, “Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE”, 2016, p-9.

²⁰ Cfr. ESSALUD, “Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE”, 2016, p-12.

3. Determinantes del desabastecimiento de medicamentos

a) Compras pequeñas

Un problema en relación al sistema administrativo de abastecimiento de medicamentos es que la modalidad más utilizada en las compras corporativas es la de licitación pública. **Si bien es el proceso de compra más transparente, las licitaciones son frecuentemente sometidas a impugnaciones, lo que retrasa los procesos, genera desabastecimiento y obliga a realizar compras mediante otras modalidades, en las cuales se asumen mayores precios²¹.** Por ello, fomentar las subastas inversas puede aliviar la problemática vinculada a la dificultad de ejecutar licitaciones públicas.

Licitación pública VS. Subasta Inversa

Licitación pública.- Es un proceso por el cual la Administración Pública elige, vía concurso, a (i) sus proveedores de bienes y servicios o (ii) a algún concesionario en algún sector determinado. La elección de los ganadores se basa en varios criterios; como calidad, experiencia, características, costos, etc. Además, es el tipo de operación en donde se manejan los montos más elevados en cuanto a las contrataciones públicas.

Subasta inversa.- Es un proceso por el cual la Administración Pública elige, vía concurso, a sus proveedores de bienes y servicios comunes. Estos deben estar incluidos en el “Listado de Bienes y Servicios Comunes” de la OSCE. En este proceso los proveedores compiten ofreciendo el menor precio posible del bien o servicio requerido.

Características de compra por licitación y subasta inversa

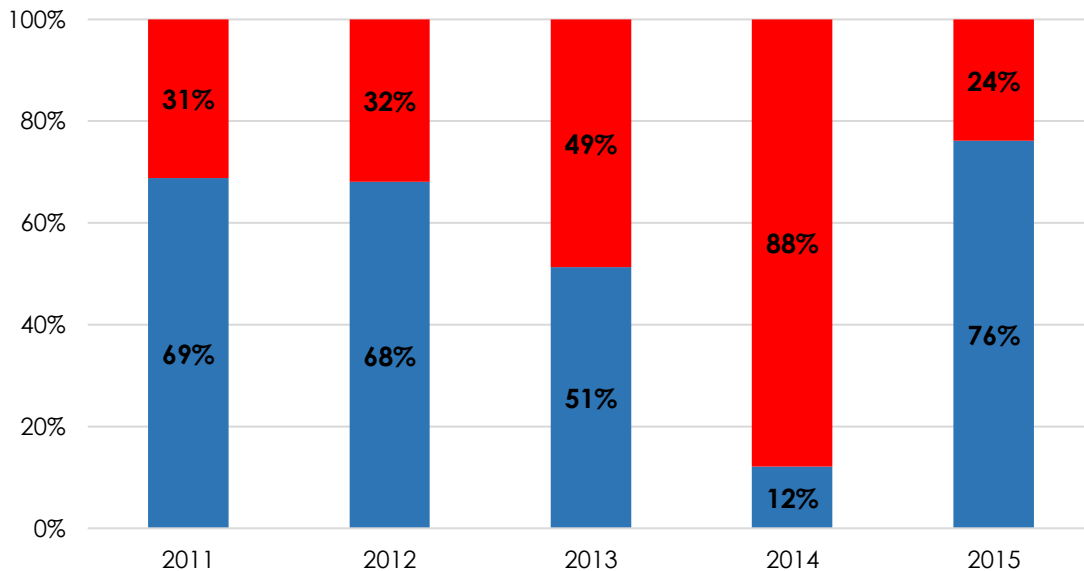
Características	Licitación	Subasta
Tiempo requerido	Meses	Días
Habilitación	Contra documentos presentados por el postor	Contra el registro sanitario
Transparencia	Evaluación en acto no público	Evaluación pública
Condiciones de entrega	Lo que establece la entidad	Lo que establece la entidad
Control de calidad	Si lo solicita la entidad	Establecido en las fichas como obligatorio
Estandarización	Cada entidad establece características técnicas	Se establece Ficha Técnica sobre la cual todas las entidades públicas adquieren

Fuente: DIGFMID

Asimismo, este problema se acentúa con los frecuentes errores cometidos al calcular las necesidades de medicamentos anuales para llevar a cabo las compras corporativas (ver, punto 4b).

