LA CONCENTRACIÓN EN EL SECTOR FARMACÉUTICO PERUANO Y SU IMPACTO ECONÓMICO

Tesis presentada en satisfacción parcial de los requerimientos para obtener el grado de Magister en Administración

por:

Dula Liliana Balbin Inga
Andrés Eduardo Fontela Becerra
Benito Juarez Baldeón
Omar Efraín Zegarra Cavero

Programa de Maestría en Administración a Tiempo Parcial 64

Surco, 29 de mayo de 2020

Esta tesis

LA CONCENTRACIÓN EN EL SECTOR FARMACÉUTICO PERUANO Y SU IMPACTO ECONÓMICO

ha sido aprobada.

Sergio Bravo Orellana (Jurado)

César Neves Catter (Jurado)

César A. Fuentes Cruz (Asesor)

Universidad Esan

2020

Le doy gracias a Dios, por iluminar mi camino, cuidarme y bendecirme siempre. A mis padres, quienes me inculcaron valores siendo un ejemplo de vida y sacrificio. A mis hermanos Haydee y Ulises, mi cuñado César Caballero y Frank Cruz, por su apoyo emocional constante.

Dula Liliana Balbín Inga

Para mi esposa, Isabel, por su paciencia, apoyo incondicional, empuje para seguir adelante y por aligerar los días pesados, eres la mejor compañera. A mis padres por su apoyo y energía positiva y hermanas por su aliento.

Andrés Eduardo Fontela Becerra

Para mi esposa por compartir conmigo este camino y darme las fuerzas para continuar. A mis padres y hermanos por su apoyo incondicional todos los días. Y sobre todo a mi hija, Mia Mikela, por darme todo su amor para lograr el objetivo.

Benito Juarez Baldeón

Para mis padres, Néstor y Chely, por darme la oportunidad de poder llevar la Maestría. A mis hermanos, Jesús y Christian, por su aliento y a todas las personas que me ayudaron para conseguir este objetivo.

Omar Efraín Zegarra Cavero

Un agradecimiento especial a nuestro asesor, Dr. César Fuentes Cruz, por su calidad de docente para guiarnos en el desarrollo de nuestra tesis.

Grupo de Tesis

DULA LILIANA BALBIN INGA

Ejecutiva senior con experiencia profesional como Químico Farmacéutico. Experta en el gerenciamiento de temas relacionados a Dirección Técnica, Gestión de Calidad, Sistemas integrados de gestión, Aseguramiento de Calidad, Asuntos Regulatorios y mejora de procesos Lean Six Sigma. Gestión basada en la negociación, orientación al cliente y pensamiento estratégico. Alto grado de compromiso, visión global y orientada a la obtención de resultados integrales.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

INPHINITUM GROUP S.A.C.
Gerente de Asuntos Regulatorios y Calidad
Oct. 2017 – a la fecha

- Mejora continua en la satisfacción de los clientes en los procesos de consultoría, auditoria y capacitación en sistemas integrados de gestión (ISO 9001, ISO 14001 y OHSAS 18001), sistemas de gestión de calidad (SO 9001, ISO 22000, SQF 2000, BPM, BPL, BPA, etc.), Lean Six Sigma, asuntos regulatorios, estabilidades, validaciones y control estadístico de procesos.

LABORATORIOS GABBLAN S.A.C.
Director Técnico **Ene. 2013 – Set. 2017**

- Resultados satisfactorios en Auditoría Inopinada BPM-DIGEMID. Mayo 2017.
- Gestión óptima del Plan Regulatorio de la empresa y mejora continua en la satisfacción de los clientes.
- Resultados satisfactorios en Auditoría Inopinada BPM-DIGEMID. Junio 2015.
- Resultados satisfactorios en Auditoría BPM-GENOMMA LAB según lineamientos COFEPRIS- MÉXICO. Enero 2015.
- Implementación del sistema de calidad según NORMA Oficial Mexicana NOM-164-SSA1-2013, Buenas prácticas de fabricación para fármacos, exigencia de GENOMMA LAB.
- Certificación en BPM y BPL el 06 de Junio del 2013.
- Gestión integral satisfactoria de las auditorías internas y auditorías a proveedores.
- Cumplimiento de Liberación y movimientos relacionados para aprobación de productos para la venta.
- Seguimiento y cierre de Devoluciones y Reclamos dentro de los plazos establecidos.
- Cumplimiento con fechas límites establecidas para cierre de acciones correctivas y preventivas
- Elaboración de la Matriz IPER.
- Identificación de los aspectos ambientales significativos.
- Implementación de bases del sistema de gestión integrado: ISO 9001, 14001:2015 e ISO 18001.

Consultor para Certificación BPM y BPL **Mar. 2012 – Dic. 2012**

- Implementación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y Buenas Prácticas de Laboratorio (BPL).
- Reingeniería del sistema de gestión de calidad.
- Implementación y cumplimiento del Plan maestro de Validaciones: Manufactura,

Limpieza y sistemas de apoyo crítico según lineamientos BPM.
- Validación del sistema de agua purificada: Primera, segunda y tercera etapa.
- Calificación de todas las áreas de fabricación.
- Implementación de estudios de estabilidad según R.M. N° 805-2009- Directiva Sanitaria que reglamenta los estudios de estabilidad de medicamentos.
- Adquisición de equipos para análisis fisicoquímicos y microbiológicos acordes a lineamientos BPL y de proveedores calificados.
- Autorización de la ampliación de Planta por DIGEMID en Octubre 2012.
- Diseño de las instalaciones del área de Control de Calidad según exigencias BPL.
- Diseño de las instalaciones del área de Líquidos según exigencias BPM.
- Diseño de las instalaciones del área de Acondicionado según exigencias BPM.
- Capacitación de cargos directivos, jefaturas y personal de Planta en BPM y BPL.

LABORATORIOS FARMACÉUTICA OTARVASQ S.A.C / ISP S.A
Gerente de Calidad/ Director Técnico Feb. 2010 – Ene. 2012

- Aprobación de DIGEMID para apertura del nuevo Laboratorio FARMACÉUTICA OTARVASQ S.A.C, dedicado a la fabricación de soluciones, suspensiones y soluciones inyectables. Nov. 2011.
- Implementación de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).
- Mantenimiento y mejora continua de las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM).

LABORATORIOS INDUQUIMICA
Consultor en Sistemas de Gestión de Calidad Ago. 2009 – Ene. 2010

- Implementación y certificación de la Línea de Productos Naturales de Laboratorios Induquímica en la nueva versión 6 de la Norma SQF 2000 (System Quality Food). Organismo certificador SGS. Auditoría Ene. 2010.
- Recertificación e implementación de la nueva versión ISO 9001:2008. Organismo certificador SGS. Auditoría Dic. 2009.

Director Técnico / Jefe de Aseguramiento de la Calidad Ene. 2008 – Jul. 2009

- Liderazgo eficiente del comité de gestión de calidad.
- Recertificación de las Buenas Prácticas de Manufactura 2009 - DIGEMID.
- Mantenimiento y mejora continua del sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000.
- Mejora en la Productividad, Planificación, Gestión Documentaria, Gestión de Registros Sanitarios, Indicadores de gestión (KPIs) y lanzamiento de nuevos productos.
- Mejora en la infraestructura de Planta: Reingeniería en el flujo del personal y materiales, segregación de las áreas de productos naturales, instalación de una esclusa al ingreso del área de líquidos-semisólidos e instalación de sistemas de inyección y extracción de aire en los vestuarios.
- Revisión de fórmulas cuali-cuantitativas propias y de los clientes, homogenización y cambio en DIGEMID.
- Unificación de productos similares en un código de granel para reducción de tiempos, costos e incremento del tamaño de lote.
- Diseño y elaboración del Master de proveedores calificados.

- Reingeniería en la Validación de Procesos de Manufactura, Validaciones de Limpieza y Validaciones de Sistemas de apoyo crítico, incluye hojas de cálculo, capacitación del personal e implementación de la documentación necesaria.
- Reducción o eliminación de tiempos de espera de resultados de controles en proceso, al establecer los ensayos necesarios luego de la revisión de datos históricos en lotes anteriores. Elaboración de la Matriz IPER.
- Identificación de los aspectos ambientales significativos.
- Aprobación del Manual de Seguridad y Salud Ocupacional por el MINTRA
- Implementación de la evaluación por competencias.

Jefe de Control de Calidad **Feb. 2006 – Dic. 2007**

- Recertificación de las Buenas Prácticas de Manufactura - DIGEMID/MINSA.
- Mantenimiento y mejora continua del sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000.
- Implementación de nuevas áreas de Control de calidad.
- Implementación del área de estabilidad a largo plazo Zona IV A.
- Revisión total y mejora de la documentación del sistema de calidad a lineamientos BPL.
- Actualización total de especificaciones de producto terminado y materias primas a farmacopeas vigentes.
- Implementación de la verificación de material volumétrico.
- Implementación de la Validación de técnicas analíticas según ICH y USP.
- Cumplimiento del programa de calibraciones, validaciones de técnicas analíticas y estabilidades.
- Entrega de resultados analíticos con oportunidad, contribuyendo con la mejora en la productividad.

LABORATORIOS CIFARMA
Jefe de Control de Calidad **Jul. 2003 – Ene. 2006**

- Resultados conformes en Auditorías BPM realizadas por clientes trasnacionales Allergan, Astra Zéneca, Boehringer, Ciba Geygi y Glaxo SmithKline.
- Recertificación de las Buenas Prácticas de Manufactura - DIGEMID.
- Recertificación y mejora continua del sistema de Gestión de Calidad ISO 9001:2000.
- Recertificación y mejora continua del sistema de Gestión Ambiental ISO 14001:2004.
- Revisión total y mejora de la documentación del sistema de calidad a lineamientos BPL- OMS
- Actualización total de especificaciones de producto terminado y materias primas a farmacopeas vigentes y según lineamientos internos de clientes trasnacionales.
- Implementación de un área de muestras de retención y área de estabilidad a largo plazo Zona IV A.
- Implementación de la Validación de técnicas analíticas según ICH y USP, incluye hojas de cálculo, capacitación del personal e implementación de la documentación necesaria.
- Implementación de hojas Excel y gráficas para el seguimiento de controles en proceso.
- Cumplimiento del programa de calibraciones, validaciones de técnicas analíticas y estabilidades.

• Entrega de resultados analíticos con oportunidad, contribuyendo con la mejora en la productividad.

INSTITUTO SEROTERAPICO PERUANO S.A.
Jefe de Control de Calidad **Ene. 2003 – Jul. 2003**
• Optimización de tiempos de respuesta en análisis fisicoquímicos y microbiológicos.
• Mejora de técnicas analíticas de productos veterinarios.

CORPORACION INFARMA S.A.
Responsable de Estabilidades **Abr. 1998 – Ene. 2003**
• Diseño, desarrollo técnicas analíticas de productos nuevos, los cuales conformarían la nueva Línea LCG – Línea Comercial Genérica.
• Optimización de técnicas analíticas de productos comercializados.
• Emisión de especificaciones para el trámite de obtención del registro sanitario de productos nuevos.
• Diseño y seguimiento de estudios de estabilidad. Participación en el Comité de Productos Nuevos.

LABORATORIOS HOESCHT MARION ROUSELL
Practicante de Control de Calidad **Mar. 1997 – Mar. 1998**
• Ejecución y supervisión de operaciones de Muestreo, inspección y análisis de materias primas y productos terminados.

FORMACIÓN

Escuela de Administración de Negocios para Graduados – ESAN **2018-2020**
Maestría en Administración de Negocios (MBA) con Especialización en Transformación Digital
UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA LA MOLINA **2017**
Especialización en Sistema de Gestión de la Calidad en Laboratorio ISO/IEC 17025
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS **2016**
Programa internacional Gestión farmacéutica en asuntos regulatorios
UNIVERSIDAD DEL PACIFICO **2015**
Programa internacional de especialización en Lean Six Sigma Black Belt
UNIVERSIDAD NACIONAL AGRARIA LA MOLINA **2011**
Maestría en Ciencias Ambientales
UNIVERSIDAD UPC **2007**
Diplomado de especialización en Sistemas Integrados de Gestión.
UNIVERSIDAD ESAN **2001**
Diplomado en Administración de empresas (PADE)
UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS **1997**
Química Farmacéutica

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

The Beijing Center for Chinese Studios **2019**
ESAN CHINA Program International

ANDRES EDUARDO FONTELA BECERRA

Economista con experiencia en las áreas de finanzas corporativas. Experto en la gestión del capital de trabajo, cuentas por cobrar, cuentas por pagar y caja, así como en la evaluación de estados financieros y otorgamiento de crédito. Con especialización en riesgo crediticio, microcréditos y logística. Experiencia en liderar equipos de trabajo, alcanzar los objetivos, analítica, proactiva y empática.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

RANSA COMERCIAL

Jefe Corporativo de Pago a Proveedores y Caja **Jul. 2018 – Jul. 2019**

- Personas a cargo: 12
- Velar por la correcta gestión de las cuentas por pagar de las compañías del Grupo Ransa.
- Coordinar con el área de Cobranzas para cumplir con asegurar un flujo de caja positivo a cierre de mes.
- Cumplir con la política de pago a proveedores y de gasto del Grupo Ransa por cualquier solicitud de salida de efectiva o solicitud de reembolso.
- Revisión de la liquidación de los anticipos otorgados y que estos cumplan con la política de anticipos.
- Programar los arqueos de caja, así como realizar las observaciones necesarias para el cuidado del efectivo.
- Proyección de los pagos semanales que permitan asegurar liquidez en las empresas del Grupo Ransa.

Jefe Corporativo de Cobranzas y Riesgo Crediticio **Abr. 2014 – Jun. 2018**

- Personas a cargo: 18
- Velar por la correcta gestión de las cuentas por cobrar de las compañías del Grupo Ransa.
- Coordinar con el área de Pago a Proveedores para cumplir con las metas de cobranza mensual y asegurar un flujo de caja positivo a cierre de mes.
- Encontrar soluciones y conciliar las cuentas con los clientes. Gestionar el envío de clientes morosos al área legal.
- Informar a los negocios el comportamiento de su cartera de clientes.
- Cumplir con provisionar los documentos financieros según política interna del Grupo Romero.
- Plantear metas de Días Giro (tiempo de demora de cobro) para los negocios.
- Proyección de la provisión de cobranza dudosa.
- Revisión de informes crediticios para una correcta asignación de las líneas de crédito a clientes.

Analista de Riesgo Crediticio Senior/Junior **Jul. 2010 – Mar. 2014**

- Evaluación periódica y de nuevos ingresos de líneas de crédito de los clientes del Grupo Ransa (Ransa Comercial, Agencias Ransa, Almacenera del Perú, Andean Logistics, Compañía Almacenera, Construcciones Modulares, Torreblanca).

- Revisar los clientes con mayor exposición al riesgo crediticio y ante deterioro de las referencias externas en bancos u otros proveedores del cliente que hayan motivado protestos de letras.
- Vigilar el cumplimiento de las políticas y procedimientos establecidos para el otorgamiento de créditos por la gerencia de la empresa.
- Minimizar riesgos, mediante la identificación oportuna de los eventuales problemas de cartera ya sea previniendo o corrigiendo rápidamente dichos problemas.
- Mantener una cartera adecuadamente provisionada,
- Minimizar los niveles de morosidad.
- Elaboración de reportes de situación de clientes para la Gerencia de Finanzas, Central y General.
- Elaboración de reportes para el área de Riesgo Crediticio del Grupo Romero.

FORMACIÓN

Escuela de Administración de Negocios para Graduados – ESAN 2018-2020
Maestría en Administración de Negocios (MBA) con especialización en Finanzas
UNIVERSIDAD DEL PACIFICO 2015
Programa de Especialización en Logística
UNIVERSIDAD ESAN 2014
Gestión de Créditos y Cobranzas. PEE ESAN
UNIVERSIDAD DEL PACIFICO 2013
Diplomado Microfinanzas para Analistas
UNIVERSIDAD DEL PACIFICO 2012
Bachiller en Economía

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

ESIC – Business and Marketing School (España) 2019
Seminario Marketing Digital para futuros líderes
Instituto de Informática de la Universidad Católica del Perú (InfoPuc) 2015
Curso Excel Aplicado a las Finanzas y a la Evaluación de Proyectos

BENITO JUAREZ BALDEON

Ingeniero Eléctrico con experiencia en el sector de telecomunicaciones. Experto en supervisión de Data Center y mantenimiento de equipos para conseguir la mayor vida útil y asegurar un servicio óptimo. Con actitud responsable, emprendedor, proactivo, hábil para el trabajo en equipo y a las responsabilidades que me vayan brindando. Dispuesto a liderar y/o ser parte de cualquier tipo de área y/o proyecto el cual se me asigne gracias a los conocimientos y experiencias adquiridas durante los últimos 11 años. Sólidos conocimientos en Operación, Mantenimiento y Proyectos.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

ENTEL PERÚ S.A.

