

Un análisis al monopolio del mercado farmacéutico en Perú

An analysis of the pharmaceutical market monopoly in Peru

Víctor Fernando Burgos Zavaleta ¹

Mariana Lucía Burgos Jaeger ²

6

Resumen: En el presente artículo se analiza el monopolio del mercado farmacéutico que se despliega en Perú y las afectaciones que ha desencadenado, en busca de darle una explicación y comprender su dimensión desde la perspectiva bioética.

Palabras clave: Monopolio; mercado farmacéutico; bioética.

Abstract: In this article, we analyze the pharmaceutical market monopoly unfolding in Peru and the impacts it has triggered, with the aim of providing an explanation and understanding its dimension from a bioethical perspective.

Keywords: Monopoly; pharmaceutical market; bioethics.

Estructura: Introducción; 1. Un retorno a la historia; 2. Las causas más próximas: la liberalización mercantil y las reformas del sector salud en los años 90; 2. 1. Desde el Estado; 2.2. Para el sector privado; 3. Manifestaciones de la actual problemática del mercado farmacéutico; 3.1. Un progresivo aumento de precios; 3.2. Una comparación internacional; 3.3. Una colusión; 3.4. Una compra; 3.5. Un proyecto de ley; Cierres y conclusiones; Referencias bibliográficas.

Introducción

¹ Doctorando en Economía de la Escuela de Posgrado de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Correo: vburgosz@unmsm.edu.pe

² Maestranda del Programa de Posgrado en Sociología y Derecho de la Universidad Federal Fluminense. Correo: mjaeger@id.uff.br

Recebido em: 22/09/2023

Aprovado em: 26/10/2023

Sistema de Avaliação: *Double Blind Review*



El mercado farmacéutico trata con productos que pueden ser vitales para la salud y la recuperación de personas enfermas, por ello se presta especial atención a los indicios de vicios en su funcionamiento. En el Perú las distorsiones de este mercado han sido evidenciadas particularmente desde la liberalización económica de los años 90, cuando el sector farmacéutico quedó a expensas del libre juego de la oferta y demanda; y se han agravado en los últimos 5 años, después del surgimiento de una concentración monopólica que hoy obtiene ventajas con la mayor parte de los gastos en salud que asume la población personalmente.

En este contexto, este artículo se propone analizar cómo esta situación surgió, cómo se sostiene y qué consecuencias viene trayendo. Para ello se plantea en primer lugar, una descripción de la situación problemática a partir del contexto que le antecede y después tratar sobre sus actuales manifestaciones y los factores que contribuyen en su manutención.

1. Un retorno a la historia

Para garantizar a la población el acceso a medicamentos esenciales el Estado peruano ha implementado, a lo largo varios periodos de su reciente historia, programas que permitían la reducción de sus precios en marco de los servicios públicos de salud.

La misma denominación, de “medicamentos esenciales”, fue empleada por primera vez por el Estado cuando en 1959 restringió para sí mismo la distribución de “20 medicamentos indispensables para atender las patologías de mayor prevalencia en los servicios de salud del sector público” (MINSa, 1996, p. 5). El precio de estos medicamentos era un tercio del valor de los medicamentos “de marca” y su producción era directamente entregada de los “laboratorios farmacéuticos a los puestos de salud y hospitales cada tres meses. En 1962, se creó el Programa de Medicinas Sociales, con el que se ofreció a la población 69 medicamentos por la mitad de su precio de mercado”. (PHANG ROMERO, 2002, p. 1122-1123) (MINSa, 2007, p. 28)

Posteriormente, con la entrada del gobierno militar del general Juan Velasco de 1968, “se adoptaron medidas de mayor envergadura en salud. En 1969, se convocó una licitación pública para abastecer 153 productos genéricos en la red nacional” (MINSa, 1996, p. 5) del Ministerio de Salud (en adelante MINSa) y, “en 1971, se estableció el Programa de Medicamentos Básicos, compuesto por 200 medicamentos cuya distribución era obligatoria en todas las dependencias del sector público: MINSa, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sanidad de las Fuerzas Armadas

y Policiales” (MINSA, 1996, p. 5). A partir de la licitación, los laboratorios que abastecían tenían derecho exclusivo para la producción, y ventajas como la “exoneración de los derechos de importación de insumos e impuestos al valor agregado. El MINSA hacía la adquisición de los medicamentos en forma centralizada y permitía la reducción del precio al consumidor en un 50%.” (PHANG ROMERO, 2002, p. 1123).

En 1975 durante la segunda etapa del régimen militar, y al mismo tiempo que comenzaba la crisis económica, comenzó a producirse un deterioro del programa. Las devaluaciones y la falta de divisas llevaron a una interrupción en la importación de materias primas, lo que llevó a las empresas farmacéuticas a dar prioridad al uso de los recursos limitados en la fabricación de productos de marca, lo que resultó en una grave escasez de medicamentos en el sistema público de salud. En 1976, se suspendieron las actividades de control de calidad del Ministerio de Salud, lo que aumentó la incertidumbre y las preocupaciones de la población (PHANG ROMERO, 2002, p. 1123).