En los Gráficos N° 8 y N° 9, podemos apreciar que **tanto en EsSalud como el MINSA-CENARES realizaron en promedio el 45% y 7%, respectivamente, de las compras totales de medicamentos bajo modalidades de baja escala**²². Si bien se muestra un claro desempeño superior del MINSA-CENARES respecto a EsSalud, esta persistencia de compras “pequeñas” evidencia una pérdida de poder de negociación del Estado frente a los laboratorios.

Gráfico N° 8 : Distribución de adquisición de medicamentos por tamaño compra - EsSalud

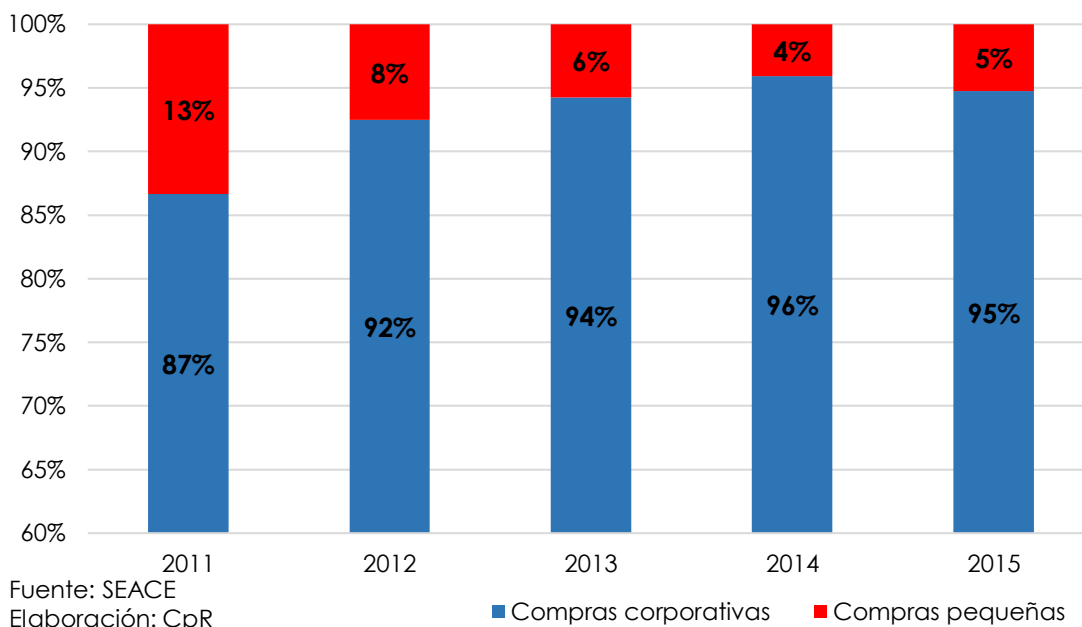


Fuente: SEACE
Elaboración: CpR

■ Compras corporativas ■ Compras pequeñas

²² Entiéndase como cualquier proceso de adquisición cuyo monto sea inferior a s/. 400,000.

Gráfico N° 9: Distribución de adquisición de medicamentos por tamaño de compra - CENARES



b) Errores en el cálculo de la demanda

Se puede afirmar que el sistema funcional de salud pública en el Perú utiliza un modelo de abastecimiento anual, puesto que el grueso de las adquisiciones se realiza en licitaciones puntuales a inicios de año. **De este modelo se desprenden tres grandes riesgos, los cuales deben ser controlados para asegurar el correcto abastecimiento de medicamentos²³.**

Por un lado, **el consumo real de medicamentos a menudo difiere de lo previsto en el año, lo que suele producir situaciones de insuficiencias y sobre stock de existencias.** Para hacer frente a las insuficiencias se tiende a recurrir a compras urgentes, usualmente más costosas, y el sobre stock puede llegar a deteriorarse si no se cuenta con una adecuada capacidad de almacenamiento.

Es necesario mencionar que en el Perú no existe una base de datos actualizada a escala nacional sobre la cantidad de pacientes totales por tipo de enfermedad²⁴, lo cual sin duda facilitaría el cálculo de la demanda de medicamentos.

²³ Cfr. ARAUJO y FELIX, "La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión", 2014, p-174

²⁴ Esto se constató tras revisar en las páginas web y contactar al CENARES, INS y DIGEMID.

Por otro lado, **el nivel promedio de existencias de las farmacias y los costos de mantenimiento de inventarios tienden a ser más elevados**. Asimismo, se requiere de una capacidad de almacenamiento a gran escala, que permita impedir el deterioro, pérdida o robo de los bienes estratégicos.