Supervisor de Infraestructura Data Center **Ago. 2017 – a la fecha**

- Velar por la correcta operación y mantenimiento de Data Center de Americatel Perú.
- Asegurar la disponibilidad operativa de la infraestructura y energía del Data Center de Americatel.
- Evaluar y gestionar con las áreas internas el ingreso de nuevos clientes al Data Center, con la finalidad de lograr que los servicios ofrecidos por Americatel sean lo requeridos.
- Evaluar e implementar mejoras en la eficiencia energética del Data Center de Americatel, a fin de ahorrar en el consumo de energía eléctrica.
- Elaborar los KPI´s de seguimiento de indicadores de la ISO 27001, a fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos y detectar cualquier desviación.
- Llevar el control y velar por los costos de mantenimiento y operación del Data Center de Americatel a fin de lograr ahorro de costos.

AMERICATEL PERÚ S.A.

Jefe de Energía e Infraestructura Data Center **Feb. 2011 – Jul. 2017**

- Velar por la correcta operación y mantenimiento de Data Center de Americatel Perú.
- Asegurar la disponibilidad operativa de la infraestructura y energía del Data Center de Americatel.
- Evaluar y gestionar con las áreas internas el ingreso de nuevos clientes al Data Center, con la finalidad de lograr que los servicios ofrecidos por Americatel sean lo requeridos.
- Evaluar e implementar mejoras en la eficiencia energética del Data Center de Americatel, a fin de ahorrar en el consumo de energía eléctrica.
- Elaborar los KPI´s de seguimiento de indicadores de la ISO 27001, a fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos y detectar cualquier desviación.
- Llevar el control y velar por los costos de mantenimiento y operación del Data Center de Americatel a fin de lograr ahorro de costos.

EULEN DEL PERÚ S.A.
Supervisor Producto Mantenimiento **Jul. 2010 – Ene. 2011**

- Seguimiento de los trabajos diarios realizados de 53 técnicos y 03 supervisores en los diferentes clientes que tiene la empresa, todos ellos a mi cargo.
- Búsqueda de nuevo personal para derivarlos a los clientes.
- Búsqueda de nuevos clientes.
- Elaboración de presupuestos de mantenimiento para clientes.
- Realización de auditorías energéticas.
- Mantener el margen de utilidades por cada cliente por arriba de los rangos permitidos.

EDIFICIOS S.A.
Supervisor de Mantenimiento **Feb. 2009 – Abr. 2010**

- Supervisar los diferentes mantenimientos preventivos a los equipos electromecánicos del cliente Banco de Crédito del Perú.
- Realizar estudios de calidad de energía para el cliente Banco de Crédito del Perú.
- Elaboración de planes y cronogramas de mantenimiento a los equipos electromecánicos del cliente Banco de Crédito del Perú.

AMERICATEL PERU S.A.
Supervisor de Energía e Infraestructura **Feb. 2007 – Ene. 2009**

- Supervisar los diferentes mantenimientos a los equipos electromecánicos.
- Atención de emergencia las 24horas por los 365 días del año ante cualquier eventualidad en la energía eléctrica o equipo electromecánico.
- Estudio de calidad de energía y evaluación de los diferentes consumos de energía.

FORMACIÓN

Escuela de Administración de Negocios para Graduados – ESAN **2018-2020**
Maestría en Administración de Negocios (MBA)
UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA **2011**
Título en Ingeniería Eléctrica
TECSUP **2010**
Especialización en Gestión de Mantenimiento
UNIVERSIDAD NACIONAL DE INGENIERÍA **2006**
Bachiller en Ingeniería Eléctrica

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

ESIC – Business and Marketing School (España) **2019**
Seminario Marketing Digital para futuros líderes

OMAR EFRAIN ZEGARRA CAVERO

Profesional licenciado de la carrera de Administración de Empresas especializado en Negocios Internacionales, con un Diplomado Internacional en Finanzas Corporativas y una Especialización en Seguros, con capacidad de liderazgo, trabajo en equipo, proactivo y manejo de trabajo bajo presión con cumplimiento exitoso de metas y objetivos encargados.

EXPERIENCIA PROFESIONAL

UNIBANCA S.A.

Analista Senior de Productos Bancarios **Ago. 2019 – a la fecha**

- Análisis y desarrollo de nuevas funcionalidades o productos que generen ingresos adicionales para la empresa.
- Automatización de los procesos actuales de la empresa para la reducción de costos y tiempos.
- Seguimiento y gestión de proyectos de nuevos productos para la generación de ingresos a la empresa y nuevos procesos que automaticen los procesos actuales.
- Constante investigación de mercado para la identificación de nuevas tecnologías que se puedan adoptar y ofrecer a los clientes.
- Elaboración de benchmark de mercado.
- Encargado de proyectos como enlace comercial entre proveedores y encargado de seguimiento de los proyectos desde su inicio hasta pase de producción.
- Aplicación de metodologías agiles para el desarrollo de proyectos.
- Elaboración de informes funciones y presentaciones para directorio.

SCOTIABANK PERU S.A.

Analista de Producto y Oferta de Valor **Jul. 2017 – Ago. 2019**

- Elaboración de proyecciones y estrategias para el lanzamiento de nuevos productos o procesos para el incremento de los ingresos o automatización de los flujos actuales
- Lanzamiento y seguimiento de campañas comerciales
- Seguimiento y análisis de principales KPI´s
- Elaboración de presentaciones y reportes para directorio o casa matriz
- Control de producción mensual de Seguros Optativos (Scotiabank y CrediScotia), para evaluar la variación en ventas e identificar en que zonas enfocar más esfuerzo comercial.
- Encargado de seguimiento y Control de la venta en canal Call Center
- Atencion de requerimiento urgentes de la SBS
- Coordinación con los socios comerciales para el buen funcionamiento de los procesos de venta en la red.
- Apoyo a la Gerencia de Seguros Retail con información pertinente cuando se necesite.

Gestor de Seguros, Operaciones y Administración Ene. 2016 – Jul. 2017
Unidad Endosos:

- Gestión del cierre de los estados financieros mensuales, análisis de las desviaciones de la información financiera y elaboración de los informes para la Gerencia.
- Renovación e ingreso de pólizas endosadas a favor de Scotiabank de créditos vehiculares e hipotecarios modalidad leasing.
- Elaboración de Balance Score Card cada fin de mes (leasing).
- Regularización de pendientes por cobro de comisión por revisión de pólizas endosadas.
- Envio de notificación a los funcionarios por observaciones de las pólizas presentadas para su regularización.
- Revisión, conformidad y registro de pólizas de vida para no incluir seguro de desgravamen en la cuota del crédito.
- Elaboración de informe mensual de pólizas recibidas, por compañía, monto de prima y monto asegurable; para evaluar su impacto en comparación de las pólizas colocadas por el banco y poder realizar un pronto plan de acción tanto para operaciones de garantías y Leasing.
- Atención a cliente sobre consultas de Seguros o procesos internos, para endosar o contratar una póliza.

Unidad Comercial:

- Elaboración de reportes para el estudio de la penetración de productos vendidos por FDN.
- Elaboración de avances de campañas para su control, evolución, verificación y plan de acción.
- Elaboración de cierre mensual de producción Seguros Optativos para Scotiabank y CrediScotia.
- Elaboración de comparativo de producción mensual de Seguros Optativos (Scotiabank y CrediScotia), para evaluar la variación en ventas e identificar en que zonas se debe realizar campañas más enfocadas.

Asistente, Operaciones y Administración Centro Seguros Mar. 2014 – Ene. 2016

- Renovación e ingreso de pólizas endosadas a favor de Scotiabank y Crediscotia de créditos vehiculares e hipotecarios.
- Revisión y conformidad de pólizas de vida para no incluir seguro de desgravamen en la cuota del crédito.
- Revisión y conformidad de pólizas de transporte para el desembolso de líneas de crédito.
- Revisión de nuevas pólizas endosadas a favor del Banco, para su posterior conformidad y desembolso del crédito.
- Elaboración de Balance Score Card mensual.
- Regularización de pendientes creadas por cobro de comisión por revisión de pólizas endosadas.
- Envió de notificación a los funcionarios por cartas de adeudo de las pólizas de sus respectivos clientes.
- Elaboración de reporte comparativo de primas cobradas por otras compañías de seguros, para su estudio, análisis y posterior plan de acción.

Practicante Área de Banca Seguros Jun. 2013 – Mar. 2014

- Verificación de garantías que requieren contratación de seguros.
- Verificación si las mismas cuentan con tasaciones y las primas puestas a disposición, estén relacionadas con créditos vigentes.
- Elaboración de reportes a fin de regularizar el seguro de estas, en caso de renovaciones.
- Seguimiento de facturación en caso lo asuma el Banco o Patrimonios.
- Gestión de devolución de primas y comisiones que correspondan.
- Gestión de seguros en créditos para los desembolsos diarios por la red de agencias: Cotización, contratación y revisión de primas puestas a disposición.
- Apoyo en el desarrollo del cumplimiento de las metas del área.

FORMACIÓN

Escuela de Administración de Negocios para Graduados – ESAN 2018-2020
Maestría en Administración de Negocios (MBA) con Especialización en Transformación Digital
UNIVERSIDAD ESAN 2014
Diplomado Internacional en Finanzas Corporativas
UNIVERSIDAD SAN IGNACIO DE LOYOLA 2013
Administración de Empresas

FORMACIÓN COMPLEMENTARIA

ESIC – Business and Marketing School (España) 2019
Seminario Marketing Digital para futuros líderes
Escuela de Seguros -APECOSE 2017
Curso de Especialización de Seguros humanos y patrimoniales

ÍNDICE GENERAL

ÍNDICE GENERAL ..... **XV**
LISTA DE TABLAS ..... **XVIII**
LISTA DE FIGURAS ..... **XIX**
RESUMEN EJECUTIVO ..... **XXI**
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN **1**
1.1 Antecedentes **1**
1.2 Planteamiento del problema **3**
1.3 Determinación de objetivos **4**
1.3.1 Objetivo General 4
1.3.2 Objetivos Específicos 4
1.4 Justificación del tema de investigación **4**
1.5 Delimitación de la tesis **6**
1.5.1 Alcance 6
1.5.2 Limitaciones 6
CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO **8**
2.1 Diseño de investigación **8**
2.1.1 Diseños Longitudinales 8
2.1.2 Diseños de Panel 8
2.2 Fuentes de información **9**
2.2.1 Fuentes Primarias 9
2.2.2 Fuentes Secundarias 9
2.3 Instrumentos de medición **11**
2.3.1 Estadística Descriptiva 11
2.3.2 Estadística Inferencial 12
2.4 Técnicas de Análisis **13**
2.4.1 Análisis de la concentración 13
2.4.2 Índice de Precios del Consumidor (IPC) 13
2.4.3 Análisis de contenidos para los escenarios 13
2.4.4 Tamaño mínimo de muestra 14
2.5 Instrumentos **15**
2.5.1 Instrumentos de Recolección 15
2.5.2 Instrumentos de Procesamiento 15
CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL **17**
3.1 Economía de Mercado **17**
3.1.1 Tipos de mercado 18
3.2 Libre competencia **19**
3.2.1 Definición 19
3.3 Mercado Relevante y Posición de Dominio **20**
3.3.1 Mercado Relevante 20
3.3.2 Posición de Dominio 21
3.3.3 Competencia Desleal 21
3.3.4 Integración 22
3.3.5 Precios de Transferencia 24
3.4 Fallas del Mercado **24**
3.4.1 Concentración de Mercados 24
3.4.2 Medición de la concentración de mercados 25
3.4.3 Barreras a la entrada 26

3.4.4 Información Asimétrica 27
3.4.5 Variación del bienestar del consumidor 27
3.5 Índices de precios del consumidor 28
3.6 Estudios de concentración de mercados en Latinoamérica 29
3.7 Estudios de concentración de mercados en Perú 30
3.8 Conductas Anticompetitivas 33
3.8.1 Actos de Abuso de Posición de Dominio 33
3.8.2 Prácticas Colusorias Horizontales 34
3.8.3 Prácticas Colusorias Verticales 34
3.8.4 Régimen de Sanciones 35
3.9 Sector Medicamentos 35
3.9.1 Definición 35
3.9.2 Clasificación 36
3.9.3 Categorías de medicamentos 38
3.9.4 Tipos de medicamentos 40
CAPÍTULO IV. MARCO CONTEXTUAL 47
4.1 Mercado Farmacéutico 47
4.1.1 Situación del Sector Farmacéutico Peruano 47
4.1.2 Contexto del Mercado Farmacéutico 54
CAPÍTULO V. MARCO REGULATORIO INTERNACIONAL RESPECTO A LA CONCENTRACIÓN DE MERCADOS Y REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS 62
5.1 Mercado Regulatorio Internacional 62
5.1.1 Derecho de Competencia Unión Europea: Principio de ventana única o one stop-shop 62
5.1.2 Regulación de medicamentos en el sistema europeo 63
5.1.3 Sistema Canadiense de competitividad y regulación de medicamentos 64
CAPÍTULO VI. MARCO REGULATORIO EN EL PERÚ 67
6.1 Principales entidades reguladoras 67
6.1.1 Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) 67
6.1.2 Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES) 70
6.1.3 Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) 72
6.2 Principales Decretos Supremos y de Urgencia promulgados contra las conductas anticompetitivas y de concentración 73
6.2.1 Decreto Supremo N° 030-2019-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas 73
6.2.2 Decreto de Urgencia N° 013-2019 – Que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial 74
6.3 Decretos de Urgencia y Leyes promulgadas que impactan al sector farmacéutico 75
6.3.1 Decreto de urgencia N° 007-2019 que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad 75
6.3.2 "Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud" 76
6.4 Observatorio de Precios de DIGEMID y propuestas de regulación de precios 77

CAPÍTULO VII. OPINIÓN DE LOS STAKEHOLDERS DEL SECTOR FARMACÉUTICO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL 81
7.1. Stakeholders del Sector Farmacéutico 81
7.2. Opinión de Expertos sobre Libre Competencia y el Sector Farmacéutico... 81
7.2.1. Expertos en Libre Competencia 81
7.2.2. Expertos dentro del Sector Farmacéutico 85
CAPÍTULO VIII. RESULTADOS 94
8.1 Universo 94
8.2 Muestra 94
8.3 Supuestos 95
8.4 Mostrando resultados 95
8.4.1 Concentración en el mercado de laboratorios farmacéuticos y sector retail 95
8.4.2 Medidas de tendencia central de los escenarios sector retail 97
8.4.3 Variación de promedios según escenarios 98
8.4.4 Variación de promedio ponderado 103
8.4.5 Resultado del Test de CHOW 104
8.4.6 Daño al paciente 106
8.4.7 Brecha entre precios de laboratorios y farmacias 121
8.4.8 Margen final entre laboratorios y punto de venta 123
8.4.9 Control de margen de distribución y venta directa – Caso español 126
CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES 129
CAPÍTULO X. RECOMENDACIONES 132
BIBLIOGRAFIA 142

LISTA DE TABLAS

Tabla 3.1. Relación entre el índice IHH y el nivel de competencia..... 26
Tabla 4.1. TOP 10 Ranking de Ventas Laboratorios Farmacéuticos en Perú..... 47
Tabla 4.2. Principales países de procedencia de importaciones de productos farmacéuticos - 2018..... 48
Tabla 4.3. Principales importadores de productos farmacéuticos - 2018 49
Tabla 8.1. Depuración de data aplicando filtros 94
Tabla 8.2. Índice IHH del Mercado Laboratorios Farmacéuticos del 2014 al 2018.... 96
Tabla 8.3. Índice IHH del Mercado Retail de Medicamentos 2013 y 2018 97
Tabla 8.4 Estadística descriptiva por escenario 98
Tabla 8.5 Estadística descriptiva en la diferencia de precios segundo escenario y primer escenario..... 99
Tabla 8.6 Test de medias para la diferencia de precios segundo escenario y primer escenario 100
Tabla 8.7 Estadística descriptiva en la diferencia de precios tercer escenario y segundo escenario 101
Tabla 8.8 Test de medias para la diferencia de precios tercer escenario y segundo escenario 102
Tabla 8.9 Índice de precios del consumidor por escenario (muestra 332 medicamentos) 103
Tabla 8.10 Comparación Inflación de los Escenarios 2 y 3 vs Perú (muestra 332 medicamentos) 103
Tabla 8.11 Modelo de quiebre en tendencia del Segundo Escenario..... 104
Tabla 8.12 Modelo de quiebre en tendencia del Tercer Escenario 105
Tabla 8.13 Precio promedio ponderado anual, unidades vendidas y daño ocasionado al paciente en 5 principales medicamentos Agudos, así como en los 220 seleccionados 108
Tabla 8.14. Precio promedio ponderado anual, unidades vendidas y daño ocasionado al paciente en 5 principales medicamentos Crónicos, así como en los 70 seleccionados 111
Tabla 8.15 Precio promedio ponderado anual, unidades vendidas y daño ocasionado al paciente en 5 principales medicamentos Genéricos, así como en los 42 seleccionados 114
Tabla 8.16 Daño acumulado con proyección dentro de los 4 próximos años en los 332 medicamentos 120
Tabla 8.17 Evolución de la brecha del 2014 al 2018 en miles de S/. 122
Tabla 8.18 Top 10 de medicamentos según brecha porcentual de precios..... 122
Tabla 8.19 Margen final entre laboratorios y puntos de venta - Real vs Proyectado (En miles de soles)..... 124
Tabla 8.20 Comparación Precio Venta Final Perú vs Modelo Español..... 127
Tabla 8.21 Comparativo de Brechas TOP 10 Modelo Peruano vs Español 127