En el lapso comprendido entre 1980 y 1985, el gobierno liderado por Acción Popular (AP), un partido político con inclinaciones liberal-moderadas, optó por discontinuar el Programa de Medicamentos Básicos, justificándolo como "anticuado e irrazonable". Asimismo, redujo la participación gubernamental en el ámbito farmacéutico a una regulación de precios bastante limitada, que posteriormente se debilitó debido a la presión de la crisis económica. No obstante, en respuesta a la presión de la población que demandaba la satisfacción de sus necesidades básicas, el gobierno creó el “Programa de Medicamentos Esenciales”, que, sin embargo, por la insuficiencia de recursos financieros, no logró mantener una distribución constante de medicamentos. Y es que, frente a la crisis económica de los 80, prevalecía la estrategia de reducir el déficit fiscal en diferentes programas de ajuste económico, entre los que destacó la reducción del gasto social (PHANG ROMERO, 2002, p. 1122-1124).

Esta crisis económica alcanzó en el siguiente periodo gubernamental su peor expresión con la hiperinflación más prolongada de la historia del Perú. Desde 1985 hasta 1990, el gobierno del partido Alianza Popular Revolucionaria Americana (APRA) intentó superar el anterior fracaso en el sector salud, “creando el Programa de Medicamentos Básicos y Esenciales. Este programa establecía que 68 medicamentos debían ser distribuidos a través del sector público de salud y se apoyaba en el Fondo Nacional de Medicamentos, establecido en 1986, para financiar su

adquisición” (MINSA, 1996, p. 5). No obstante, este Fondo se estableció sin una asignación presupuestaria inicial del tesoro público (PHANG ROMERO, 2002, p. 1124), y se encontró atrapado en el mismo ciclo pernicioso que desencadenó la emisión inorgánica de dinero por parte del Banco Central.

En busca de superar el déficit fiscal el gobierno interfirió en la labor del Banco Central y le ordenó la impresión masiva de dinero. Así se desencadenó la hiperinflación que llegó a superar la tasa de 7,000% en 1990, ocasionando devastadores impactos en la economía nacional y en la vida de la población. Entre 1987 y 1992, la producción nacional disminuyó un 23,5%, y la producción per cápita se redujo en un 28,9%, exacerbando aún más los niveles de pobreza que ya existían. El número de personas en situación de pobreza “aumentó de 7,5 millones a 12 millones entre 1986 y 1991, y el gasto social cayó del 5% del Producto Bruto Interno (PBI) en 1985 a tan solo el 2% en 1990” (PHANG ROMERO, 2002, p. 1122).

2. Las causas más próximas: la liberalización mercantil y las reformas del sector salud en los años 90

Es en este escenario que se presentan dos de las causas más próximas de nuestra problemática: la liberalización mercantil y las reformas del sector salud en los años 90.

Desde 1990 hasta el año 2000, el Perú estuvo bajo el liderazgo del ex-presidente, actual presidiario, Alberto Fujimori, bajo cuyo mando se implementaron una serie de reformas económicas y políticas alineadas al modelo económico del gobierno admitidamente neoliberal. Estas abrieron la economía peruana a la competencia y al comercio internacional, redujeron la intervención estatal en la economía y promovieron la inversión extranjera. Un aspecto que destaca de esta liberalización del mercado es la desregulación. Se redujeron las regulaciones gubernamentales en los mercados, en aras de una mayor competencia y flexibilidad en la economía. Sin embargo, obsérvese más a fondo en qué contexto se encontraba el sector salud del Estado cuando se dio esta liberalización.

2.1. Desde el Estado

En este periodo de tiempo el área de la salud pasó por una serie de cambios parciales y progresivos a los que Carmen Phang Romero llama la “Reforma del Sector Salud”. Estos dirigieron

a el sector a una descentralización que tenía como referencia “la propuesta de Sistemas Locales de Salud (SILOS) de la Organización Panamericana de la Salud” (MINSA, 1996, p. 5).

Por un lado, se descentralizó estructuralmente la administración del Ministerio de Salud. Se generó una mayor autonomía de sus órganos de dirección, entre estos, de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (en adelante DIGEMID), órgano de enfoque técnico y normativo entre cuyas tareas se encuentra el registro de medicamentos y la supervisión de la producción, distribución y dispensación de estos. Al también liberar a las Subregiones de Salud para que creen su propio organigrama estructural, estas en su mayoría, incorporaron el área de medicamentos anexada a otras direcciones locales, lo que limitó el rol de la DIGEMID a nivel nacional. (PHANG ROMERO, 2002, p. 1127).

Por otro lado, entre los años 1993 y 1994, cuando se comenzó a superar la crisis financiera y a controlar la inflación, se promovió la idea de modernizar la gestión del sector. Y a partir de propuestas orientadas a transferir responsabilidades a los usuarios “en la administración de servicios surgieron los Programas de Administración Compartida (PAC) y en 1994 el PACFARM” (MINSA, 1996, p. 11-12), Programa de Administración Compartida de Farmacias. Este programa se centró en la atención primaria de salud y se implementó en colaboración con “las Subregiones de Salud mediante la distribución de 63 ítems esenciales, entre medicamentos y material médico, a los centros y puestos públicos de salud” (MINSA, 1996, p. 11-12). Una vez que los Almacenes de Medicamentos eran dotados con un stock de reserva, quedaban responsables por su gestión, distribución y suministro oportuno. Pues “los centros y puestos de salud, tenían autonomía en la administración de recursos y responsabilidades descentralizadas en la toma de decisiones, con el propósito de que se aplicaran criterios apropiados a las realidades locales respectivas” (PHANG ROMERO, 2002, p. 1125).