Finalmente, **la carga de trabajo de las oficinas de adquisiciones se torna irregular**. Esto se debe a que dicha carga es elevada en períodos cercanos a las compras corporativas y se mantiene relativamente baja durante el año, en donde el personal hace frente a procesos de compras urgentes y a negociar contratos con proveedores por consumos menores al previsto.

Es necesario tener en cuenta que el principal problema que acentúa los riesgos propios del modelo de abastecimiento de medicamentos es la metodología utilizada para el cálculo del requerimiento de las compras corporativas. Tomando como ejemplo la compra corporativa del año 2014²⁵, se puede apreciar que la información considerada en el cálculo fue:

- El stock disponible en la Dirección Regional de Salud (DIRESA), al 31 de mayo del 2013
- Entregas pendientes de medicamentos adjudicados en el año 2013
- Consumo promedio mensual de medicamentos en la DIRESA
- Meses de stock de seguridad, a criterio de la DIRESA

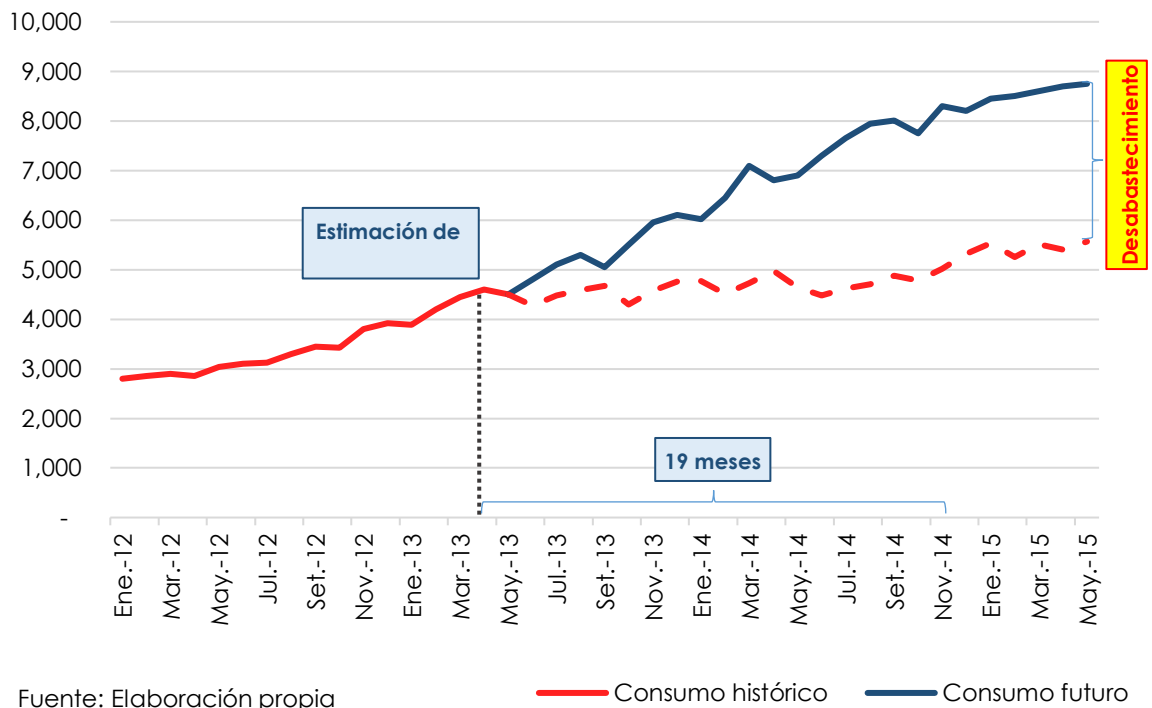
Lamentablemente, calcular la demanda utilizando esta información bajo el método del consumo histórico ajustado conlleva a dos grandes problemas. Por un lado, el cálculo se realiza con la información disponible al mes de mayo del 2013 y el horizonte temporal del pronóstico se extiende hasta el mes de diciembre del 2014. Esto constituye un horizonte temporal de 19 meses, lo cual incrementa la posibilidad de error en el cálculo. Por otro lado, el cálculo del consumo promedio mensual refleja la demanda del pasado, y deja fuera otros factores que afectarán el consumo futuro, como el grado de ampliación de los servicios de salud o la incorporación de nuevos usuarios²⁶.

En el Gráfico N° 10 se puede apreciar conceptualmente que la persistencia de un error en el cálculo de la demanda de medicamentos puede generar una nociva persistencia en el desabastecimiento de medicamentos en las instituciones públicas de salud.