LISTA DE FIGURAS

Figura 3.1. Efecto de la variación del bienestar del consumidor 28
Figura 4.1. Perú – Var. % de fabricación de productos farmacéuticos y medicamentos (2008 - 2018)..... 48
Figura 4.2. Perú – Gasto en Salud como % del PBI (2000 – 2017)..... 50
Figura 4.3. Perú – Gasto per cápita en salud en US $ (2000 – 2017) 50
Figura 4.4. Sudamérica – Gasto en Salud como % del PBI (2011 – 2017) 51
Figura 4.5. OCDE – Gasto en Salud como % del PBI (2018) 51
Figura 4.6. Perú - Gasto en el sector salud por parte del sector privado (en %)..... 52
Figura 4.7. Perú – Estructura del Gasto Real Promedio Per Cápita Mensual por grupos (2018) 52
Figura 4.8. OCDE – Estructura del Gasto según proveedor del servicio (2017)..... 53
Figura 4.9. Participantes de la industria farmacéutica 55
Figura 4.10. Perú – Evolución de las ventas del sector retail de boticas y farmacias en millones de US $ (2010 - 2018)..... 56
Figura 4.11. Perú – Participación en % de la venta de medicamentos 2018 57
Figura 4.12. Perú – Evolución de participación del mercado retail farmacéutico..... 58
Figura 4.13. Perú – Evolución de número de puntos de venta por canal..... 58
Figura 4.14. Presencia de InRetail en la Industria Farmacéutica peruana 59
Figura 4.15. Escenarios probables posteriores a la compra de Quicorp 60
Figura 8.1. Participación en el mercado de ventas retail de medicamentos (2013 – 2018) 96
Figura 8.2 Precios del Apronax 550 MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 109
Figura 8.3 Precios del Panadol Antigripal 500MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 109
Figura 8.4 Precios del Cluvax 132MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014–2018)..... 109
Figura 8.5 Precios del Kitadol 500MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 110
Figura 8.6 Precios del Multibióticos según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 110
Figura 8.7 Precios del Avamys Spray Nasal según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 112
Figura 8.8 Precios del Dixi 35 según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 112
Figura 8.9 Precios del Nofertyl 50MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 112
Figura 8.10 Precios del Aspirina 100MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 113
Figura 8.11 Precios del MESIGYNA 1ML según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 113
Figura 8.12 Precios del SILDENAFILO 100MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 115
Figura 8.13 Evolución de precios del AMOXICILINA 500MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)..... 115
Figura 8.14 Precios del CARBIDOP/LEVOD según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 115

Figura 8.15 Precios del NAPROXENO SOD 550MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 116
Figura 8.16 Precios del CARBAMAZEPINA 200MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018) 116
Figura 8.17 Daño ocasionado a los pacientes y ventas totales (en millones de soles) 117
Figura 8.18 Daño ocasionado a los pacientes y márgenes totales (en millones de soles) 118
Figura 8.19 Daño acumulado con proyección dentro de los 4 próximos años en los 332 medicamentos (en miles de soles) 120
Figura 8.20 Distribución de los 332 medicamentos según brecha porcentual de precios 121

RESUMEN EJECUTIVO

El presente trabajo de investigación tiene como finalidad analizar el sector farmacéutico nacional, conocer si este se encuentra en un proceso de concentración de mercado, así como el impacto económico que representa para las familias peruanas esta situación.

Para alcanzar el objetivo general de esta investigación se definieron siete objetivos específicos: i) Identificar y determinar el índice de concentración y el tipo de competencia del mercado farmacéutico peruano; ii) Establecer si la diferencia de promedios y de promedios ponderados entre los escenarios de estudio muestra un incremento que pueda afectar al consumidor y paciente durante el periodo 2014 – 2019; iii) Determinar si los escenarios presentan quiebre estructural en su tendencia de precios durante el periodo 2014 – 2019; iv) Determinar el impacto económico en los pacientes por el nivel de concentración en el sector farmacéutico de medicamentos en el Perú durante el periodo 2014 – 2018; v) Determinar la brecha de precios promedio entre los laboratorios y farmacias en el Perú durante el período 2014 – 2018; vi) Determinar, respecto al daño y brecha, el margen de ingreso bruto de las cadenas de farmacias; y vii) Determinar si utilizar el modelo de margen de distribución y venta final, modelo español, contribuye a reducir la brecha de precios de medicamentos.

Para el análisis de los resultados, las principales fuentes de información fueron las entrevistas realizadas a expertos de libre competencia y del sector farmacéutico; además, para realizar el análisis cuantitativo y poder validar los niveles de concentración y variación de precios se utilizó la base de datos del Observatorio de Precios de Productos Farmacéuticos de DIGEMID, mientras que, para conocer el volumen de ventas de los laboratorios así como su precio de venta a farmacias se utilizó la base de datos del IMS Health del 2014 al 2018.

Además, se dividió en tres escenarios para evaluar el impacto en variación de precios de posibles quiebre estructurales en la tendencia, se plantea que las adquisiciones de los últimos años en el mercado generaron un incremento en el precio promedio de los medicamentos. Es así como en el primer escenario entre enero 2014 a

marzo 2016 (ex ante a las alertas de concentración de precios), el segundo escenario entre abril 2016 a diciembre 2017 (período de sospecha de concentración de precios) y el tercer escenario entre enero 2018 y octubre 2019 (ex post adquisición de Química Suiza y subsidiarias por parte de InRetail).

Con la data procesada se concluye que el sector de laboratorios no se encuentra concentrado, está en una situación de libre competencia y los precios son competitivos definidos por el mercado. Sin embargo, para el sector retail y distribución la situación es distinta, se evidencia según los escenarios que las diferencias en promedios simples entre el segundo y primer escenario es de +10.52%, mientras que entre el tercer y segundo escenario +8.82%, por otro lado, si se considera el promedio ponderado se tiene una variación en los precios de -2.09% para el segundo escenario y 8.30% para el tercer escenario confirmando que los precios de los medicamentos tienen una tendencia al alza del período 2014 al 2019, siendo está por encima a la inflación obtenida en el mismo período afectando la capacidad de compra de la población, a excepción del segundo escenario donde se tiene una caída en los precios debido a la sanción emitida por Indecopi a las cadenas por la investigación sobre concertación de precios. Además, se confirma en los escenarios que existen eventos exógenos que generan quiebres estructurales, se considera que las adquisiciones y fusiones en los últimos dos escenarios fueron los causantes de esta variación.

Estos puntos previos ayudan a confirmar que existe daño económico en pacientes, después de realizar los análisis respectivos se evidencia que debido a la concentración el incremento de precios promedio de los medicamentos fue trasladado a los bolsillos de estos, obteniendo un acumulado de S/. 1,001 millones al cierre del 2018, siendo preocupante que el mayor incremento sea para los pacientes crónicos, el cual tuvo un daño total de S/. 640 millones. Adicional a la evidencia del daño al consumidor encontrado, es necesario considerar la brecha entre el precio de venta del laboratorio a las farmacias y el de las farmacias al consumidor final tiene un promedio del 109%. Existen medicamentos dentro de la muestra analizado que llegan a una brecha de más de 1,000% y que de 332 medicamentos casi el 49% es vendido en las farmacias en más de 50% el valor de venta de los laboratorios. Esta diferencia correspondería a los márgenes de ganancia para el distribuidor y para las farmacias, que para el presente

estudio es el grupo InRetail quien domina ambos mercados dentro de la cadena del sector farmacéutico

Existe un margen de ingreso bruto para las cadenas, resultante de la diferencia de la brecha y el daño al paciente, este margen tiene un gran impacto en el sector puesto que el mayor porcentaje de participación lo tienen las cadenas con un 63% y un margen de S/ 729 millones acumulado al 2018 y de esta cantidad el 83% pertenece a InRetail con un acumulado para el 2018 de S/ 605 millones. Este margen, de seguir sin ninguna intervención, con una proyección al 2022 llegaría a S/ 1,626 millones.

Al aplicar el modelo español, los resultados muestran que el precio unitario promedio de la muestra sería un 5.48% menos que la situación presentada en los últimos 5 años y que las brechas de medicamentos superior a 300% se estabilizarían en un promedio de 38%.

De acuerdo con la entrevista realizada a expertos en libre competencia y propiedad intelectual, en caso entre en vigencia el decreto de urgencia de control previo de operaciones de concentración empresarial, INDECOPI como ente regulador tendría la capacidad técnica para afrontar dicha tarea mas no la capacidad de recurso humano para poder atender la demanda. Como resultado de las entrevistas del sector farmacéutico, las asociaciones de laboratorios se encuentran preocupados por la integración vertical de InRetail, la intromisión del estado en ventas de medicamentos genéricos esenciales, y las demoras de DIGEMID en los trámites de inscripción y reinscripción de registros sanitarios. Las asociaciones de boticas y farmacias independientes muestran su preocupación por la integración horizontal, debido a que afecta la competitividad y además promueve la comercialización de marcas propias.

Es necesario que se tomen medidas en el sector farmacéutico y evitar que se perjudique al consumidor con un mayor gasto de un bien que resulta vital para asegurar su bienestar.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1 Antecedentes

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS) en la publicación "Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional" define que la salud debe ser entendida como un derecho humano fundamental y que para hacer efectivo este derecho es necesario acceder a la atención de salud, así como a los medicamentos que son esenciales (OMS, 2002). Asimismo, ha estimado que aproximadamente un tercio de la población mundial se encuentra sin posibilidad de acceder a estos medicamentos (OMS, 2004).

En ese sentido, en el 2016, la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS) elaboró un informe para estimular políticas farmacéuticas (PF) nacionales en América donde indicó que para que la PF sea efectiva era necesario basarse en cuatro principios:

a) Selección e incorporación racional de medicamentos
b) Precios asequibles
c) Financiamiento sostenible
d) Sistemas de salud y suministros confiables

La OPS indica que la industria farmacéutica puede tener intereses distintos al de la salud pública, por ello el Estado debe implementar medidas para estimular y realizar una debida regulación en los ámbitos de investigación, comercialización y promoción en este sector, sin olvidar que también es necesario la monitorización (OPS, 2016).

Por otro lado, resalta que los medicamentos no deben ser concebidos como un bien privado y que es el precio de este bien, la principal barrera de acceso a los pacientes. Además, esta barrera se presenta más en países de ingresos bajos y medios, como ejemplos de la región están México y Chile con precios superiores hasta seis veces que nueve de los países miembros con ingresos más altos de la OCDE y que en Brasil manejan precios que duplican a los de Suecia (OPS, 2016).

Respecto al gasto en salud de los países de América Latina, valida que la población, a pesar de contar con algún tipo de seguro, mantiene un porcentaje importante en la participación del gasto total de salud. En los países como Bolivia y México, el sector privado mantiene una participación del 77.8% y 88% respectivamente, del gasto total en medicamentos (OPS, 2016).

El sector salud en el país se ha consolidado, con constantes fusiones y adquisiciones, las cuales se iniciaron en el rubro del retail (boticas y farmacias), así en el año 2011 Quicorp (conglomerado, dueño de Mifarma) compró BTL y en el 2012 compró Fasa (Diario Gestión, 2016)

Respecto al rubro farmacias y boticas, investigaciones como la de Peñaranda (2018), titulada "El boom de las fusiones y adquisiciones", expone hechos importantes que sirven como antecedente para nuestra investigación. Entre el 2016 y 2018, la industria farmacéutica en el Perú sufrió una ola de fusiones y adquisiciones, es así como, en febrero 2016 Cencosud vendió su cadena de Boticas Punto Farma que operaban en los supermercados del Grupo Cencosud a Mifarma del grupo Quicorp. También, en marzo 2016 Quicorp compra la cadena de Boticas Arcángel del Grupo Albis (Diario Gestión, 2016).

Principalmente por su gran estrategia de expansión, la cual se enfocó en tener mayor participación en los conos de Lima y presencias en provincia, y como estrategia de diversificación su cadena de boticas, no solo se dedicaba a la comercialización de medicamentos sino también eran centros médicos, con ello hasta antes de su compra conto con más de 350 boticas y 75 centros médicos a nivel nacional (El Comercio, 2016).

Otra importante fusión se da en enero 2018 con la compra de boticas Mifarma, Arcángel y Fasa por InRetail (en US$583 millones, dueña de Inkafarma), las cuales pertenecían al grupo Quicorp, de esta manera, InRetail consolida su posición con un 80% de la participación del mercado de cadenas. Finalmente en el año 2019 implementa dos nuevas estrategias para incrementar más su participación, la primera fue la apertura de 15 nuevas farmacias denominadas Inkafarma express, un nuevo formato de

farmacias con locales pequeños, con venta de medicamentos genéricos en su mayoría y localizadas en zonas alejadas donde la oferta de farmacéutica es reducida o inexistente (Peru Retail, 2019), la segunda es poder implementar el modelo de farmacias móviles o itinerante como se viene practicando en Chile desde el 2013, en el cual las ventas de medicamentos se hacen mediante vehículos totalmente equipados y acondicionados para poder ofrecer la misma calidad de servicio que se encuentra en los locales fijos, está aún no tiene una fecha de implementación ya que primero se debe cambiar la regulación vigente para poder operar mediante esta nueva modalidad de venta de fármacos (Lopez, 2013).

Existe la preocupación de que estas operaciones puedan ocasionar el aumento del precio de los medicamentos por el monopolio que podría alcanzar InRetail, pero también que, si en el cálculo se considera a todas las boticas independientes, la cuota de mercado de Inkafarma se reduciría a 45% (Peñaranda, 2018).

En el mercado peruano de laboratorios farmacéuticos se cuenta con presencia de 75 empresas, entre nacionales y extranjeras, con ventas totales superiores a los S/. 3.3 miles de millones en el período 2018 (IMS Health, 2019).

En un informe del sector farmacéutico del Ministerio de la Producción (2017) indica que en el 2014 existían más de 300 empresas en el sector manufacturero farmacéutico, se entiende que esta reducción en el sector se debe a las fusiones de las empresas nacionales y extranjeras en búsqueda de mayor eficiencia de escala, así como de participación de mercado.

1.2 Planteamiento del problema

Impacto económico causado a los consumidores y pacientes por la concentración en el sector farmacéutico peruano durante el periodo 2014 - 2019.

1.3 Determinación de objetivos

1.3.1 Objetivo General

Evaluar el impacto económico a los consumidores y pacientes por la concentración en el sector farmacéutico peruano.

1.3.2 Objetivos Específicos

- **Objetivo 1:** Identificar y determinar el índice de concentración y el tipo de competencia del mercado farmacéutico peruano.
- **Objetivo 2:** Establecer si la diferencia de promedios y de promedios ponderados entre los escenarios de estudio muestra un incremento que pueda afectar al consumidor y paciente durante el periodo 2014 - 2019.
- **Objetivo 3:** Determinar si los escenarios presentan quiebre estructural en su tendencia de precios durante el periodo 2014 - 2019.
- **Objetivo 4:** Determinar el impacto económico en los pacientes por el nivel de concentración en el sector farmacéutico de medicamentos en el Perú durante el periodo 2014 - 2018.
- **Objetivo 5:** Determinar la brecha de precios promedio entre los laboratorios y farmacias en el Perú durante el período 2014 – 2018.
- **Objetivo 6:** Determinar, respecto al daño y brecha, el margen de ingreso bruto de las cadenas de farmacias.
- **Objetivo 7:** Determinar si utilizar el modelo de margen de distribución y venta final, modelo español, contribuye a reducir la brecha de precios de medicamentos.

1.4 Justificación del tema de investigación

La industria farmacéutica peruana representa en promedio el 1.4% del sector manufacturero del PBI y 0.1% del total del PBI nacional con más de S/. 900 millones, da empleo a más de 23 mil trabajadores de manera directa y 140 mil de manera indirecta (Ministerio de la Producción, 2017).

El sector de laboratorios farmacéuticos ha mostrado una consolidación de participantes mediante fusiones y adquisiciones, se ha producido importantes eventos, como la compra de CFR Pharmaceuticals por parte de laboratorios ABBOT (Abbot, 2014), la misma había adquirido Farmindustria S.A, unos de los más grandes laboratorios peruanos. En el 2017, el Grupo Invekra, un conglomerado farmacéutico latinoamericano con sede en la Ciudad de México consolidó la adquisición del 51% de Laboratorios Portugal S.R.L. un laboratorio nacional líder de productos farmacéuticos y de cuidado personal (Hidalgo, 2017).