Este sistema enfrentó una serie de desafíos significativos entre los que se destacan los siguientes: el uso discrecional del presupuesto asignado para medicamentos, con desviaciones hacia otros gastos, sin respetar la integridad “del fondo de medicamentos; decisiones de compra de medicamentos a cargo de personal de logística o contabilidad, sin tomar en cuenta el criterio técnico de un profesional cualificado o, en muchos casos, sin considerar las solicitudes” (MINSA, 1996, p. 11-12) provenientes de los servicios de salud; limitada disponibilidad de medicamentos en el mercado local y precios elevados debido a la capacidad de negociación reducida, resultante de

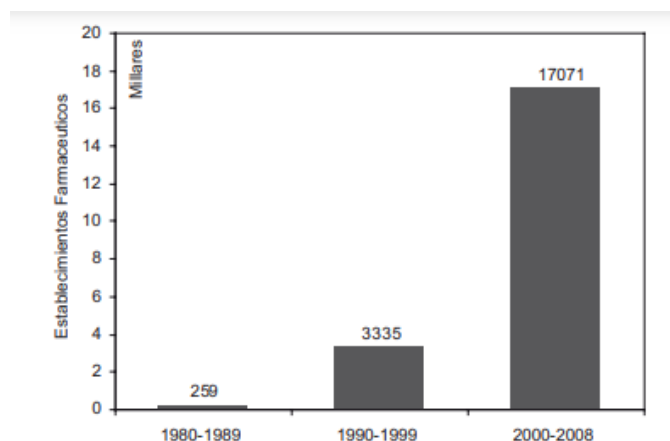
volúmenes de compra relativamente pequeños; falta de capacitación en el personal médico para realizar una selección adecuada de medicamentos y carencia de cualificaciones en el personal para gestionar los servicios farmacéuticos; y, un retorno bajo de la inversión “en la compra de medicamentos, debido a pérdidas por negligencia, robos, exoneraciones indiscriminadas y falta de control en los servicios de salud” (PHANG ROMERO, 2002, p. 1125).

2.2. Para el sector privado

11

Entretanto y adicionalmente se implementaron medidas orientadas a la libre competencia en el sector farmacéutico privado.

En 1990, se promulgó el Decreto Supremo 016-90-SA, una norma que simplificaba el proceso de “apertura de farmacias privadas con el objetivo de reducir los precios de los medicamentos y el material quirúrgico” (MINSA, 1996, p. 11-12). Con este decreto, como vemos en el grafico siguiente, se abrieron una gran cantidad de establecimientos farmacéuticos. De 259 establecimientos abiertos hasta 1989, la cifra pasó a 3335 para 1999, y a 17071 hasta el 2008.



Fuente:
(DONGO
ZEGARRA,
2009, p. 522)

Figura 3. Apertura de establecimientos farmacéuticos en el Perú 1980-2008.

Fuente: DIGEMID, Sistema Nacional de Información de Medicamentos.

Después de adoptada esta medida en 1990, se evidenció que “el valor total de las ventas experimentó un crecimiento constante y prácticamente se duplicó entre 1991 y 1996, sin embargo, la tendencia en el consumo fue a la baja, con aumentos solo en 1994 y 1995” (PHANG ROMERO, 2002, p. 1127), lo que se vincula, como veremos más adelante, con el hecho de que el precio

promedio unitario de los medicamentos aumentó de manera constante, es decir, que esta facilidad no consiguió el objetivo de, con mayor cantidad de ofertantes, reducir los precios.

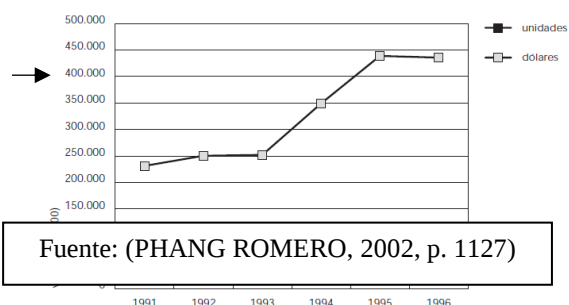
Tabela 1.1: Evolução do Mercado Farmacêutico Peruano, 1991-1996

Ano	Unidades *	Dólares US \$	Nuevos Soles S/.	Valor Unitário US \$	Valor Unitário N.Soles	Tipo de Câmbio US\$
1991	92.897.900	231.281.000	171.147.940	2,490	1,842	0,74
1992	88.482.162	250.337.674	408.050.409	2,829	4,612	1,63
1993**	87.793.700	251.950.000	541.692.500	2,870	6,170	2,15
1994	94.684.900	349.039.000	764.395.410	3,686	8,073	2,19
1995	99.485.797	438.692.495	988.168.251	4,410	9,933	2,25
1996	89.398.200	435.529.000	1.110.598.950	4,872	12,423	2,55

Fonte: Intercontinental Marketing Services - Suíça. Mercado Farmacêutico Perú.
(*) Unidades : Embalagem de uma especialidade farmacêutica independente de tamanho e dose.
(**) Dados correspondentes a Agosto de 1993.