²⁵ Cfr. ARAUJO y FELIX, "La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión", 2014, p-186

²⁶ Cfr. ARAUJO y FELIX, "La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión", 2014, p-186

Gráfico N°10: Error en cálculo de la demanda



c) Pérdida de poder monopólico

La teoría económica permite identificar dos grandes fallas en el mercado de medicamentos que son (i) la asimetría de información y (ii) el poder monopólico.

Por un lado, la asimetría de información en el mercado de medicamentos se genera por la inequidad en la distribución de la información, debido a que los laboratorios tienden a estar mejor informados que los administradores o gestores de las compras de medicamentos. Si bien este problema no está presente en las grandes compras de medicamentos, debido a que los laboratorios compiten vía precio utilizando la Denominación Común Internacional (DCI) de los fármacos, sí está presente en las compras de pequeña escala. Esto se debe a que los médicos pueden tener una preferencia marcada sobre ciertas marcas de medicamentos y/o una aversión por los genéricos, lo cual muchas veces no es ningún comportamiento malintencionado, sino que se basa en un genuino interés por

ofrecer los fármacos más eficaces a sus pacientes sin preocuparse por el costo de los tratamientos²⁷.

Por otro lado, el poder monopólico en el mercado de medicamentos se manifiesta mediante la capacidad que tienen los laboratorios de influir en los precios de los medicamentos. Esta situación es causada por las barreras económicas y legales de nuevos competidores. El primer tipo de barreras es generado por: (i) los altos niveles de inversión en investigación y desarrollo; (ii) la lealtad de los consumidores por ciertas marcas; (iii) las economías de escala por presencia de altos costos fijos; y, (iv) los altos requerimientos de capital. El segundo tipo de barreras es generado por derechos de protección a la propiedad intelectual, como las patentes.

Es necesario dejar en claro que desde la perspectiva económica, la propiedad intelectual existe para incentivar la innovación. Esto se debe a que innovar implica invertir una serie de recursos; como tiempo, esfuerzo y capital. Si bien ignorar la protección legal de nuevos fármacos puede resultar atractivo, fácil y barato, supone un gran riesgo a largo plazo. Esto se debe a que se generarían desincentivos a la inversión para desarrollar nuevos medicamentos, debido a que se impediría a los laboratorios recuperar los costos que han incurrido, desfavoreciendo finalmente a los pacientes por el bajo desarrollo de nuevos fármacos²⁸.

Para poder contrarrestar el poder monopólico que poseen los laboratorios es necesario utilizar el poder monopsónico del Estado, el cual comprendería la demanda de EsSalud y el MINSA, entidades que conforman el 96% del mercado público de medicamentos. No obstante, es difícil aprovechar dicho poder, considerando la actual estructura de compras de medicamentos.

Esto se debe a que **desde el 2015 ambas entidades realizan las compras de bienes estratégicos de manera simultáneamente e independiente**, a través de dos órganos desconcentrados: el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) y la Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos (CEABE). Dichos órganos autónomos realizan funciones similares para el MINSA y para EsSalud, respectivamente, lo que denota una duplicidad de funciones y una descoordinación para la compra de medicamentos destinados a las instituciones públicas, lo cual su vez denota un derroche de recursos públicos.

El Cuadro N° 3 contiene la información disponible de las últimas compras corporativas del sector de salud público. **Se puede apreciar que el descuento**

²⁷ Cfr. SEINFELD y LA SERNA, "Análisis económico de las compras públicas de medicamentos", 2007, p. 45

²⁸ Cfr. SEINFELD y LA SERNA, "Análisis económico de las compras públicas de medicamentos", 2007, p. 46

promedio del precio de los medicamentos en las compras mayores a 50 millones de soles es del 15% respecto a los precios referenciales y el ahorro es del 16% respecto al valor referencial de las operaciones.

Asimismo, se puede apreciar que el sobrepago pagado en la segunda licitación pública del 2006, la cual comprendió un monto menor a 5 millones de soles, fue del 11% respecto a los precios referenciales y el monto pagado fue 10% superior al del valor referencial de dicha operación. Esto evidencia que el aprovechamiento del poder monopólico del Estado permite obtener beneficios económicos en el sector salud, habiendo generado desde el 2006 hasta el ahorro agregado de 200 millones de soles, recursos que pudieron ser utilizados en mejorar la atención de salud en las instituciones públicas.