En el 2018, la compañía InRetail Perú, perteneciente al Grupo Intercorp, compró a Quicorp S.A (Química Suiza) lo cual involucró la compra de dos laboratorios farmacéuticos CIPA S.A y CIFARMA S.A, y de cadenas de retail (Mifarma, BTL y Fasa), con lo cual obtuvo el 83% de participación en el mercado peruano (Bambaren, 2018). Dicha concentración es un tema muy preocupante, para muchos analistas esto podría producir un incremento en el precio de los medicamentos y tener un impacto significativo en el gasto en salud de los ciudadanos (Diario Gestión, 2018).

Sobre el punto del incremento de precios ya existen evidencias de su aplicación, así tenemos, la sanción en primera instancia por parte de la Comisión de Defensa de la Libre Competencia de INDECOPI con Resolución N°078-2016/ CLC (INDECOPI, 2016), a un grupo de cadenas de farmacias por un total de 2,274.46 UIT, equivalente a S/ 8.9 millones por prácticas colusorias horizontal concertando precios de medicamentos y complementos nutricionales de venta al público. Entre enero 2008 a marzo 2009, conducta tipificada en el artículo 11.2 de la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas. La multa que se impuso a cada empresa se detalla a continuación: Inkafarma (931.21 UIT); Arcángel (866.99 UIT); Fasa (349.18 UIT); Mifarma (32.65 UIT); y Nortfarma (94.43 UIT) (INDECOPI, 2016).

La Resolución N°078-2016/ CLC (INDECOPI, 2016) indica que esta conducta colusoria habría generado un impacto negativo en los consumidores considerando que, en el lapso de la investigación, el 88% del gasto de las familias en medicamentos se realizan en farmacias o boticas privadas, mientras que el 12% restante es realizado en instituciones públicas como el MINSA o EsSalud y en clínicas privadas. Las cinco

cadenas de boticas concentraron el 72% de la venta del sector retail farmacéuticos para el mismo período (INDECOPI, 2016).

Respecto a la concentración de laboratorios, el informe de Produce (2017) realizó la operación para obtener el índice Herfindahl Hirschmann (IHH) dándole como resultado para el año 2014 un valor de 2,200 correspondiente a un mercado "moderadamente concentrado". El presente trabajo de investigación buscará evaluar la variación de este índice considerando los cambios en el sector y si estos cambios se reflejan en los precios al consumidor final.

Por último, se demuestra la importancia de las boticas y farmacias para el consumidor considerando la encuesta nacional de hogares (ENAHO) 2018 donde las farmacias y boticas privadas son la principal opción de las familias para la compra de medicamentos con un 84.54% por encima de bodegas (6.39%), establecimientos estatales (3.85%) y farmacias de clínicas (1.28%). El gasto promedio es de S/. 35, siendo el valor mínimo de S/. 0.20 y el máximo de S/. 3.5 mil.

1.5 Delimitación de la tesis

1.5.1 Alcance

La investigación realizada se centra en determinar si la concentración en el sector farmacéutico peruano tiene impacto económico en los consumidores, enfocado en realizar un análisis interno y externo, marco regulatorio, opinión de stakeholders, oferta y demanda, considerando el periodo de enero 2014 a octubre 2019.

1.5.2 Limitaciones

Se basará en los reglamentos y normas establecidos hasta diciembre 2019, considerando que es posible que en el 2020 se realicen cambios en la normativa legal vigente.

No hay estandarización de códigos de medicamentos en la cadena productiva de la industria farmacéutica peruana y, además, en relación con DIGEMID.

No se han realizado estudios de investigación de márgenes de distribución y retail en nuestro país.

La información de los precios de laboratorios es hasta diciembre 2018, mientras que la información de DIGEMID hasta fines del 2019, por lo tanto, la validación del daño al consumidor solo será hasta el 2018 donde se puede realizar la comparación.

CAPÍTULO II. MARCO METODOLÓGICO

La investigación se realizó gracias a contar la información del precio de los medicamentos de laboratorios y farmacias entre los años 2014 al 2019.

2.1 Diseño de investigación

Considerando los objetivos planteados, el estudio se basará en un diseño de investigación tipo no experimental, que se efectúa observando las variables sin la manipulación por parte de los investigadores y se observan los fenómenos según su ocurrencia, para analizarlos, tomando en cuenta su dimensión temporal en la que se recolectan los datos. La investigación se enfocará en analizar los cambios de un evento al paso del tiempo (Hernández, 2014).

Este diseño se utilizará dado que los eventos a analizar ya ocurrieron en su espacio y tiempo, no pueden ser modificados ni provocados por el presente estudio. Además, no se tiene control sobre las variables a revisar y al ser resultados históricos se pueden realizar suposiciones o buscar alguna causalidad, respecto al efecto que tuvieron en su momento los agentes afectados y los posibles escenarios que pueden presentarse en el futuro.

2.1.1 Diseños Longitudinales

El estudio de corte longitudinal es uno de los tipos de diseños no experimentales, el mismo analiza los cambios al paso el tiempo en categorías, conceptos, variables o sus relaciones de alguna población en general (Hernández, 2014).

2.1.2 Diseños de Panel

La investigación se centrará en este tipo de diseño no experimental longitudinal, considerando que se hará seguimiento a través del tiempo a la muestra de precios de medicamentos vendidos por laboratorios y farmacias entre enero 2014 y octubre 2019.

Además de revisar la información para buscar relaciones en el comportamiento de los precios de los medicamentos de laboratorios y farmacias, también, se realizará una división de los medicamentos en tres grupos (agudos, crónicos y genéricos) para poder identificar si dentro de estos grupos habría algún comportamiento distinto al de la población.

2.2 Fuentes de información

El trabajo de investigación se llevará a cabo realizando las consultas a fuentes de información tanto primarias como secundarias. De esta manera, se busca conseguir validar las hipótesis planteadas para el sector farmacéutico.

2.2.1 Fuentes Primarias

La principal fuente primaria será la información obtenida mediante las entrevistas a expertos, que se realizarán aplicando un cuestionario de preguntas cara a cara con el entrevistado para conocer las distintas opiniones sobre el sector.

Los entrevistados representan a las principales asociaciones de laboratorios farmacéuticos, como son ADIFAN, ALAFAL y ALAFARPE, un representante del Colegio Químico Farmacéutico Departamental de Lima, un representante de las boticas y farmacias independientes de ANABIF, un representante de CONAR experto en libre competencia, un representante de ASPEC y un representante académico experto del sector salud.

2.2.2 Fuentes Secundarias

Entre las fuentes secundarias más importantes de información para este diseño de investigación, se detallan las siguientes:

2.2.2.1 IQVIA (IMS)

Es una empresa estadounidense que surge el 2017 de la fusión de IMS Health y Quintiles, que brinda información, servicio y tecnología para la industria de la salud y

es reconocida mundialmente como la más grande fuente de información médica (IQVIA, 2019).

Para esta investigación la información proporcionada fue el historial mensual de ventas, en valor monetario y cantidad vendida, de febrero 2014 a enero 2019 de los laboratorios farmacéuticos nacionales e internacionales que realizaron operaciones en el país con el sector privado.

2.2.2.2 Observatorio de precios de medicamentos de la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)

Fue creado a través del Resolución Ministerial N° 040-2010/MINSA (Poder Ejecutivo, 2010), que establece que cada establecimiento farmacéutico público y privado del país, debe registrarse en el Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos y deben suministrar la información correspondiente a los precios de los productos farmacéuticos ofertados con registro sanitario vigente.

La información por utilizar será el precio promedio mensual, entre enero 2014 a octubre 2019 de los medicamentos ofrecidos en el sector retail farmacéutico nacional. Es necesario indicar que los precios que se encuentran en el observatorio corresponden solamente a los del mes vigente, la data histórica no es accesible al público en general.

Hasta el 2017, el observatorio de precios contaba con información al cierre de mes expresado en medidas de tendencia central (promedio, mediana y moda), bajo la mención de “Indicador de Precios Mensual”; este apartado en su página web, se encuentra sin información disponible.

Se obtuvo la información del observatorio de precios de enero 2014 a octubre 2019, como respuesta a la solicitud dirigida a DIGEMID, según Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública (Poder Legislativo, 2002).

2.3 Instrumentos de medición

2.3.1 Estadística Descriptiva

Como parte de la investigación se procederá a comparar las medias de las distribuciones de los precios de los laboratorios y boticas en tres escenarios:

- Primer Escenario: De enero 2014 a marzo 2016 (ex ante a las alertas de concentración de precio)
- Segundo Escenario: De abril 2016 a diciembre 2017 (período de sospecha de concentración de precios)
- Tercer Escenario: De enero 2018 al octubre 2019 (ex post adquisición de Química Suiza y subsidiarias por parte de InRetail)

En este nivel se analizará la data obtenida para poder conocer que información es con la que se cuenta, para poder realizar esto, se obtendrán las principales medidas de tendencia central de la información de DIGEMID debido a que esta se encuentra como información diaria y distribuida por las boticas que registraron sus precios, por lo que, es necesario agrupar la información de manera mensual para uniformizar esta data con la del IMS.

2.3.1.1 Media (o Promedio)

Esta medida de posición es la más importante de una variable, indica la posición central de los datos en su distribución (Anderson, 2016). La fórmula de la media muestral es:

$$\bar{x} = \frac{\sum x_i}{n}$$

2.3.1.2 Media Ponderada

Esta medida se utiliza cuando los datos cuentan con un peso dentro de la muestra. La media se calcula considerando cada peso en la observación de esta manera se

considera la importancia relativa de cada variable en la muestra (Anderson, 2016). La fórmula de la media ponderada es:

$$\bar{x} = \frac{\sum w_i x_i}{\sum w_i}$$

Donde w_i= peso a observar de i

2.3.2 Estadística Inferencial

Se utilizará una prueba estadística denominada Test de Chow a fin de probar que existe un quiebre exógeno en la distribución de precios en una fecha conocida a priori, que son los diferentes escenarios que se establecerán durante la investigación.

El test de Chow se usa para probar si existe un quiebre estructural endógeno en la serie de precios de la forma Pt = β0 +β1Tt+ β2‘Tt *Dt + εt, cuando se tiene conocimiento a priori de la fecha exacta en la que se da este quiebre estructural (INDECOPI, 2019).

Donde:

Pt: Serie de precios de cada producto

β_0: Intercepto de la ecuación

β_1: Tendencia que siguen los precios

$\beta_{2'}$: Tendencia durante la última concentración

Tt: Tendencia que siguen los precios a lo largo del tiempo

D_t: Variable dicotómica, toma el valor de 0 para todos los datos antes de la fecha de concentración económica y 1 para el periodo posterior.

ε_t: Error estándar

Siendo la hipótesis nula: Ho = No existe daño estructural en el período analizado y Ha = Se rechaza Ho. Si se obtiene un resultado del coeficiente, β2’, positivo se da por rechazada la hipótesis nula dado que evidencia un cambio en la tendencia.

2.4 Técnicas de Análisis

2.4.1 Análisis de la concentración

Para determinar el índice de concentración de laboratorios farmacéuticos junto con el sector retail y el tipo de competencia en estos mercados, se aplicará el índice de Herfindahl y Hirschmann (IHH) empleando la información de la participación del mercado de medicamentos del IQVIA (Parkin, 2015).

$$IHH = \sum_{i=1}^{n} S_i^2$$

2.4.2 Índice de Precios del Consumidor (IPC)

Para determinar la variación del precio de los medicamentos entre los escenarios se considerará su evolución mediante la teoría del índice de precios del consumidor, de esta manera conocer si los cambios entre escenarios generarán un impacto en el poder adquisitivo de los pacientes. Se considerará la muestra de 332 medicamentos y se tomará como año base el precio promedio ponderado del primer escenario. La fórmula por utilizar para obtener el IPC es la siguiente (Krugman, 2007):

$$IPC = \frac{Coste\ de\ la\ canasta\ del\ año\ dado}{Coste\ de\ la\ canasta\ del\ año\ base} x100$$

2.4.3 Análisis de contenidos para los escenarios

Para establecer los escenarios de estudio del impacto económico en los consumidores en el sector farmacéutico peruano, se identificarán los periodos de tiempo de los casos de fusión y adquisición en este sector durante el periodo 2014 – 2019.

Una vez definido los escenarios, se procederá a realizar el análisis de estadística descriptiva de cada uno de ellos para obtener sus medidas de tendencia central e identificar las variaciones entre los mismos.

Posteriormente, mediante la prueba estadística denominada Test de Chow, se buscará determinar si existe cambios estructurales en el total de la serie de precios de medicamentos; y adicionalmente, evaluar cada escenario. De esta manera, validar que durante el período observado los cambios en los precios se deben a un evento exógeno.

2.4.4 Tamaño mínimo de muestra

Para evaluar el efecto de la variación de precios en los medicamentos en los pacientes, se decidió tomar una muestra de los medicamentos analizados. Para hallar la cantidad de observaciones que deberían participar en la muestra es necesario utilizar la teoría de determinación del tamaño mínimo de muestra. Según Israel (1992):

$$n_0 = \frac{Z^2.p.q}{e^2}$$

Donde:

n_0: tamaño de la muestra,

Z^2: abscisa de la curva normal,

e: nivel de precisión,

p: proporción estimada del atributo presente en la población y

q: 1-p.

Posteriormente se aplica la corrección para proporciones finitas:

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}}$$

Donde:

n: representa el tamaño de muestra ajustado,

n_0: hallado previamente en función anterior y

N: tamaño de la población.

2.5 Instrumentos

2.5.1 Instrumentos de Recolección

2.5.1.1 Entrevistas

Para realizar las entrevistas a expertos fue necesario definir un cuestionario de preguntas que permita conocer las opiniones respecto a los puntos importantes a considerar en el trabajo de investigación: el sector farmacéutico, últimos movimientos de adquisiciones, comparación con países de la región y opinión respecto al ente regulador del sector.

Las entrevistas completas se encuentran transcritas en los anexos, su contenido parcial fue relevante y se utilizó para reforzar los puntos relacionados a la regulación de precios, fusiones y concentración de mercado.

2.5.1.2 Páginas Web

Se utilizó la búsqueda de información referente a series históricas de cifras económicas, situación del sector farmacéutico y evolución del mercado para reforzar los puntos presentados en los antecedentes, marco teórico, conceptual y contextual.

La obtención de la información se realizó mediante los buscadores académicos, institucionales, estadísticos y de noticias. La información obtenida mediante esta fuente se encuentra en la bibliografía.

2.5.2 Instrumentos de Procesamiento

2.5.2.1 Visual FoxPro (VFP)

Este programa estadístico, desarrollado por Microsoft, es el principal software usado por DIGEMID y su división de observatorio de precios para realizar el almacenamiento y desarrollo de la información de los precios. Es necesario indicar que en el 2007 se lanzó su última versión (Taft, 2007) y este software solo tuvo soporte técnico por parte de Microsoft hasta el 2015.

2.5.2.2 STATA

En este trabajo de investigación será necesario utilizar el software estadístico, desarrollado por StataCorp, el cual nos permitirá obtener los resultados de estadística descriptiva e inferencial.

2.5.2.3 Gráficos y tablas

Se elaboraron para facilitar la presentación y resumir la información de los datos presentados en los antecedentes, marco contextual y resultados.

CAPÍTULO III. MARCO CONCEPTUAL

3.1 Economía de Mercado

La corriente clásica de la economía es el capitalismo de mercado, la cual se fundamenta en los escritos de Adam Smith, este sistema económico se basa en la posibilidad que tienen los individuos de elegir libremente qué productos y servicios comprar y vender, considerando los factores de producción escasos en la economía del país (Parkin, 2015).

La "mano invisible" del mercado hace que estos coordinen por si mismos qué, cómo y para quién producir, el interés particular de los productores es conseguir la utilidad máxima, pero son estos cambios imprevisibles en el mercado los que harán que el interés social aumente. Por lo que la intervención del Estado resulta innecesaria dado que al no estar preparados para realizar acciones en los mercados cambiantes es mejor no participar en búsqueda de mejores resultados porque pueden afectar el comportamiento de estos (Parkin, 2015).

Posteriormente, aparecieron otras corrientes como el socialismo o el marxismo, el keynesianismo y la escuela austríaca; sin embargo, es la teoría clásica y su versión neoclásica las que tienen la preferencia en los países.

En cuanto al Perú, la Constitución de 1993 (Poder Legislativo, 1993) Título III. Del Régimen Económico artículo 58, indica que somos un Estado basado en la Economía Social de Mercado que predica la libre existencia de la iniciativa privada y define que el gobierno debe incentivar la creación de riqueza, garantizar la libertad de trabajo y la libertad de empresa, comercio e industria.