Evolución del mercado farmacéutico Peruano (1991-1996).

Ventas en el sector privado.



En el mismo año 1990, mediante la Resolución Ministerial 930/90, se creó “la Comisión para la elaboración del Formulario Nacional de Medicamentos” (MINSA, 1996, p. 11-12)., encargada de identificar y señalar qué medicamentos esenciales debían estar disponibles y ser utilizados en el sistema de salud. No obstante, en el marco de la reforma del Estado para promover la liberalización de la economía, y como lo establecía el Decreto Ley 688/91, desregular el mercado y fomentar la libre competencia, se promulgó el Decreto Ley 25596/92 que simplificó considerablemente el proceso administrativo para el registro de productos farmacéuticos, lo que, como resultado, invalidó el trabajo de depuración del registro sanitario, que se encontraba en una etapa avanzada a cargo de “la Comisión de Formulario, y facilitó la comercialización de una amplia variedad de productos farmacéuticos, cuyo número aumentó de manera significativa, incluso años después de la promulgación de la normativa, como vemos en el cuadro a continuación” (MINSA, 1996, p. 11-12).

Nuevos registros de medicamentos. Perú, 1990-1995.

Año	Especialidades farmacéuticas	Medicamentos genéricos	Programas Medicamentos Esenciales	
			Genéricos	De marca
1990	73	90		
1991	200	806		
1992	849	496		
1993	1.247	478	143	27
1994	988	291		
1995*	1.287	642		

Fuente: (PHANG ROMERO, 2002, p. 1128)

Fuente: Dirección Ejecutiva de Registros y Normas, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, Ministerio de Salud, Perú.

* Agosto 1995.

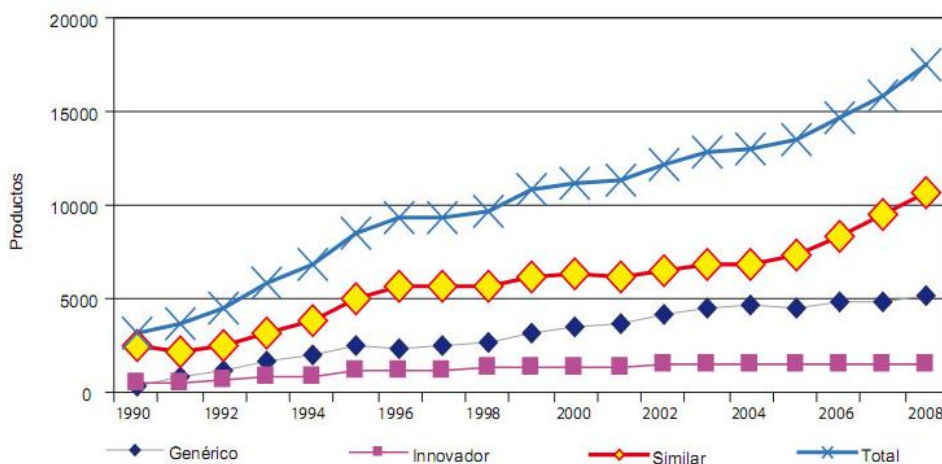
13

Finalmente, en 1997 se promulgó la Ley General de Salud, Ley 26842. Esta ley abordó un capítulo relacionado a los Productos Farmacéuticos y Recursos Terapéuticos Naturales, en el que se reafirmaron las regulaciones ya existentes y se introdujeron nuevas vinculadas a la publicidad, la farmacovigilancia, la garantía de calidad e importación de medicamentos. Entre estas novedades se estableció en el artículo 50 que el proceso de selección y registro de medicamentos se simplificaría a tal punto que la inscripción de productos farmacéuticos en el Registro Sanitario (RS) sería automática.

La aprobación se concedía mediante “una declaración jurada que afirmaba la calidad, seguridad y eficacia del producto. Mientras, en el caso de productos importados se requería un certificado de libre venta otorgado por la entidad sanitaria de cualquier país” (DONGO, 2009, p. 519). En términos simples, esto implicaba un proceso de registro basado en referencias, lo que permitía que los productos se registraran “en el país sin ser sometidos a una evaluación de su eficacia y seguridad” (DONGO, 2009, p. 519), y sin establecer condiciones para evaluar su calidad. Este artículo 50 solo sería reformado en noviembre de 2009.

Así, las cifras de productos registrados siguieron elevándose, con lo que se puede ver que, en suma, durante el período de 1990 a 2008 se inscribieron un total de 17,442 medicamentos, entre los cuales un 8.8% (1535) eran “productos innovadores”, 61.4% (10,722), eran productos similares a marcas establecidas, y un 29.7% (5185) eran productos genéricos. De todos los medicamentos registrados, un 48.6% (8482) provenía de fuentes extranjeras, mientras que un 51.4% (8960) de producción nacional. (DONGO, 2009, p. 518)

Estas cifras las vemos graficadas por intervalos de dos años en el siguiente cuadro que va de 1990 a 2008 mostrando que entre 1992 y 1998 aumentó en más del doble el total de medicamentos registrados, y entre 1992 y 2006 en más del triple.



Fuente:
(DONGO
ZEGARRA,
2009, p. 518)

14

Figura 1. Evolución del registro sanitario de medicamentos, Perú, 1990-2008.

Fuente: DIGEMID, Sistema Nacional de Información de Medicamentos.