Cuadro N° 3: Balance económico de compras corporativas

Licitación Pública	Desc. Precio	Val. referencial (soles)	Val. Adjudicado (soles)	Ahorro (soles)	Ahorro %
LP 012-2006-MINSA 1ra.	-13%	170,197,912	149,766,414	20,431,498	12%
LP 012-2006-MINSA 2da.	11%	4,758,695	5,223,219	-464,524	-10%
LP 029-2007-MINSA	-10%	132,005,173	117,364,394	14,640,779	11%
LP 009-2008-MINSA	-18%	63,990,314	50,509,436	13,480,878	21%
LP 029-2008-MINSA	-9%	180,054,865	165,819,875	14,234,990	8%
LP 032-2010-MINSA	-29%	301,886,250	212,827,200	89,059,049	30%
LP 010-2012-DARESMINSA	-13%	58,042,028	45,690,872	12,351,156	21%
LP 012-2012-DARESMINSA	-14%	361,850,538	326,263,306	35,587,232	10%

Fuente: SEACE – OSCE

d) Preferencia por los productores nacionales

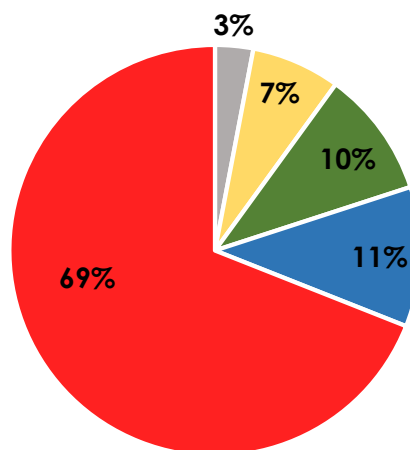
Desde finales de la década de 1990 se aplicaron políticas orientadas a darle un trato preferencial a los productores nacionales. Esto se plasmó en la Ley N° 27143, Ley de Promoción Temporal del Desarrollo Productivo Nacional, publicada el 16 de junio de 1990. En dicha ley se ofrecía por tiempo limitado una bonificación del 10% a los productores nacionales.

El 23 de agosto del 2000, mediante el Decreto de Urgencia N° 064-2000, se incrementó el porcentaje de bonificación al 15% y se extendió la vigencia hasta el 30 de junio del 2001. A continuación, el 16 de enero del 2002, por medio de la Ley 27633, se volvió a incrementar la bonificación al 20% y el plazo la vigencia hasta el 30 de julio del 2005. De igual manera, el 3 de julio de 2004, por medio de la Ley de Contrataciones y Adquisiciones del Estado se eliminó el

límite de vigencia de la bonificación. Finalmente, mediante la modificación de dicha ley y su reglamento, publicado el 2012, **se redujo la bonificación a 10%, pero se cambió el criterio de aplicación de “domicilio nacional” a “domicilio provincial”**.

Esta preferencia por los productores domiciliados en las provincias supone una reducción de la competencia en el mercado de salud. Esta práctica discriminatoria hacia la competencia extranjera y nacional, en un mercado en donde la prioridad debe ser el abastecimiento de las farmacias de las instituciones de salud y no la sostenibilidad de los productores locales vía subsidios, implica el desaprovechamiento de un espacio para presionar los precios de los medicamentos a la baja. Como se puede apreciar en el Gráfico N° 11 **la distribución promedio de participantes por nacionalidad en las compras corporativas al 2013 fue del 69% para productores peruanos.**

Gráfico N° 11: Distribución promedio de participantes por nacionalidad en compras corporativas al 2013



Fuente: DIGEMID
Elaboración: CpR

■ Argentina ■ China ■ India ■ Otros ■ Perú

e) Problemas logísticos

Después de haber adquirido el medicamento, las entidades públicas enfrentan grandes desafíos en relación a la logística de distribución. Según el Consejo Nacional de Salud (2013) el sistema funcional de salud pública tenía graves carencias en infraestructura, equipamiento y prácticas adecuadas en los almacenes regionales. Asimismo, se resaltó la falta de una red de almacenamiento y distribución, lo cual termina por afectar la calidad de los

medicamentos y su distribución oportuna²⁹. Según la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) en el año 2012 solo el almacén especializado de la Dirección de Abastecimiento de Recursos Estratégicos (DARES) contaba con certificación de buenas prácticas³⁰.