La economía social de mercado inició en Alemania (1953), siendo Alfred Muller-Armack de la escuela de Friburgo quien desarrolló este concepto con el objetivo de instaurar una economía con base en salvavidas sociales que sean consistentes con los principios de libre mercado. El enfoque a la importancia de mercados competitivos como medio para entregar bienes y servicios de manera socialmente eficiente, preservando las libertades individuales de los peligros de medios coercitivos (como

licencias), pero reconociendo que las acciones espontáneas individuales no producirán un beneficio a la sociedad si es que hay cierta forma de intervención en los mercados. Un estado que proteja la competencia y la prohibición a los monopolios y cárteles son el principal objetivo de esta corriente (Turner, 2008).

La esencia de esta corriente económica es la existencia de un orden que proteja la libre competencia, en donde todos los actores de la economía sean iguales ante la ley, la importancia de los derechos de propiedad, leyes contractuales, leyes corporativas, leyes de patentes, etc. Un libre mercado no aparece en cualquier momento sin tener las reglas definidas (Vanberg, 2001).

El libre mercado no puede servir de instrumento para eliminar la competencia y establecer posiciones monopólicas, los mercados abiertos y competitivos son los que promueven la economía de un país (Vanberg, 2001).

3.1.1 Tipos de mercado

Un mercado es un lugar (no necesariamente físico) donde confluyen consumidores y vendedores. Los productores fijan sus productos o servicios a un precio lo suficientemente alto como para cubrir su costo de oportunidad, mientras que, los consumidores buscarán la alternativa más cómoda del producto o servicio deseado para satisfacer su necesidad. Existen 4 tipos de mercado (Parkin, 2015):

a) **Competencia perfecta:** Existen muchas empresas que ofrecen productos idénticos y muchos compradores. No existen barreras para el ingreso o creación de nuevas empresas, ambos participantes cuentan con la misma información y el precio lo define los cambios en el mercado.

b) **Competencia Monopolista:** Existen muchas empresas en el mercado que producen productos similares pero que son posibles de diferenciar (diferenciación de producto), la empresa cuenta con una participación del mercado y cuenta con la preferencia de un grupo de consumidores.

c) **Oligopolio:** Existen pocos vendedores y muchos compradores, pero tienen poder de negociación y venden productos similares. Cuentan con

barreras naturales o legales para el ingreso de nuevo competidores. Pocas empresas pueden provocar la tentación de cooperar (cártel) o interdependencia (las acciones de una empresa afectan a las otras)

d) **Monopolio:** Solo una empresa determina la oferta y demanda del mercado, esto puede deberse a que no hay bienes sustitutos cercanos o las barreras a la entrada (monopolio natural, de propiedad o legal) sean de un costo alto.

3.2 Libre competencia

3.2.1 Definición

Este concepto se sostiene en la libertad de elección de los distintos actores del mercado, asumiendo que las reglas son claras y sean cumplidas. El consumidor no está privado de opciones para elegir productos que satisfagan su necesidad; mientras que, el productor tiene la libertad de tomar decisiones empresariales en función de sus intereses. Esta toma de decisiones debería orientar a ambos a tomar una asignación eficiente de recursos. Las condiciones de la libre competencia son las del mercado en competencia perfecta (INDECOPI, 1997).

Sin embargo, los mercados de competencia perfecta son condiciones teóricas y ningún mercado real se desarrolla en base a estos supuestos. Las empresas cuentan con la capacidad de generar productos diferenciados (sea por calidad, marca u otras características), asignarle el precio que deseen, contar con un importante poder de mercado y el mercado puede presentar distintos niveles de barreras a la entrada y salida (Quintana, 2013).

Respecto a las barreras de entrada, son trabas que evitan el ingreso de nuevas empresas en la elaboración de un mismo producto. Los factores que influyen en evidenciar estas barreras son: (i) la inferioridad absoluta del costo de producción, (ii) economías de escala y (iii) productos diferenciados y barreras legales (Flint, 2002).

El Estado asume la defensa de la competencia y considera que no debe dejarse a la libre decisión de los actores privados. Los mercados no cuentan con autorregulación por lo que no impedirán que existan actitudes anticompetitivas; por lo tanto, es el Estado en función de árbitro quien debe definir reglas claras y transparentes (Flint, 2002).

Para el derecho, los problemas que se encuentran en mercados competitivos son: competencia desleal, abuso de la posición de dominio, barreras de la entrada a la competencia. El fin de velar por mantener mercados competitivos se debe al reconocimiento, que es el principal medio para proteger al consumidor y a la sociedad en su conjunto (Flint, 2002).

Por lo tanto, bajo esta premisa los países industrializados fueron quienes desde un inicio buscaron crear y mejorar sistemas legales para evitar prácticas anticompetitivas (Vásquez, 1997). El Estado debe concentrarse en evitar que se produzcan situaciones que el mercado no es capaz de resolver, el fin es mantener en los mercados la libre competencia de la mano con normas legales y entidades reguladoras que velen su cumplimiento (INDECOPI, 1997).

La implementación de normas legales en el Perú fue un proceso de reformas orientadas a áreas como: comercio exterior (sector aduanero, reforma arancelaria y paraarancelaria), mercado financiero (Ley de mercado de valores, suprimió el control de tasas de interés y banca estatal de fomento, regulación de entidades financieras y seguros), mercado laboral (flexibilización de la estabilidad y participación laboral, compensación por tiempo de servicios y reforma del seguro social), sectores productivos (regímenes de propiedad), servicios públicos e infraestructura (Cáceres, s/f).

3.3 Mercado Relevante y Posición de Dominio

3.3.1 Mercado Relevante

Un mercado relevante es el espacio donde una o varias empresas pueden imponer sus condiciones de venta al tener un poder de dominio del mercado (Flint, 2002). Por otro lado, cuando los proveedores y consumidores no cuentan con alternativas de

sustitución de un producto o no existe una competencia dentro del mercado se dice que dentro del mercado relevante existe actos de abuso de posición de dominio (Quintana, 2013).

Asimismo, en un mercado relevante, donde existen compradores y vendedores, el poder de dominio que pueda tener un vendedor puede influenciar en los costos y decisión de compra del consumidor, pero mucho va a depender de las alternativas de elección con las que cuente el consumidor, así como la posición geográfica y la calidad del producto (Quintana, 2013).

3.3.2 Posición de Dominio

El Decreto Legislativo N°1034 (Poder Legislativo, 2008) en su artículo 7 indica que una empresa tiene esta condición cuando tiene el poder de modificar la oferta y demanda del mercado en que participa sin que la competencia pueda hacer algo al respecto en un futuro inmediato (Quintana, 2013).

Toda empresa que ostenta un dominio en el mercado, por el mismo poder que tiene, puede incurrir en actos de abuso de su posición, los cuales incluye poner barreras a otros competidores que quisieran ingresar al mercado o que recién están operando (Quintana, 2013).

Dentro de la participación del mercado y la competencia actual, es necesario evaluar el ingreso de nueva competencia, así como las barreras de entrada al mercado. Para esto debe evaluarse en términos legales, económicos y estratégicos (Quintana, 2013).

3.3.3 Competencia Desleal

Todo acto de competencia desleal inicia con conductas que inducen a error a otros sectores o mercados donde se desenvuelve el infractor. Es por esa razón que el mercado debe estar emitiendo constantemente información verídica para que el consumidor no entre en confusión. La información que llega al consumidor debe estar sustentada en experiencias auténticas (Quintana, 2013).

Por otro lado, la evasión de costos, normas laborales y pago de beneficios sociales también es considerado una competencia desleal debido a que puedes reducir costos y conseguir mayor participación del mercado frente a los competidores que si cumplen las normas (Poder Legislativo, 2008).

Es necesario tener en cuenta que los mecanismos de intervención para mitigar la competencia desleal deben de tomarse con mucho cuidado para que no afecten la libertad que tienen las empresas de informar las bondades de sus productos.

3.3.4 Integración

En el sector empresarial, debido a los cambios constantes a nivel mundial, las empresas buscan nuevas metodologías para seguir creciendo, volviéndose más eficientes en su cadena productiva con el fin de brindar al consumidor nuevas formas de entrega de sus productos o servicios (Malburg, 2000).

Uno de estos métodos es la integración de empresas, en el cual dos organizaciones se unen ya sea horizontal o verticalmente para lograr un fin común, crecer en el tiempo. Para que dos empresas se integren se tiene que evaluar previamente si las economías de escala producirán un beneficio para ellas, ya sea en sus costos de producción, calidad, tiempo de entrega del producto o servicio, entre otras.

3.3.4.1 Integración Horizontal

La integración horizontal aparece cuando una empresa adquiere a otra que produce el mismo bien y que se encuentra en el mismo nivel productivo de la cadena del sector. Esta integración se diferencia de la vertical dado que se involucra a empresas que compiten directamente. Por otro lado, lo negativo en este tipo de integraciones es que también puede formarse en mercados oligopólicos con el fin de eliminar a la competencia y llegar a tener un mayor poder de participación de mercado (Malburg, 2000).

Los principales objetivos que se logran al realizar una integración horizontal son:

- Crea un posicionamiento gracias a la integración de la nueva empresa, ya no se tiene que crear una nueva marca desde cero.
- Crecen los canales de distribución y por ende cuenta con mayor poder para negociar precios más bajos con los proveedores.
- Permite aprovechar los recursos de la nueva empresa adquirida, como son los tecnológicos, humanos, entre otros.

El tener dos empresas integradas horizontalmente, significa igualar todos sus procesos de la cadena productiva, encontrar sinergias en el desarrollo del producto y mejorar la experiencia del cliente en la entrega del bien o servicio, tanto en calidad, costos y tiempo de entrega.

3.3.4.2 Integración Vertical

La integración vertical aparece cuando se adquiere a otra compañía que se encuentra de manera vertical hacia arriba (upstream) o debajo (downstream) de la misma cadena productiva. Este tipo de integraciones aparece cuando la empresa requiere obtener eficiencias para mejorar su modelo de negocio y decide realizarlo hacia atrás, cuando quiere añadir a su esquema de negocios la etapa proveedora, o decide realizarlo hacia adelante cuando quiere tener sus propios centros de distribución, transporte o contacto final con el consumidor. La empresa que no posea una integración vertical tendrá a toda la cadena productiva concentrada en una sola etapa (Malburg, 2000).

Entre los principales objetivos que se logra al realizar una integración vertical son:

- Reducción de los costos de producción, gracias a las economías de escala.
- Mayor poder de negociación con cada participante de la cadena.
- Mayor poder para poder fijar los precios y ejercer un mayor control.

La decisión que se toma obedece a como se está comportando el mercado o si tiene la espalda financiera suficiente para afrontar dicha compra o si técnicamente tienen el

personal adecuado que se pueda manejar en ambos niveles. Al ser una sola empresa, pero de diferente nivel de la cadena necesita tener la experiencia suficiente para poder realizar las sinergias que ayuden a que ambos negocios puedan engranarse y seguir el rumbo en un solo sentido, por el bien de la empresa. Por otro lado, si solo son manejadas como empresas independientes sin ningún tipo de control conjunto entonces el aprovechamiento de la integración será mínimo o casi nulo y no aparecerán los retornos de inversión esperados por los accionistas.

3.3.5 Precios de Transferencia

Según García (2001) se define precio de transferencia a todo bien o servicio brindado por una empresa a otra con la que exista algún vínculo económico. Este precio se debe definir en base a ciertos criterios que permitan validar que no exista manipulación alguna que busque beneficiar tributariamente (elusión) u obtener algún otro beneficio económico que perjudique el correcto funcionamiento del mercado.

En una situación de integración vertical u horizontal, es de esperar que se realicen ventas internas entre empresas afiliadas, sin embargo, como objetivo de precios de transferencia es necesario que el precio final sea revisado y que se valide que el ofrecido para las afiliadas sean competitivos frente al que maneja el mercado, de esta manera evitar que alguna empresa se vea favorecida en algún sector de la cadena productiva.

3.4 Fallas del Mercado

3.4.1 Concentración de Mercados

En la década del 90, el Perú inició un proceso de apertura a los mercados internacionales que originó el aumento de fusiones y adquisiciones de empresas nacionales por inversionistas nacionales y extranjeros. Sin embargo, estas decisiones empresariales pasaron sin supervisión alguna bajo el argumento de la necesidad de adecuarse a los tiempos modernos. Esta permisividad de años iniciales en el país generó cinco puntos que afectaron al mercado nacional (Delgado, 2012):

a) No se distinguió a los mercados con fáciles accesos de ingreso donde un monopolio pueda durar poco tiempo al tener márgenes interesantes para nuevos inversionistas. Las barreras a la entrada pueden permitir que un monopolio se consolide sin problemas.
b) No existió diferencias entre una fusión que asegure un poder de mercado no relevante versus una fusión que tenga casi el 100% de las ventas.
c) No consideran el perjuicio que pueden tener los consumidores ante una fusión que genere monopolio en los años que dure la concentración.
d) No consideran el derecho de los empresarios a entrar a un mercado debido a las estructuras rígidas conformadas por la fusión.

3.4.2 Medición de la concentración de mercados

A fin de determinar la estructura del mercado farmacéutico, se requiere cuantificar el grado de concentración, es decir, validar si este mercado está dominado por un grupo reducido de empresas, para ello, se requiere emplear índices de concentración, entre estos tenemos:

- Índice de concentración absoluta (Navarro, 2013).
- Índice de concentración de las mayores empresas, (Navarro, 2013).
- Coeficiente de concentración de cuatro empresas, (Parkin, 2015).
- Índice de entropía (Navarro, 2013).
- Índice de Herfindahl y Hirschman o IHH (Parkin, 2015).
- Índice de dominación (Navarro, 2013),

De los índices mencionados, se considera apropiado usar para esta investigación, el índice de Herfindahl y Hirschman, más conocido como IHH y el más usado a nivel mundial, se determina mediante la suma del cuadrado de las participaciones porcentuales del mercado de las cincuenta empresas más grandes en un mercado o si hay menos de cincuenta empresas, se consideran todas (Parkin, 2015).

INDECOPI tiene definida la relación del resultado del valor IHH del mercado evaluado y su grado de concentración, de esta manera, se puede determinar qué nivel

de competencia presenta el mercado. Esta relación se aprecia en la Tabla 3.1 (Quintana, 2013).

Tabla 3.1. Relación entre el índice IHH y el nivel de competencia

Índice IHH	Grado de Concentración de Mercado
Menor a 1,500	Desconcentrado
Entre 1,500 a 2,500	Moderadamente Concentrado
Superior a 2,500	Altamente Concentrado

Fuente: Quintana, 2013
Elaboración: Autores de la tesis

3.4.3 Barreras a la entrada

Según Porter (2008) existen 7 fuentes importantes de barreras a la entrada:

(i) Economía de escala por el lado de la oferta, este tipo de economía aparece cuando organizaciones que producen a capacidades mayores se benefician de costos más bajos por unidad adquirida. Las economías de escala actualmente lo vemos en todas las actividades de la cadena de valor; la significación de cada una básicamente dependerá del sector.

(ii) Beneficios de escala por el lado de la demanda. También renombrado como efectos de red, es decir, cuando un comprador necesita algo específico de una empresa, esta se ve beneficiado sumando a otros compradores que también compran en esta empresa, pero no necesariamente el producto principal. Los compradores tienden a confiar en empresas más grandes y reconocidas cuando compran productos básicos.

(iii) Costos para los clientes por cambiar de proveedor. En toda industria cuando los compradores deciden cambian de proveedor por motivos empresariales, deben asumir ciertos costos fijos, los cuales pueden ser muy altos cuando no formas parte de los grandes grupos económicos.

(iv) Requisitos de capital. En la industria farmacéutica si quieres pertenecer a los grandes grupos surge la exigencia de invertir sumas importantes de recursos financieros lo cual les permitirá competir, de no cumplir con esta exigencia se impide el ingreso de nuevos competidores.

(v) Ventajas de los actores establecidos independientemente del tamaño. Las empresas ya establecidas tendrán cierta ventaja de costos o de calidad que no están al alcance de sus potenciales competidores. En la industria

farmacéutica grandes grupos económicos cuentan con tecnología de punta, laboratorios ubicados geográficamente favorables, etc.

(vi) Acceso desigual a los canales de distribución. El nuevo entrante debe tener una buena estrategia para asegurar la distribución de su producto y/o servicio. En la industria farmacéutica las grandes empresas tienen ocupado todos los canales de distribución, sin embargo, con el avance de la tecnología da pie a innovaciones que ayuden con este punto.

(vii) Políticas gubernamentales restrictivas. Estas políticas pueden impedir la entrada de nuevos competidores a un determinado sector, sin embargo, en la industria farmacéutica el marco regulatorio a nivel de control de concentración no ha sido contemplado en la legislación peruana.

3.4.4 Información Asimétrica

Este término es utilizado para identificar la situación en un mercado donde una de las partes cuenta con más información que la otra al realizar una transacción. Esta diferencia puede significar ventajas ex ante o ex post al cierre de una negociación, estos casos son conocido como Selección Adversa y Riesgo moral respectivamente (Parkin, 2015).