Esto resultó en una contradicción, pues, a pesar de que la reforma se centraba en la racionalización, eficiencia y promoción de acciones costo-efectivas, esta flexibilización en el sector farmacéutico debilitó el papel del Estado para corregir las distorsiones que surgieron debido a la oferta desproporcionada en comparación con las necesidades reales de la población. Si bien se reguló que los médicos del sector público tuvieran la obligatoriedad de prescribir medicamentos utilizando la “Denominación Común Internacional (DCI), es decir, el nombre genérico, y se promovió la sustitución de productos farmacéuticos por alternativas equivalentes en las farmacias y boticas a través del Decreto Supremo 020/90” (PHANG ROMERO, 2002, p. 1128-1129), el aumento exacerbado de laboratorios, farmacéuticas y nuevos medicamentos, hizo inmanejable la supervisión de este rol en los médicos.

Un estudio llevado a cabo “en 1996 (MINSA, 1997) en los establecimientos del sector público reveló que solo el 45,6% de los medicamentos se prescribía utilizando la DCI” (OPS, 1998). Situación no solo se mantuvo, sino, como se vería posteriormente en un estudio comparativo entre Perú, Chile y Colombia llevado a cabo el 2008, en el país se encontró la menor “participación del medicamento genérico en el mercado, y uno de los consumos más bajos en la región, lo que se vio explicado por su reducida oferta y demanda, la mala percepción que en el país se tiene sobre

su calidad” (ARAVENA, CALERO, *et al.*, 2008, p. 140) y posibilidad de intercambiabilidad real con los medicamentos de marca.

Asimismo, y, por otro lado, esta facilidad en el registro de medicamentos no exhortados a una comprobación de su calidad, trae consigo el alto riesgo de permitir la incorporación de medicamentos ilegales en el comercio. Esto tiene una mayor probabilidad de ocurrir en un mercado con gran cantidad de medicamentos de alto costo, pues aquellos ilegales se presentan como una oportunidad para la población más pobre (MORRIS J, 2006). Y, como apunta (DONGO, 2009), “la OMS hace referencia sobre la magnitud del problema, aunque es difícil obtener cifras precisas, se calcula que los medicamentos falsificados representan más de 10% del mercado farmacéutico mundial. Si bien esta práctica existe en todas las regiones, en los países en desarrollo se estima que 25% de los medicamentos que se consumen son falsificados”.

3. Manifestaciones de la actual problemática del mercado farmacéutico

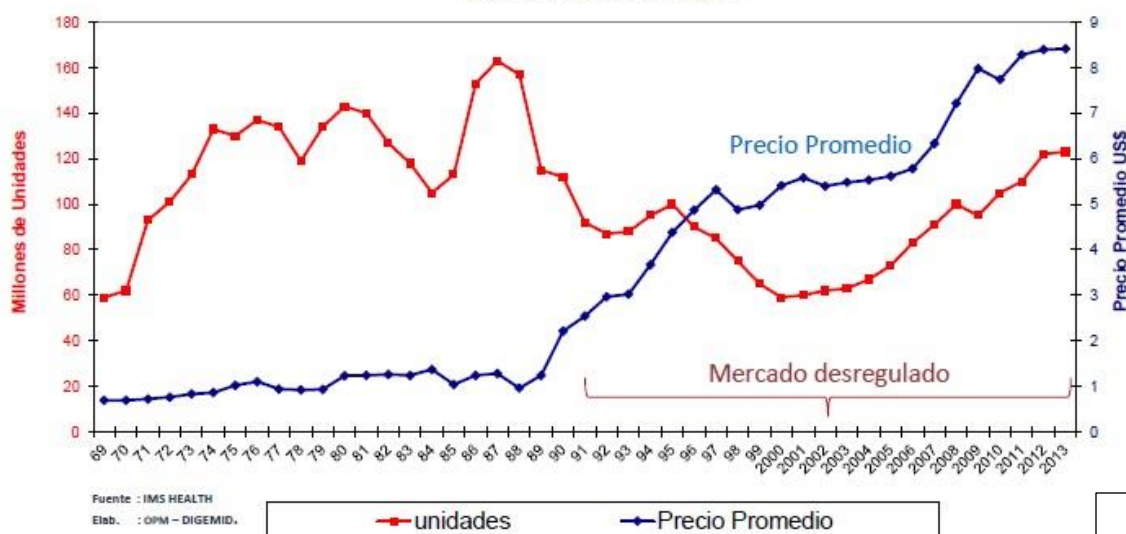
Las señales preocupantes del mercado farmacéutico de hoy tienen características particulares. Entre estas, resaltamos cinco que llamamos “manifestaciones” de la actual problemática: un progresivo aumento de precios, una comparación internacional, una colusión, una compra y un proyecto de ley.

3.1. Un progresivo aumento de precios

Una presentación hecha por la DIGEMID en 2017 reveló que visualizando el periodo de tiempo entre 1969 y 2013 los precios de los medicamentos se han incrementado de forma progresiva y drástica desde el año 1990 en el periodo que llama de “mercado desregulado”. (VÁSQUEZ, 2017, p. 21)

MERCADO FARMACÉUTICO PERUANO 1969-2013

Unidades vs. Precio Promedio



Fuente:
(VÁSQUEZ,
2017, p. 21)

Este movimiento de alza de precios, no se detuvo o estabilizó con el fin del gobierno de los 90, sino que se ha seguido incrementando, y por un periodo considerable, desde 1995 al 2000, significó una continua reducción del número de medicamentos adquiridos por parte de la población, a mayores precios.