Además, **es necesario considerar que MINSA y EsSalud cuentan con 162 y 34 puntos de entrega de medicamentos, respectivamente. Esto implica un sobrecosto por distribución que se debe asumir**, siendo mayor en el caso del MINSA, debido a la inexistencia de una red integrada de logística de medicamentos. Cabe resaltar **que los costos logísticos en el Perú representan en promedio un costo sobre el valor del producto del 34%, superior a la media de América Latina que es del 24%**³¹, ineficiencia que agrava la situación de desabastecimiento de medicamentos en el Perú.

²⁹ Cfr. ARAUJO y FELIX, "La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión", 2014, p-184

³⁰ DIGEMID, Certificado N° 183-12 de Buenas Prácticas de Almacenamiento.

³¹ Cfr. BID y MTC, "Plan de Desarrollo de los Servicios de Logística de Transporte", 2011, p-397

4. Conclusiones y recomendaciones

En los últimos años se ha detectado una situación de desabastecimiento de medicamentos e insumos médicos, lo cual ha sido reportado por la Defensoría del Pueblo en reiteradas ocasiones (2009, 2011a, 2012a, 2012b y 2016a) indicando que los períodos de desabastecimiento, en algunos casos, superó los tres meses³². Asimismo, es necesario tener en cuenta que para la mayoría de instituciones, el presupuesto no es un impedimento para la adquisición de medicamentos e insumos médicos³³, debiéndose por el contrario a problemas en relación a los procesos de programación, adquisición y distribución. Por ello, al ser el abastecimiento una cadena de procesos, las ineficiencias en cada tarea se acumulan y se reflejan en los resultados finales³⁴.

Desde Contribuyentes por Respeto se recomienda aplicar las siguientes medidas para mitigar los diversos problemas en el sistema administrativo de abastecimiento de medicamentos:

- a) Incluir en el Listado de Bienes Comunes las fichas técnicas de los medicamentos más consumidos, con la finalidad de que las grandes compras puedan realizarse vía subasta inversa en lugar de licitación pública.
- b) Reformular el modelo de estimación de demanda, abandonando el enfoque del consumo histórico ajustado e incluyendo otros factores relevantes, como el grado de ampliación anual de los servicios de salud, la incorporación de nuevos usuarios, etc.
- c) Permitir que el CENARES y CEABE actúen como uno solo para las compras corporativas, manteniendo siempre su autonomía ante situaciones excepcionales de emergencia, considerando las características especiales de sus instituciones prestadoras de servicios de salud.
- d) Fomentar la competencia entre productores de medicamentos, eliminando la bonificación a productores nacionales.

³² Cfr. ARAUJO y FELIX, "La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión", 2014, p-182

³³ Cfr. LLAMOZA y BELLIDO, "Mapeo del sistema de compras públicas de productos farmacéuticos e insumos médicos quirúrgicos", 2010, p-44

³⁴ Cfr. ARAUJO y FELIX, "La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión", 2014, p-182

- e) Desarrollar una red de almacenes de medicamentos, tanto para EsSalud como para el MINSA, con la finalidad de mejorar los procesos logísticos y reducir los costos de distribución.

- f) Desarrollar un programa presupuestal de adquisición de medicamentos e insumos médicos basada en la estrategia de presupuesto por resultados, con la finalidad de mejorar la eficiencia y eficacia del gasto público en medicamentos, vinculando los recursos asignados, los productos adquiridos y los resultados obtenidos. Actualmente existen nueve programas presupuestales en el sector salud, pero ninguno de ellos se vincula directamente a la compra de medicamentos.

Bibliografía

ARAUJO, José Félix. 2014. La Gestión de Abastecimiento de Medicamentos en el Sector Público Peruano: Nuevos Modelos de Gestión. Lima.

BANCO INTERAMERICANO DE DESARROLLO y MINISTERIO DE TRANSPORTES Y COMUNICACIONES. 2011. Plan de Desarrollo de los Servicios de Logística de Transporte. Lima.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. 2016. Los servicios de emergencia en los establecimientos de salud públicos y el acceso a medicamentos esenciales. Lima.

ESSALUD. 2016. Central de Abastecimiento de Bienes Estratégicos – CEABE. Lima.

GAYOSO, Alberto. 2008. Acceso a medicamentos, un derecho humano: Compra centralizada y subasta inversa. Lima.

LLAMOZA, Javier y BELLIDO, Elizabeth. 2010. Mapeo del sistema de compras públicas de productos farmacéuticos e insumos médicos quirúrgicos. Lima.

OMS. 2004. Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva. Ginebra.

SEINFELD, Janice y LA SERNA, Karlos. 2007. Análisis económico de las compras públicas de medicamentos. Lima.