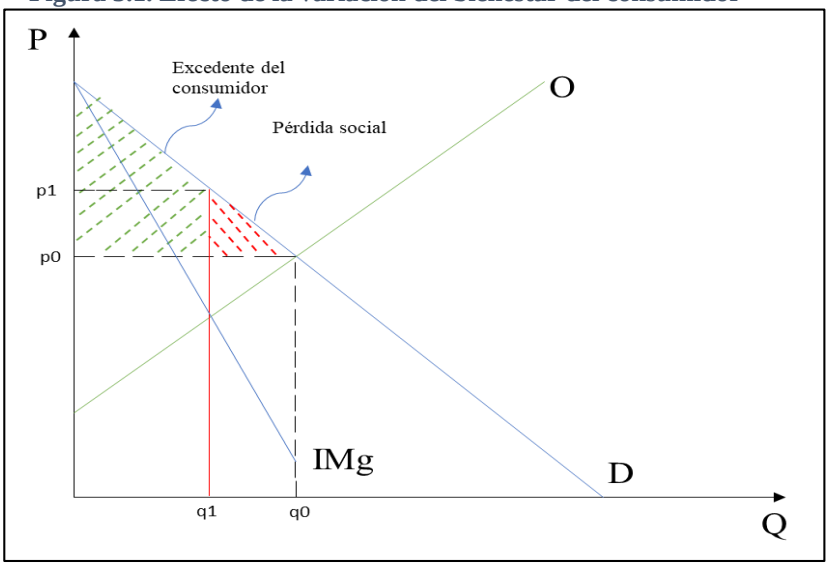
En el caso del sector farmacéutico existe un escenario de selección adversa entre el médico/paciente y el médico/laboratorio, siendo el paciente el actor con menos información entre los 3 integrantes al no contar con suficiente detalle respecto a la calidad, seguridad, eficacia, precio y propiedades del producto a consumir (Miranda, 2004).

3.4.5 Variación del bienestar del consumidor

Según Fernández – Baca (2008) el excedente del consumidor cuantifica la diferencia entre la máxima disposición a gastar de una persona para adquirir un bien o servicio, y el gasto que está realizando efectivamente, pagando el precio de mercado. Por lo que analizar los cambios del excedente proporciona un promedio respecto a las variaciones en la utilidad del consumidor.

Es así como se plantea que ante una situación de equilibrio el precio fijado distribuye de manera justa el excedente del consumidor y del productor, sin embargo, cuando existe un desequilibrio y el precio se encuentra por encima al del equilibrio es el consumidor quien pierde parte de su excedente y se genera una pérdida social o irrecuperable. En la Figura 3.1 se presenta la situación cuando el productor se encuentra en una posición monopolística y decide fijar el precio p1 al producir al nivel q1, aprovechando la posición de dominio, el consumidor pierde parte de su excedente a costa de mayor ganancia para el productor.

Figura 3.1. Efecto de la variación del bienestar del consumidor



Fuente: Parkin, 2015
Elaboración: Autores de la tesis

En un escenario como el farmacéutico, donde se considera que el medicamento es un bien inelástico al precio debido a la necesidad del paciente por comprar el producto y a los pocos bienes sustitutos, la variación en precios al alza reducirá el excedente del consumidor a costa de un mayor beneficio al productor. El presente trabajo de investigación buscará confirmar si existe una reducción (o daño) al excedente del consumidor.

3.5 Índices de precios del consumidor

El índice de precios del consumidor mide la variación del costo de una canasta de bienes o servicios representativos de las familias en un país o localidad, comparando esta variación con las de un año base (Krugman, 2007).

La revisión del IPC permite conocer si la variación de los precios manteniendo como referencia el peso o cantidad del año base genera un descenso o incremento en el costo de la canasta básica de las familias. Por lo tanto, la comparación porcentual de IPC de diferentes períodos daría como resultado la tasa de inflación.

Considerando la muestra de 332 medicamentos evaluados, se buscará determinar el comportamiento del IPC entre escenarios, siendo el año base el IPC del primer escenario.

3.6 Estudios de concentración de mercados en Latinoamérica

El aumento de la concentración a través de fusiones y adquisiciones en la industria farmacéutica explica la necesidad de mejorar los equipos de persona ya sea técnico y profesional para mayores investigaciones en nuevas áreas con la finalidad de obtener mayor número de patentes y la creciente necesidad de disminuir los costos.

Además, esta necesidad de realizar fusiones y adquisiciones no sólo se engloba a compras de laboratorios farmacéuticos, sino a una integración vertical con los diversos proveedores de la cadena de salud ya sea mayorista y distribuidores de medicamentos.

En el caso colombiano, Jiménez (2005) menciona que si bien en la industria colombiana (para los años 2002 y 2003), los gastos en investigación y desarrollo (I&D) son considerados relativamente bajos, las empresas extranjeras investigan en el exterior y las nacionales no tienen los recursos suficientes para realizar programas de I&D, estas últimas concentran su producción en medicamentos genéricos los cuales cuentan con los estándares internacionales de buenas prácticas manufactura, eficacia, seguridad y biodisponibilidad del productor. La concentración en los mercados de medicinas para la diabetes, morbimortalidad cardiovascular y para enfermedades cerebrovasculares (ECV) se encuentran dominadas por monopolios y oligopolios lo que ha ocasionado que los pacientes de estas patologías no tengan acceso a la adquisición de dichos medicamentos por los precios fijados por los oligopolios, siendo el precio la diferencia principal entre genéricos y de medicamentos de marca.

En el caso mexicano, según Guerra (2018) el sector farmacéutico de México en el 2005 ha sido un oligopolio conformado por un grupo de cinco a diez compañías quienes tenían el control del 32,1% a 53,4% de un mercado inelástico en términos de precios. Se trató de un mercado concentrado en el que los laboratorios han contado con mayor poder en la fijación de los precios frente a los consumidores. Además, el poder de los productores generó precios socialmente ineficientes, provocando una demanda fuera de lo óptimo, lo cual podría estar ocasionando resultados negativos en la ciudadanía y su bienestar social. Los precios elevados ocasionan que los medicamentos no sean accesibles al público, y más aún en aquellos que no cuentan con un seguro de salud y que deben pagarlos directamente de su bolsillo.

En el caso chileno, en un estudio de tesis realizado por Serey, V. (2012) en donde se hizo una amplia gama de tópicos centrales en la investigación de un oligopolio de tres grandes cadenas (Fasa, CV y SB), que competían en precios en el mercado minorista en más de 5 mil medicamentos, mostrando un alto grado de contacto multimercado, celebrando contratos con 70 laboratorios, y enfrentando una franja competitiva que escasamente ha variado en su participación de mercado y que mostraban una alto nivel de concentración. Se mostró barrares de entrada por los costos hundidos (para competir en costos se necesita una elevada inversión al comienzo y de volúmenes grandes de compra) y como estrategias de venta, se observaron técnicas de empaquetamiento de productos y discriminación de precios.

3.7 Estudios de concentración de mercados en Perú

En “El control previo de las concentraciones empresariales en el Perú: ventajas y desventajas” (Figueroa, 2015) se realiza un análisis detallado de las concentraciones empresariales y la ausencia de control en el sistema jurídico de nuestro país, así como un análisis profundo de la implementación del proyecto de Ley N° 972-2011-CR (Poder Legislativo, 2012), Ley de promoción de la libre competencia y la eficiencia en los mercados para la protección de los consumidores, el cual busca implementarse en todos los sectores de la economía, finalmente, se concluyó que de implementarse su impacto sería negativo, ya que sería un factor que no incentivaría la inversión y el crecimiento del país.

Por otro lado, en la tesis “Planeamiento Estratégico para la Industria Farmacéutica Peruana” (Cóndor et al. 2017) presentan una perspectiva comercial sobre el mercado de medicamentos en el país, en la cual nos describen la gran cantidad de medicamentos importados y la baja participación de los productos de laboratorios peruanos. Como posible solución se plantea la creación de un clúster de los laboratorios peruanos y que los mismos deben contar con todos los estándares internacionales para poder competir a nivel mundial.

En el trabajo de investigación de Fiestas (2018) titulado “Caracterización de la industria farmacéutica peruana: Obstáculos para su crecimiento” identifica aquellos factores que imposibilitan el crecimiento del sector farmacéutico nacional obstaculizando a la contribución de la salud con respecto a la producción y comercialización de medicamentos, o con el bienestar y mejor calidad de vida de los ciudadanos. Se menciona que permite el ingreso de cualquier medicamento del exterior, sin controles de calidad exigidos a los nacionales, sin el trámite necesario para constatar el origen de los productos importados, además de la emisión de leyes que facilita su ingreso. Como propuesta de solución a estos problemas se plantea mejorar los controles de calidad y exigencia de los medicamentos extranjeros con la misma rigurosidad con respecto a los medicamentos nacionales. Además, se concluye que, el Perú no cuenta con restricciones ni prohibiciones para la importación de productos farmacéuticos, tampoco con barreras paraarancelarias, a diferencia de sus pares latinoamericanos (que tienen altas barreras de acceso a sus mercados), esto genera asimetrías en el intercambio comercial y explica la migración de empresas extranjeras a otros países latinoamericanos y la lenta expansión de las exportaciones.

La tesis “Fusiones y concentraciones de las cadenas de farmacias y su impacto en el bolsillo de los consumidores” (Asenjo et al. 2017) tiene un periodo de investigación que va de abril 2013 a marzo 2017, a nivel nacional, la misma realiza un estudio del impacto que ocasionan las adquisiciones de las cadenas de farmacias en el gasto del consumidor final, donde además, se investiga la normativa sobre concentración empresarial, así como también las mejores prácticas en otros países en cuanto al control de la concentración.

Los resultados de esta investigación demuestran que las concentraciones de las empresas en sectores tan sensibles como es el caso del sector farmacéutico generan daños al mercado y especialmente al consumidor debido a la característica particular de monitoreo constante de los precios de la competencia para realizar cambios de precio en sus productos y además, un incremento de los precios mayoristas de los productos farmacéuticos no explicaría en su totalidad un aumento en los precios de las cadenas de boticas, lo cual hace suponer que este incremento de precios es resultado de la concentración de las cadenas de retail.

Además, recomienda implementar una normativa legal de control ex ante de la concentración empresarial en sectores sensibles y poco competitivos, con el objetivo de salvaguardar la libre competencia de probables oligopolios y el gasto del bolsillo del consumidor, evitando un pago por sobreprecio.

Respecto al precio de los medicamentos en el mercado nacional, IPSOS realizó un análisis comparativo de precios en el Perú con sus pares latinoamericanos (Argentina, Chile, Colombia, Ecuador, México y Panamá), en los meses de enero y febrero del 2019, donde revisaron los precios de 57 medicamentos divididos en agudos, crónicos y genéricos; los cuales resultaron tener precios de -21%, -23% y -79%, respectivamente, respecto a la región y concluyen que, en promedio los medicamentos en Perú eran 30% más baratos (IPSOS, 2019).

En el trabajo “Impacto de la concentración de la oferta farmacéutica sobre la disponibilidad y precios de medicamentos en Lima Metropolitana y Callao” elaborado por Acción Internacional de la Salud (AIS), entre mayo y julio de 2018, a fin de analizar el impacto de la compra de Quicorp por parte de InRetail, visitaron 339 establecimientos solicitando 6 medicamentos esenciales con pacientes simulados, como conclusiones obtuvieron que existe una oferta preferencial de las marcas del grupo InRetail, siendo ofertadas como primera opción en más del 50% en 4 de los 6 medicamentos, mientras que, los otros dos en un 90% de establecimientos de la cadena (Llamoza, 2018).

Los estudios analizados demuestran la relevancia de buscar alcanzar una libre competencia en el sector farmacéutico o asegurar políticas que aseguren medicamentos

asequibles para la población. Esta posibilidad se pierde año a año al solo observar los cambios en la composición del sector sin previo control de los organismos gubernamentales. Es necesario que el Estado asuma un papel más proactivo en velar por mercados en libre competencia y también, son necesarias iniciativas por parte del sector privado.

3.8 Conductas Anticompetitivas

La norma define sanciones a personas naturales y jurídicas que generen distorsiones en los mercados en que participen y que pueden significar una inclinación de dominio hacia un lado del mercado. Estas distorsiones en el mercado son llamadas conductas anticompetitivas (Quintana, 2013).

Para controlar las conductas anticompetitivas, el Poder Legislativo promulgó el Decreto Legislativo N°1034 (Poder Legislativo, 2008), el cual se encarga de promover que los mercados trabajen de manera eficiente, velando por los consumidores (Quintana, 2013).

3.8.1 Actos de Abuso de Posición de Dominio

De acuerdo con lo indicado en el Decreto Legislativo N°1034 (Poder Legislativo, 2008) el abuso de posición de dominio solo puede ser individual, se define como el acto que tiene una empresa para poder distorsionar el mercado sin que sus otros competidores reales o potenciales del sector puedan tomar acciones en un futuro cercano (Quintana, 2013).

A su vez, dentro de las distorsiones del mercado existen conductas que son prohibidas de acuerdo con el artículo 10 del Decreto Legislativo N°1034 (Poder Legislativo, 2008). Sólo se tratará dos de ellas:

- Poner trabas a un competidor, de manera injustificada, para que ingrese a un mercado o mantenga su permanencia.
- Usar de manera consecutiva procesos judiciales que afecten a la competencia o su permanencia.

3.8.2 Prácticas Colusorias Horizontales

Cualquier convenio que por alguna razón restrinja la libre competencia, es considerado prácticas colusorias. Las prácticas colusorias horizontales son los acuerdos, concertaciones y recomendaciones entre competidores, donde todos se encuentran en una misma línea para el consumidor y conllevan a una restricción de la competencia (Flint, 2002).

Si las empresas cuentan con tratados al interno entonces no representa ninguna práctica colusoria. Sin embargo, si los tratados o acuerdos se despliegan hacia el exterior empieza a primar la ley de prácticas colusorias.

Dentro de las prácticas colusorias horizontales, la más común es la de acordar fijar precios, y para su efectividad es necesario que cumpla con algunos requisitos, el más resaltante es que debe existir pocas empresas y que el producto debe ser homogéneo (Flint, 2002).

A su vez, también se tiene los acuerdos de reparto de mercado, en el cual restringen la producción y la venta de algún producto específico.

3.8.3 Prácticas Colusorias Verticales

Las prácticas colusorias verticales se generan entre distintos actores de la cadena productiva. Estas malas prácticas incluyen acuerdos y/o prácticas que son concertadas entre los diferentes niveles de la cadena, que dañan al consumidor final y a la libre competencia (Flint, 2002).

La mayoría de los acuerdos verticales no perjudican a la competencia, es común hacer negocios entre los diferentes niveles y forman parte del proceso productivo. Lo ideal es que el consumidor perciba costos competitivos, así como productos de alta calidad. Los acuerdos verticales pueden ser perjudiciales cuando favorece a un monopolio o a un cártel siempre y cuando mantenga su posición (Flint, 2002). Además, en el Decreto Legislativo N° 1034 (Poder Legislativo, 2008), artículo 12, se indica que

este tipo de práctica solo se considerará si una de las partes tiene posición de dominio de mercado.

3.8.4 Régimen de Sanciones

El Decreto Legislativo N°1034 (Poder Legislativo, 2008) indica las multas de las sanciones dependiendo de su gravedad, los cuales se detallan a continuación (Quintana, 2013):

- Leve, multa hasta 500 UIT. Si no supera el 8% de las ventas o ingresos brutos.
- Grave, multa hasta 1000 UIT. Si no supera el 10% de las ventas o ingresos brutos.
- Muy grave, multa mayor a 1000 UIT. Si no supera el 12% de las ventas o ingresos brutos.
- Colegios profesionales o gremios de empresas que hayan iniciado actividad luego del 01 de enero, multa no será mayor a 1000 UIT.
- Representante legal o administrador de la empresa, multa no será mayor a 100 UIT.

3.9 Sector Medicamentos

3.9.1 Definición

La Ley Nº 29459 (Poder Legislativo, 2009), Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios, indica que los medicamentos se encuentran comprendidos dentro del grupo de productos farmacéuticos (Poder Legislativo, 2009), su clasificación es la siguiente:

1. Medicamentos.
2. Medicamentos herbarios.
3. Productos dietéticos y edulcorantes
4. Productos biológicos
5. Productos galénicos.

La Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas define al Medicamento como:

> aquel Producto Farmacéutico obtenido a partir de uno o más ingredientes farmacéuticos activos o denominados también principios activos (sustancias con actividad terapéutica), que puede(n) o no contener excipientes (componentes sin actividad terapéutica), que es presentado bajo una forma farmacéutica definida, dosificado y empleado con fines terapéuticos. Los excipientes desempeñan una función determinante en la elaboración, conservación, estabilidad y liberación de los principios activos, entre otras propiedades específicas de los Productos Farmacéuticos. Los Medicamentos son empleados para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien le fue administrado. Los medicamentos se clasifican en: Especialidades farmacéuticas, agentes de diagnóstico, radiofármacos y gases medicinales (DIGEMID, 2020).