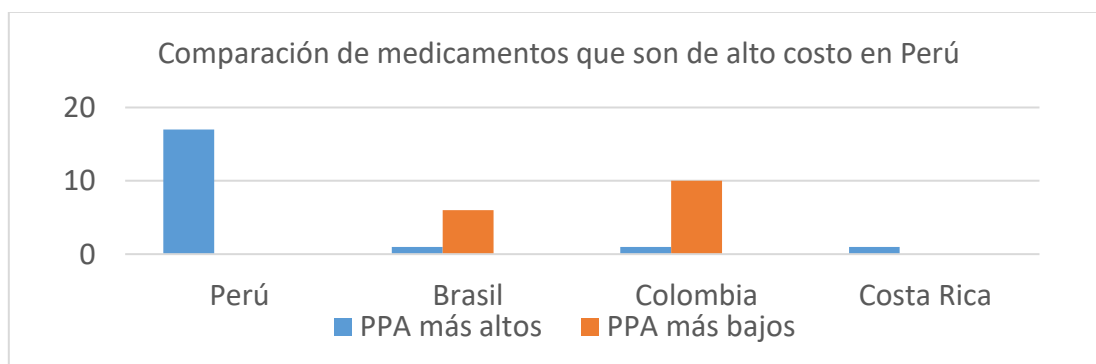
Si tomamos como referencia el año 1990 con el precio 1, vemos que en el año 1992 este excedió el doble, es decir, se subió a más de 2, el año 1994 llegó a 3, el año 1996 a más de 4, el año 98 a más de 5, que se mantuvo entre 1998 y el 2007 un alza leve y nuevamente comenzó a incrementarse entre después del 2007 llegando el 2009 a ser 8 veces el precio, y que en adelante hacia el 2013 la tendencia sigue en aumento.

3.2. Una comparación internacional

En la misma presentación de la DIGEMID hecha en 2017 se mostró una comparación hecha en 2014 de los precios de 20 medicamentos de alto costo en Perú con precios de referencia internacional. El estudio consideró a Perú, Colombia, Brasil y Costa Rica, y terminó demostrando que el Perú cuenta con el mayor número de estos medicamentos con la Paridad de Poder Adquisitivo (PPA) más alta. (VÁSQUEZ, 2017, p. 23)

Los medicamentos que se consideraron representaban el 2014 el mayor gasto en el sistema sanitario público peruano y contaban solo con un ofertante en el mercado, con muy baja sustitución y una demanda inelástica, es decir, que sus ventas variaban proporcionalmente menos que la variación de sus precios. Y además, varios de estos medicamentos estaban protegidos por derechos de propiedad intelectual, lo que los hacía temporalmente exclusivos.

Se identificó que de los 20 medicamentos de alto costo evaluados: en el Perú 17 tenían los precios de PPA más altos, y en Brasil, Colombia y Costa Rica solo 1 de estos tenía el precio de PPA más alto. Mientras, y, en contraste, en Colombia 10 de estos productos presentaba los precios de PPA más bajos, y en Brasil 6 de estos también presentaba los precios de PPA más bajos, como graficamos a continuación.



* Tabla de elaboración propia

3.3. Una colusión

“El Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (en adelante INDECOPI), sancionó en el 2016 a cinco cadenas de farmacias por concertar precios de medicamentos y complementos nutricionales” (INDECOPI, 2016, p. 1), lo que constituyó “prácticas colusorias horizontales en la modalidad de fijación concertada de precios

de venta al público, a nivel nacional”. “Esta conducta está contemplada en el artículo 11.2 de la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas” (INDECOPI, 2016, p. 1).

Las farmacias y sus respectivas empresas eran: “Arcángel (de Albis S.A.), Fasa (de Farmacias Peruanas S.A.), Inkafarma (de Eckerd Perú S.A.), Mifarma (de Mifarma S.A.) y Felicidad (de Nortfarma S.A.C.). La sanción fue de un total de 2 274,46 unidades impositivas tributarias” (UIT en adelante)³ (INDECOPI, 2016, p. 1), equivalentes a más de 2 millones de dólares (8 984 123 soles que tenían un valor igual a 2 641 992 dólares).

“Las cinco cadenas de farmacias habían coordinado para incrementar los precios de 36 productos farmacéuticos de diferentes marcas en fechas específicas desde enero de 2008 a marzo de 2009” (INDECOPI, 2016, p. 1). Indecopi justificó el impacto negativo que tuvo esta colusión en los consumidores, considerando que, “en el período investigado, el 88% del gasto de los peruanos en medicamentos fue realizado en farmacias o boticas privadas, mientras que el 12% restante lo hizo en entidades públicas como el MINSA o EsSalud y en clínicas privadas”; y que, “en ese mismo período, las cinco cadenas de farmacias representaron el 72% de la venta de productos farmacéuticos.”

El cártel fue descubierto a través de la vigilancia de los costos del mercado y las investigaciones realizadas en las sedes de las cadenas de farmacias y sus abastecedores. Estas medidas permitieron a la Secretaría Técnica de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia obtener registros y comunicaciones electrónicas que detallaban las estrategias coordinadas para elevar los precios de 36 productos.