También, tenemos una definición con otro enfoque donde los medicamentos son considerados "un bien social que sirven para prevenir, aliviar, controlar, diagnosticar y curar las enfermedades" (DIGEMID, 2005).

El artículo 8 de la Ley Nº 29459 (Poder Legislativo, 2009) establece que todo medicamento requiere contar con registro sanitario, el mismo que faculta a su titular para los diversos procesos que conforman la cadena de suministro, como la fabricación, la importación, el almacenamiento, la distribución, la comercialización, la promoción, la dispensación, el expendio o el uso de dichos productos. El registro sanitario es temporal y renovable cada cinco años (Poder Legislativo, 2009).

3.9.2 Clasificación

Para desarrollar esta clasificación es necesario la revisión de diversos artículos del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios, establecido por Decreto Supremo Nº016-2011/SA (Poder Ejecutivo, 2011). El artículo 32, clasifica a los productos farmacéuticos, dentro de los cuales se encuentran los medicamentos, en

cuatro categorías considerando su dispensación, que se proceden a detallar (Poder Ejecutivo, 2011):

1. De venta con receta especial enumerada, estos productos solo pueden ser dispensados en boticas o farmacias del sector público y privado que cumplen con las exigencias establecidas en la normativa legal correspondiente y convenios internacionales.
2. De venta con receta médica, solo pueden ser dispensados en boticas o farmacias, tanto del sector público y privado.
3. De venta sin receta médica, productos que se dispensan de forma exclusiva en boticas o farmacias del sector público y del sector privado.
4. De venta sin receta médica en establecimientos comerciales, aplica a los productos de riesgo sanitario muy bajo.

Considerando su dispensación, en nuestro país solo se comercializan los medicamentos de venta con receta especial enumerada, con receta médica y de venta sin receta, tanto en boticas o farmacias; mientras que, en otros países si se comercializan los medicamentos sin receta en supermercados, como es el caso de los países de referencia farmacéutica, tales como U.S.A., Europa, Japón, Australia, Canadá, entre otros; en esta situación sus agencias reguladoras (FDA, EMA, OMS, WSMI, etc) realizan una importante función, poniendo énfasis en la educación del paciente en el uso adecuado de los medicamentos a fin de evitar su consumo excesivo y otras malas prácticas, asimismo, para dar a conocer las acciones a seguir en caso ocurran; con una participación activa de la industria, tanto en la elaboración de folletos y otros medios, así como, en la difusión de la información y habilitándose los espacios necesarios en los puntos de venta (América Retail, 2013).

Para los laboratorios, la apertura de la venta directa significará una importante oportunidad, dado que muchos de sus productos estarán al alcance de la población de una manera más fácil, lo que además puede impulsar su mayor consumo. Al evaluar esta opción, deberán considerar los costos adicionales que implicará la cobertura de este nuevo canal, entre ellos, el transporte, las modificaciones al sistema y al espacio requerido de almacenamiento, entre otros factores. Los que laboratorios que captarán

más consumidores serán aquellos que logren ser más eficientes, tengan mejores niveles de servicio, alcancen a manejar despachos fraccionados a gran cantidad de puntos de venta, tengan buena trazabilidad, y mantengan niveles de inventario más ajustados con la mayor cobertura y, su modelo sea escalable (San Martín, 2020).

Es necesario mencionar, que en ciertos países existe una posición contraria respecto al manejo de los medicamentos de venta sin recta en supermercados, donde manifiestan que no se debería liberalizar su venta fuera de las farmacias y boticas, dado que no hay un médico que se responsabiliza por la prescripción, siendo la presencia del farmacéutico vital en su obligación de garantizar la dispensación profesional y no una simple venta **(**Collao, 2018).

También, debemos considerar que el artículo 38 del Decreto Supremo Nº 016-2011/SA (Poder Ejecutivo, 2011). clasifica a los medicamentos en:

1. Especialidades farmacéuticas.
2. Agentes de diagnostico
3. Radiofármacos.
4. Gases medicinales

3.9.3 Categorías de medicamentos

Es necesario considerar que, para efectos de la inscripción y reinscripción en el registro sanitario, el artículo 39 del Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios establecido por Decreto Supremo Nº 016-2011/SA (Poder Ejecutivo, 2011), clasifica a las especialidades farmacéuticas en tres categorías:

1. **Categoría 1:** Especialidades farmacéuticas con principios activos o asociaciones de estos que se encuentran en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales.
2. **Categoría 2:** Especialidades farmacéuticas con principios activos o asociaciones de estos que no se encuentran en el Petitorio Nacional Único de

Medicamentos Esenciales, pero se encuentran registrados en países de alta vigilancia sanitaria.

3. **Categoría 3:** Especialidades farmacéuticas con principios activos o asociaciones de estos que no se encuentran incluidos en la categoría 1 o 2.

Respecto a los medicamentos de clasificación 2, el artículo 9 del D.S Nº 016-2011-SA (Poder Ejecutivo, 2011) y sus modificatorias (Poder Ejecutivo, 2019) establece como países de alta vigilancia sanitaria: "Francia, Holanda, Reino Unido, Estados Unidos de América, Canadá, Japón, Suiza, Alemania, España, Australia, Dinamarca, Italia, Noruega, Bélgica, Suecia, República de Corea, Portugal, Irlanda, Hungría y Austria" (Poder Ejecutivo, 2019).

El proceso de obtención de un registro sanitario de medicamentos en nuestro país es un proceso largo y complejo. Es vital, la simplificación administrativa y la eliminación de las barreras burocráticas de los procedimientos ante la DIGEMID, más aún, en aquellos medicamentos ya se encuentran registrados en países de alta vigilancia (medicamentos categoría 2), sin embargo, para el proceso de obtención de su registro sanitario en nuestro país se exige más documentación u otra documentación que no son solicitadas en esos países donde han acreditado estudios de seguridad y eficacia (Reátegui, 2017).

En nuestro país, acceder a un medicamento de última generación puede demorar hasta tres años, que es el tiempo que involucra la obtención de su registro sanitario, y a los cinco años se requiere realizar la reinscripción de este, esta situación genera sobrecostos que al final son trasladados al consumidor final (Guardia, 2019).

El presidente de la Comisión de Salud de la CCL, Omar Neyra, manifestó que si se concretaba la reestructuración de DIGEMID referente a la obtención del registro en un plazo máximo de 48 horas para medicamentos e insumos médicos importados que tengan autorización de la FDA, (Food and Drug Administration), se proyectaba una reducción en sus precios de hasta 50% o más; también, recomendó que en este trámite rápido se priorice la evaluación de la trazabilidad (Guardia, 2019).

La implementación de un registro sanitario automático por proceder de un país de alta vigilancia, y, por lo tanto, estar autorizado por una Agencia Reguladora de Referencia permitiría un acceso más rápido de los consumidores a nuevas moléculas y a nuevos tratamientos para hacer frente a enfermedades crónicas y otras. A su vez, incrementaría la competencia en el mercado y reducirían los costos en trámites, que podrían trasladarse en beneficio del consumidor final.

3.9.4 Tipos de medicamentos

3.9.4.1 Medicamento de marca

El Glosario de DIGEMID indica que "un medicamento de marca es aquel producto farmacéutico que se comercializa bajo un nombre o una marca que el fabricante registra para asegurar su uso exclusivo" (DIGEMID, 2020).

Dentro de estos, existen los medicamentos innovadores, los cuales se obtienen en base a procesos de investigación y desarrollo con una elevada inversión para su fabricación; por ello, existen las patentes que protegen esta inversión de la competencia lo que facilita que el fabricante pueda recuperar su costo de inversión, se les otorga derecho de 20 años por la patente ante la creación de un medicamento nuevo, luego de trascurrido este tiempo otro laboratorio puede empezar a producir el mismo medicamento (Ministerio de la Producción, 2017).

3.9.4.2 Medicamento genérico

En el Glosario de DIGEMID (2020) se indica que:

> el medicamento genérico es el producto farmacéutico cuyo nombre corresponde a la Denominación Común Internacional del principio activo, recomendado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y no es identificado con el nombre de marca. Se fabrica sin licencia de la empresa innovadora y se comercializa tras haber vencido la patente y otros derechos de exclusividad. También, menciona que en el Informe 34º del Comité de Expertos de la OMS en especificaciones para las preparaciones farmacéutica (Ginebra 1996), se establece que el término "producto genérico" tiene significados diferentes en distintas jurisdicciones. Los productos genéricos se pueden comercializar ya sea bajo el nombre común aprobado o bajo

> un nuevo nombre comercial (de patente). En ocasiones se comercializan bajo formas farmacéuticas o concentraciones distintas a las de los productos innovadores (DIGEMID, 2020).

De acuerdo con lo establecido en el Artículo 5 del Decreto Supremo N°026-2019-SA (Poder Ejecutivo, 2019), "un medicamento genérico en denominación común Internacional es aquel que se comercializa sólo con la Denominación Común Internacional, nombre único establecido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) para su reconocimiento a nivel mundial" (Poder Ejecutivo, 2019).

El artículo 4 del Decreto de Urgencia N°007-2019 (Poder Ejecutivo, 2019), declara a los medicamentos como parte esencial del derecho a la salud, establece acciones para garantizar su disponibilidad y, promueve el uso de medicamentos genéricos y productos biosimilares con Denominación Común Internacional con la finalidad de mejorar su accesibilidad a la población (Poder Ejecutivo, 2019).

Como los fabricantes de medicamentos genéricos no están obligados a realizar nuevamente los ensayos clínicos de los medicamentos nuevos, y al no pagar por gastos publicidad, estos productos suelen más económicos que los medicamentos de marca (FDA, 2014).

3.9.4.3 Medicamento esencial

El Glosario de DIGEMID indica que:

> este concepto fue propuesto por la OMS con la finalidad de optimizar los recursos financieros limitados de un sistema de salud. El concepto se refiere a un conjunto de medicamentos que son básicos, indispensables, con valor terapéutico significativo, seguros, de bajo costo y que satisfagan necesidades médicas de la gran mayoría de la población, al dar respuesta a los problemas de mayor relevancia en el perfil de morbi mortalidad de una comunidad (DIGEMID, 2020).

A través de la R.M. N°1240-2004/MINSA (Poder Ejecutivo, 2004), fue aprobada la Política Nacional de Medicamentos, la cual establece el acceso universal a los medicamentos esenciales como parte de una estrategia para lograr el acceso de los

medicamentos en todo el Perú y se priorizó la necesidad de tener un Listado Único de Medicamentos Esenciales para todas las entidades del sistema público (Poder Ejecutivo, 2004).

La Ley Nº 29459 (Poder Legislativo, 2009), Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios, en su artículo 34 establece la necesidad de elaborar el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales y el Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales, en concordancia con la Política Nacional de Medicamentos (Poder Legislativo, 2009).

La Resolución Ministerial N°1361-2018/MINSA (Poder Ejecutivo, 2018) estableció la última versión del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales, la cual está constituida por 742 medicamentos contenidos en 32 Grupos Farmacoterapéuticos (Poder Ejecutivo 2018).

El Artículo 5 del Decreto Supremo N°026-2019-SA que aprueba el Reglamento del Decreto de Urgencia N°007-2019 (Poder Ejecutivo, 2019), define al medicamento esencial "son aquellos que cubren la mayor parte de la morbilidad en el país (necesidades prioritarias de salud) que, luego de una evaluación técnica especializada multidisciplinaria, han demostrado ser comparativamente seguros, eficaces y costo efectivos; y deben estar disponibles en todo momento y al alcance de la población que los necesita" (Poder Ejecutivo, 2019).

La cuarta Disposición Complementaria del Decreto de Urgencia N°007-2019, estableció la necesidad de un Listado de 40 medicamentos esenciales bajo denominación común internacional, los cuales deberán mantenerse disponibles o demostrarse su venta en los establecimientos autorizados, posteriormente, mediante la Resolución Ministerial N 1097-2019/MINSA se aprobó el listado en mención conteniendo 31 medicamentos (Poder Ejecutivo, 2019).

En la sexta Disposición Complementaria del Decreto de Urgencia N° 007-2019 se autoriza al Ministerio de Salud a "comercializar al público en general, los medicamentos

genéricos del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales – PNUME" (Poder Ejecutivo, 2019).

3.9.4.4 Intercambiabilidad de medicamentos

La Ley Nº 29459 (Poder Legislativo, 2009), "Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos médicos y Productos Sanitarios", en su artículo 10 establece que para obtener y mantener el Registro Sanitario se requiere presentar los estudios de intercambiabilidad según lo establecido en el respectivo reglamento, acorde a la recomendación dada por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Estableciendo que solo se puede exigir a los estudios de bioequivalencia in vivo a los productos de riesgo sanitario alto y teniendo en consideración las excepciones acordes a la clasificación biofarmacéutica, cual se implementa basándose en el principio de gradualidad. También, en su artículo 20 indica que la reglamentación y procedimientos para la intercambiabilidad de medicamentos son establecidos por la Autoridad Nacional de Salud (ANS) a propuesta de la Autoridad Nacional de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios (ANM) (Poder Legislativo, 2009).

Mediante el Decreto Supremo N°024-2018-SA (Poder Ejecutivo, 2018) se aprueba el Reglamento que regula la intercambiabilidad de medicamentos, en el mismo se encuentran las siguientes definiciones importantes (Poder Ejecutivo, 2018):

i. Bioequivalencia: Comparación de las biodisponibilidades de un medicamento multifuente y un producto de referencia. Dos medicamentos son bioequivalentes si son equivalentes o alternativas farmacéuticos y sus biodisponibilidades, en términos de concentración máxima (Cmáx), tiempo máximo (tmáx) y grado de absorción (área bajo la curva - AUC), después de su administración en la misma dosis molar, bajo las mismas condiciones son similares a tal punto que cabe prever que sus efectos serán esencialmente los mismos.
ii. Intercambiabilidad: Atribuye al medicamento la cualidad de ser intercambiable, lo cual incluye la equivalencia de la forma farmacéutica y de las indicaciones, así como, de las instrucciones para usarlo.

iii. Medicamento intercambiable: Es aquél que es terapéuticamente equivalente al producto de referencia y que puede ser intercambiado con éste en la práctica clínica. Para ciertos medicamentos, la intercambiabilidad es óptimamente demostrada por la implementación de las Buenas Prácticas de Manufactura y el cumplimiento de las especificaciones establecidas en farmacopeas relevantes.

iv. Medicamentos de riesgo sanitario alto: Aquellos con una probabilidad de aparición de complicaciones de la enfermedad amenazantes para la vida o para la integridad psicofísica de la persona y/o de reacciones adversas graves.

3.9.4.5 Control de precios de medicamentos

En la mayoría de los países los precios de los medicamentos no son establecidos unilateralmente por las empresas farmacéuticas, esto debido a que los mercados de medicamentos no funcionan de acuerdo con lo que predicen los modelos económicos teóricos, como el de competencia perfecta, por lo tanto, no se justificaría la aplicación de un mercado de medicamentos no regulado (Rovira, 2015).

Se pueden controlar los precios de los medicamentos, tanto a nivel productos como a nivel distribuidor, a continuación, se presenta las alternativas consideradas por La Organización mundial de la Salud (OMS, 1998):

i. Control de márgenes de productores:
   - Fijación de precios del costo incrementado: Considera como base el costo de materias primas, producción, comercialización, otros costos; y sobre la suma de estos, se establece un margen razonable. Se requiere que la empresa proporcione información, la cual puede ser manipulada mediante prácticas contables.
   - Fijación de precios de referencia: Se establece el precio de un medicamento por comparación con el precio de similares existentes en el mercado local o en otros países, es decir, de referencia interna o externa. Es una metodología muy transparente y no se necesita que la empresa proporcione información.
   - Fijación de precios basada en los beneficios: Para lo cual se determinan los beneficios previstos considerando la evaluación de riesgos de cada empresa. Luego, la empresa puede establecer los precios de medicamentos dentro de

los límites de beneficios generales establecidos. Se requiere que la empresa proporcione información, la cual puede ser manipulada mediante prácticas contables.

ii. Control de márgenes de distribuidores:

- Costo más porcentaje fijo: Al precio se le adiciona un porcentaje fijo. Estimula la venta de medicamentos más caros.
- Costo más porcentaje descendente: A mayor precio del medicamento, el porcentaje incrementado es menor. Estimula la venta de medicamentos económicos.
- Costo más cargos fijos de venta: Se establece una tarifa fija por dispensación. Disminuye la venta de medicamentos más caros.
- Costo más cargo diferencial de venta: Se paga una mayor tarifa por la dispensación de medicamentos genéricos sin marca. Promueve el uso de los medicamentos genéricos.