3.4. Una compra

En enero de 2018 el grupo empresarial Intercorp, “conglomerado de empresas multinacionales de origen peruano dirigido por el empresario Carlos Rodríguez Pastor Persivale” (Fusión de farmacias puede perjudicar a los usuarios, 2018), compró, a través de una de sus empresas, Intercorp Retail, ya entonces dueña de la cadena de Boticas “InkaFarma”, el total de las

³ La Unidad Impositiva Tributaria (UIT) es una cifra en moneda nacional fijada por el gobierno peruano para la evaluación de impuestos, sanciones, multas y otros asuntos relacionados con la fiscalidad. Se indican en términos numéricos, por ejemplo, 5 UIT, o en forma de porcentaje, como el 20% de la UIT. Su valor varía anualmente debido a decisiones gubernamentales y económicas con el fin de ajustarla a la inflación y mantener su poder adquisitivo. Puede encontrarse su valor actual en el sitio web: <https://www.gob.pe/435-valor-de-la-uit>. Accesado el 10-08-2023.

acciones de Quicorp S.A., que en ese momento tenía bajo su propiedad a Mifarma, Boticas Fasa, Boticas Arcángel, Boticas BTL, Medicentro Arcángel y Policlínico Arcángel, siendo estas últimas cinco ya no existentes.

Intercop Retail reportó el 26 de enero mediante una carta a la Superintendencia del Mercado de Valores que esta transacción se completó a un costo de 583 millones de dólares (ARÉVALO FLORES, 2018). De esta forma Intercop pasó a contar “con el 95% de la participación en el mercado de las cadenas de farmacia en el Perú” (Fusión de farmacias puede perjudicar a los usuarios, 2018) y, cabe destacar que como divulgó un artículo del diario La República (Nuevo monopolio en el sector farmacéutico en un Perú que no tiene ley, 2018) esta concentración surgió “solo un día después de que el congresista Jorge del Castillo presentara el anteproyecto de ley para regular las concentraciones y fusiones empresariales”.

Este hecho llamó bastante la atención de los medios de comunicación y de políticos que se pronunciaron, sin embargo, al carecerse de una ley antimonopolio, aun con un anteproyecto de ley en marcha en el Congreso, legalmente solo se podían pensar impedir futuras operaciones financieras de este tipo, no la ya formada.

3.5. Un proyecto de ley

En junio de 2018 el partido político Fuerza Popular⁴ aprobó desde la Comisión de Defensa del Consumidor del Congreso el dictamen de un proyecto de ley que, de haberse aprobando, habría reducido las multas de las sanciones existentes en la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas.

Se pretendió alterar el artículo 43 de esta ley que establece el tope de la máxima multa. Este indica que cuando una empresa comete una infracción muy grave, se le imponen multas superiores a 1,000 UIT, siempre y cuando esta cifra no supere el 12% de las ventas o ingresos brutos de la empresa o de su grupo económico. Sin embargo, la nueva propuesta sugería que estas multas sean mayores a 1,500 UIT, pero que el límite fuese 15% de los ingresos generados por el

⁴ En el Perú ha habido dos partidos políticos oficialmente fujimoristas en el Congreso de la República: Cambio 90 y Fuerza Popular. Cambio 90 fue el partido fundado por Alberto Fujimori. Después de la caída de su régimen, su hija Keiko Fujimori fundó el partido Fuerza Popular.

producto o servicio en cuestión, en lugar de considerar los ingresos totales de la empresa o el grupo económico.

En una nota periodística (Congreso pretende bajar multas a empresas que realicen concertación de precios, 2018) el diario Gestión comunicó que el presidente de la Comisión de Defensa del Consumidor, Miguel Castro, argumentó que se buscaba sancionar específicamente la línea de productos o servicios que incurrió en la infracción porque así se evitaría que las sanciones afecten gravemente a la empresa en su conjunto. Mientras que, por otro lado, Jesús Espinoza, exsecretario técnico de la Comisión de Libre Competencia de Indecopi, expresó su preocupación indicando que la propuesta otorgaba un trato demasiado favorable a las empresas, lo que iba en contra de las prácticas de otros países, incluyendo a los miembros de la OCDE (Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico), que aplican sanciones más altas sobre los beneficios que las empresas obtienen de prácticas anticompetitivas.

Cierres y conclusiones

Si bien este proyecto de ley no prosperó y sino, por el contrario, el 2021 finalmente se aprobó la denominada ley antimonopolio (Ley 31112), lo cierto es que desde que la Constitución Política del Perú de 1993, estableció en el artículo 61 que el “Estado facilita y vigila la libre competencia. Combate toda práctica que la limite y el abuso de posiciones dominantes o monopólicas. Ninguna ley ni concertación puede autorizar ni establecer monopolios”, en la realidad cada uno de estos puntos se vio superado por otra forma de accionar de los gobiernos y funcionarios a cargo.

Los modelos económicos, las políticas públicas, las normas en esta materia, y las decisiones tomadas por privados han desarticulado las capacidades de respuestas en materia de salud y medicación no solo de parte del Estado, sino sobre todo de la población; y aunque no se puede vincular esta apariencia del mercado farmacéutico directamente con uno de “los mayores pesares que ha pasado el país en los recientes años, cuando se registró la mayor cantidad de muertes por COVID-19 por millón de habitantes del mundo” (VILLARÁN, LÓPEZ, *et al.*, 2021), lo cierto es que su compostura y actuación hacen una parte constituyente y constituida de este cuadro a

asumir: el Perú es un país con una situación de salud grave y las raíces de ese problema se remontan a un pasado aún problemático y no afrontado directa y rotundamente.

¿Qué queda por hacer? Con la nueva norma solo cambia la situación para las empresas que desde diciembre de 2021 necesitan de la autorización de Indecopi para fusionarse, mas el mercado de distribución de productos farmacéuticos ya se encuentra monopolizado.

Una propuesta en la que pensamos es la creación de un organismo estrictamente dirigido a supervisar el funcionamiento del sector farmacéutico, es decir, de los laboratorios, de Intercorp Retail y de las demás empresas de farmacias y boticas. Si existe OSIPTEL (el Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones), una entidad encargada de regular y supervisar el mercado de servicios de telecomunicaciones, con la capacidad de brindar orientación sobre la cobertura y planes de líneas celulares, dar trámites a reclamos, ofrecer recursos vinculados a la integridad de datos abiertos, e incluso informar a los usuarios de los servicios de telecomunicaciones en castellano y lenguas originarias sobre sus 10 derechos principales en este sector (OSIPTEL, 2023); ¿qué tan intocable es el negocio de las farmacias?

REFERENCIAS

ARAVENA, V. et al. **Desarrollo del medicamento genérico en el Perú**. Lima. 2008.

ARÉVALO FLORES, J. **Carta Ref. Hecho de importancia**. Lima: [s.n.]. 26 jan. 2018. Carta de fecha 26-01-2023.

ASPILCUETA TOVAR, R. J. **Agenda para el acceso universal a medicamentos**. [S.l.]. Presentación de Roberto Julio Aspilcueta Tovar Presidente de la Asociación de Farmacias y Boticas Independientes del Perú - AFABIP.

CONGRESO pretende bajar multas a empresas que realicen concertación de precios. **Diario Gestión**, 18 junio 2018. Congreso pretende bajar multas a empresas que realicen concertación de precios. Disponible em: <<https://gestion.pe/economia/congreso-pretende-bajar-multas-empresas-realicen-concertacion-precios-236228-noticia/>>. Acesso em: 01 ago. 2023.

DONGO ZEGARRA, V. Ley N.º 29459 Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. **Rev. Perú. med. exp. salud pública**, Lima, v. 26, n. 4, p. 517-529, octubre 2009. Disponible em: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342009000400014&lng=es&tlng=es>. Acesso em: 09 ago. 2023.

DONGO, V. Ley 29459 – Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios. **Perú Med**, p. Lima, 2009.

FUSIÓN de farmacias puede perjudicar a los usuarios. **El peruano**, 30 enero 2018. Disponible em: <<https://www.elperuano.pe/noticia/63422-fusion-de-farmacias-puede-perjudicar-a-los-usuarios>>. Acceso em: 02 set. 2023.

INDECOPI. **El Indecopi multa a 5 cadenas de farmacias, en primera instancia, por concertar precios de medicamentos y les ordena cumplir un programa de prevención**. Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual. Lima, p. 2. 2016.

MINSA. **PACFARM. Programa de Administración Compartida de Farmacias**. DIGEMID Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima. 1996.

MINSA. **Memoria de la Reunión Internacional Medicamentos Esenciales: 30 años contribuyendo a la Salud Pública** Lima, Peru. Disponible en: <https://www.paho.org/es/fil>. Lima: [s.n.]. 2007. Organizada por Ministerio de Salud de Perú, Organización Panamericana de la Salud. Días 26&27 de nov de 2007.

MORRIS J, S. P. La falsificación de medicamentos en los países menos desarrollados: problemas y soluciones. **International Policy Networks**, 2006.

NUEVO monopolio en el sector farmacéutico en un Perú que no tiene ley. **La República**, 26 Enero 2018. Disponible em: <larepublica.pe/economia/1176287-nuevo-monopolio-en-el-sector-farmacautico-en-un-peru-que-no-tiene-ley>. Acceso em: 02 set. 2023.

OSIPTEL. Organismo Supervisor de Inversión Privada en Telecomunicaciones, 2023. Disponible em: <<https://www.gob.pe/osiptel>>. Acceso em: 11 ago. 2023.

PHANG ROMERO. **Medicamentos Essenciais no Peru: Programa Social no Estado Liberal?** Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro. 1998. Disertación de maestría (Dissertação de Mestrado).

PHANG ROMERO, C. Reforma del sector salud y la política farmacéutica en Perú. **Cadernos De Saúde Pública**, v. 18, n. 4, p. 1121-1138, 2002. Acceso em: 08 ago. 2023.

VÁSQUEZ, S. **Situación farmacéutica nacional**. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas DIGEMID-MINSA. Lima. 2017.

VILLARÁN, F. et al. **Informe sobre las causas del elevado número de muertes por la pandemia del COVID-19 en el Perú**. Comité de Alto Nivel sobre el COVID-19, Consejo Nacional de Ciencia, Tecnología e Innovación - Concytec. Lima, p. 33. 2021.