Otra opción de los países que buscan regular los márgenes de productores y distribuidores de medicamentos es fijar precios máximos y calcular el porcentaje atribuido a cada uno de ellos, quienes negocian para establecer las proporciones reales que les corresponderán, reduciendo así la intervención del estado. La experiencia indica que la problemática de información entre el regulador y el regulado no han podido asegurar que el precio establecido sea equitativo para ambas partes, el fabricante y el consumidor (BCRP, 2004).

Ante el control de precios, los fabricantes han optado por políticas para lograr un mayor consumo de sus medicamentos a fin de obtener mayores ganancias por volumen, estas acciones van en contra del uso racional de los medicamentos. Otra política que han asumido es la de lanzamiento de medicamentos nuevos, lo que no siempre significa una mejora terapéutica. Respecto a este tema, algunos expertos indican que una política pública que promueva el uso de medicamentos genéricos, considerando un concepto básico de calidad, no existiría motivo para establecer un control de precios (BCRP, 2004).

Otro mecanismo de control ha sido establecer un límite máximo para la tasa de retorno por ventas de la industria, el mismo se ha aplicado en el sistema de salud pública de Inglaterra, dado que en este país es el principal mercado para los medicamentos, generando como consecuencia positiva un menor precio y como efecto negativo una mayor concentración en la industria farmacéutica (BCRP, 2004).

CAPÍTULO IV. MARCO CONTEXTUAL

4.1 Mercado Farmacéutico

4.1.1 Situación del Sector Farmacéutico Peruano

Según el informe del IMS (2019), el sector de laboratorios farmacéuticos cerró el 2018 con ventas superiores a los US $ 1 mil millones y más de 159 millones de unidades vendidas, el mercado está compuesto por 75 empresas, de las cuales solo 10 son nacionales, destacando Medifarma y Hersil. En la Tabla 4.1 se detalla el TOP 10 en ventas de los principales laboratorios del mercado peruano.

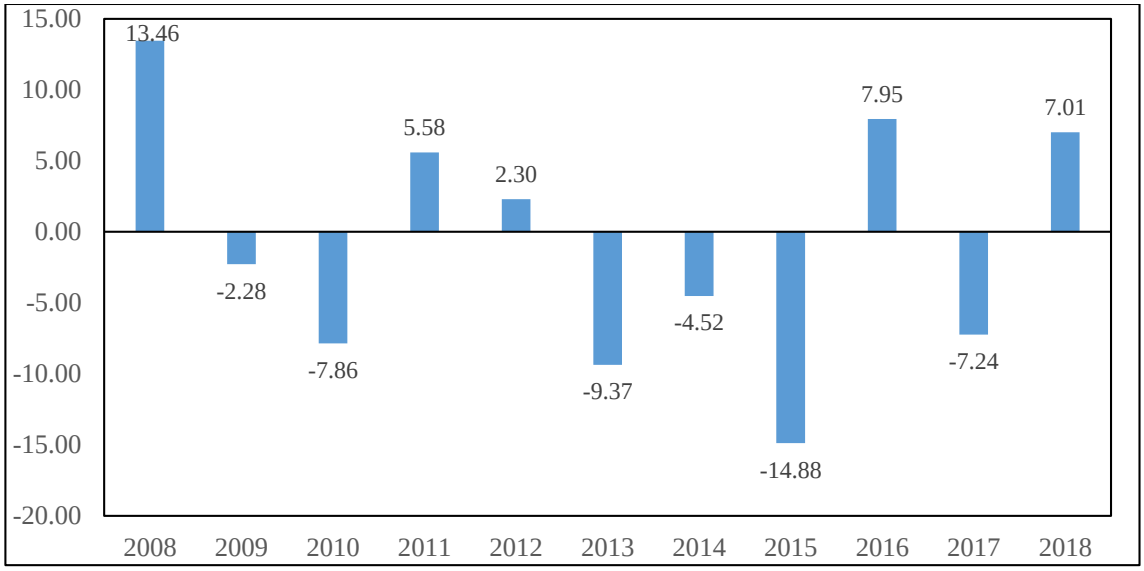
Tabla 4.1. TOP 10 Ranking de Ventas Laboratorios Farmacéuticos en Perú

Laboratorios	Ventas 2018 (miles de US $)	Participación
Medifarma	67,610	6.67%
Mead Johnson Nutrition	54,064	5.33%
Farmindustria	48,070	4.74%
Teva	42,466	4.19%
Merck	39,234	3.87%
Roemmers	37,992	3.75%
Hersil	34,223	3.37%
Bagó	33,406	3.29%
GSK Consumer Health	29,521	2.91%
Abbott	29,129	2.87%
Otros	598,506	59.01%
Total	**1,014,221**	**100.00%**

Fuente: IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Considerando solo la industria nacional en los últimos 10 años se evidencia un comportamiento irregular con un decrecimiento promedio del -0.9%; en el 2018 tuvo una recuperación con un crecimiento del 7.01% respecto al año anterior. El aporte de este sector al PBI nacional fue de US $ 241 millones. En la Figura 4.1 se muestra la variación porcentual del sector farmacéutico.

Figura 4.1. Perú – Var. % de fabricación de productos farmacéuticos y medicamentos (2008 - 2018)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

En el 2018, el Perú realizó importaciones por más de US $ 878 millones, dentro de los 76 países que realizaron estas operaciones comerciales son Uruguay, Panamá y Suiza los que concentraron el 30% del total. Los países de procedencia de las importaciones se pueden observar en la Tabla 4.2.

Tabla 4.2. Principales países de procedencia de importaciones de productos farmacéuticos - 2018

Ranking	País de Procedencia	US $	Participación
1	Uruguay	97,754,178	11%
2	Panamá	86,581,781	10%
3	Suiza	81,360,012	9%
4	EE.UU.	76,322,623	9%
5	Bélgica	61,057,584	7%
6	India	57,074,756	6%
7	Alemania	52,148,232	6%
8	UK	43,949,995	5%
9	Colombia	37,991,046	4%
10	China	33,606,512	4%
11	Otros	250,378,433	29%
Total Importado 2018		**878,225,153**	**100%**

Fuente: Cámara de Comercio de Lima – CAMTRADE PLUS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Asimismo, respecto a los principales importadores de productos farmacéuticos del 2018, es el Ministerio de Salud el principal importador con un 11% de participación por un valor de US $ 99.6 millones, ver Tabla 4.3.

En este sector se cuenta con un listado de más de 700 importadores, esto se debe a que es posible que empresas fuera del sector o personas naturales pueden realizar importaciones de algún producto farmacéutico específico no comercial en el mercado nacional, se cuenta con más de 500 empresas con importaciones menores a los US $ 100 mil.

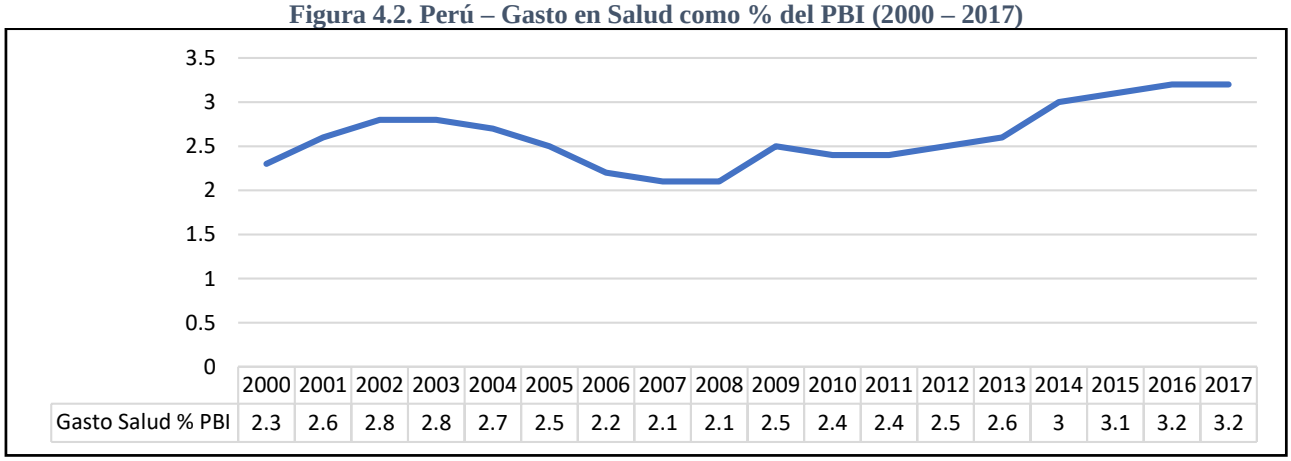
Tabla 4.3. Principales importadores de productos farmacéuticos - 2018

Ranking	Principales Importadores	US $	Participación %
1	MINISTERIO DE SALUD	99,620,098	11%
2	PFIZER S A	40,271,182	5%
3	ROCHE FARMA S.A.	38,178,097	4%
4	FARMINDUSTRIA S.A.	30,687,619	3%
5	SANOFI-AVENTIS DEL PERU S. A	29,938,364	3%
6	MERCK PERUANA S A	28,263,648	3%
7	GLAXOSMITHKLINE PERU S.A.	28,166,508	3%
8	TECNOFARMA S A	26,570,177	3%
9	LABORATORIOS ROEMMERS S A	24,952,426	3%
10	MERCK SHARP & DOHME PERU S.R.L.	23,253,056	3%
11	Otros	508,323,978	58%
Total Importado 2018		**878,225,153**	**100%**

Fuente: Cámara de Comercio de Lima – CAMTRADE PLUS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

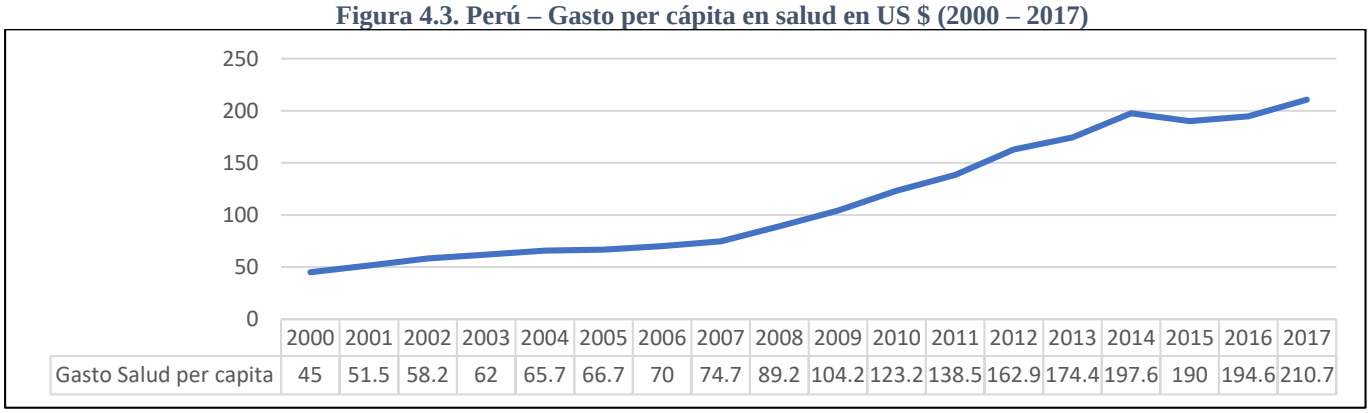
Por otro lado, el Banco Mundial brinda información respecto a cuanto es que el Estado Peruano gasta en salud como porcentaje del PBI del 2000 al 2017 siendo el promedio 2.61% y cerrando el 2017 con un 3.2%, como se parecía en la Figura 4.2. Además, el gasto per cápita muestra una tendencia creciente importante desde el 2000 al 2017 pasando de US $ 45 a US$ 210.7, esta evolución se aprecia en la Figura 4.3.

Figura 4.2. Perú – Gasto en Salud como % del PBI (2000 – 2017)



Fuente: Banco Mundial. Data Bank 2000 – 2017
Elaboración: Autores de la tesis

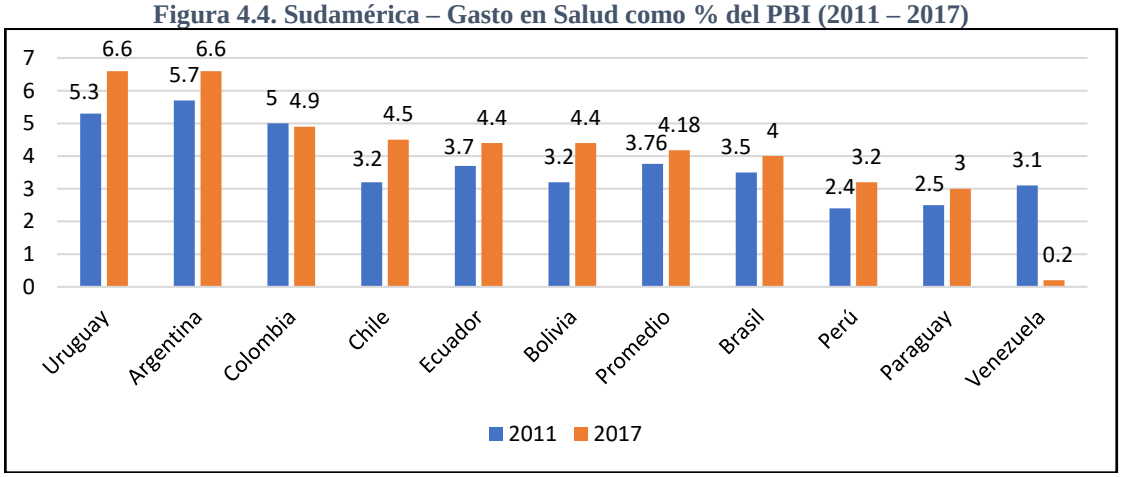
Figura 4.3. Perú – Gasto per cápita en salud en US $ (2000 – 2017)



Fuente: Banco Mundial. Data Bank 2000 – 2017
Elaboración: Autores de la tesis

Si se compara la situación de Perú con sus pares sudamericanos (ver Figura 4.4), evidencia que el gasto en salud aún es bajo para la región, el promedio del gasto en Sudamérica en 2017 fue de 4.18% versus 3.2% de Perú, solo por encima de Paraguay y Venezuela. En todos los países analizados se aprecia un mayor gasto en salud entre el 2011 y el 2017 excepto Colombia y Venezuela, la caída en Colombia es de solo 0.01% lo que no resulta representativa, mientras que Venezuela pasa por problemas inflacionarios y déficit fiscal que se verían evidenciados en un menor gasto en salud.

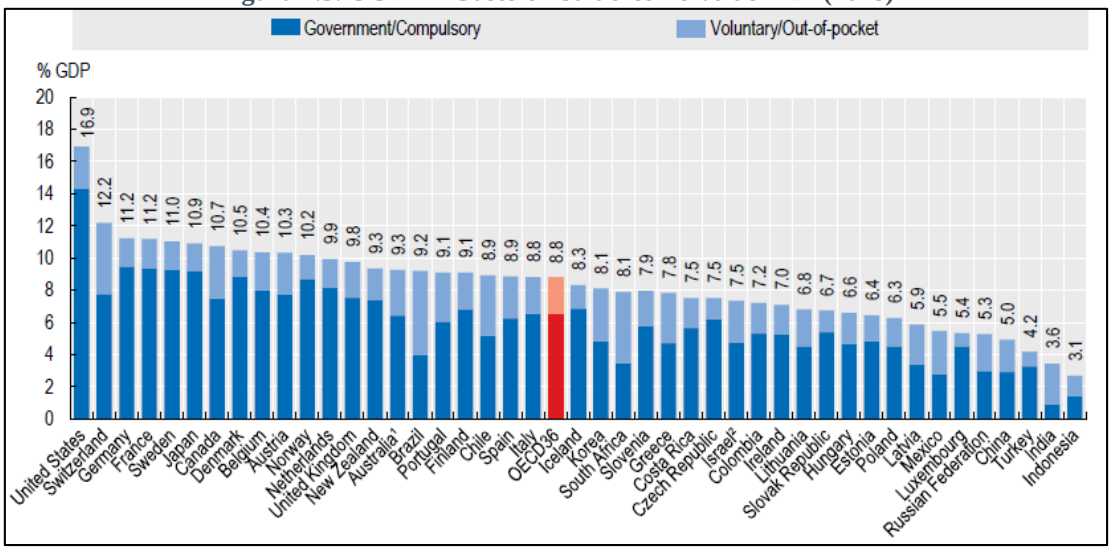
Figura 4.4. Sudamérica – Gasto en Salud como % del PBI (2011 – 2017)



Fuente: Banco Mundial. Data Bank 2011 - 2017
Elaboración: Autores de la tesis

Los países miembros de la OCDE registran un gasto en salud promedio del 8.8% del PBI para el 2018 (OCDE, 2019), considerando gasto público y privado por lo que en la región Sudamérica solo Brasil y Chile se encuentran por encima de este promedio (ver Figura 4.5). El Perú aún se encuentra por debajo de este indicador.

Figura 4.5. OCDE – Gasto en Salud como % del PBI (2018)

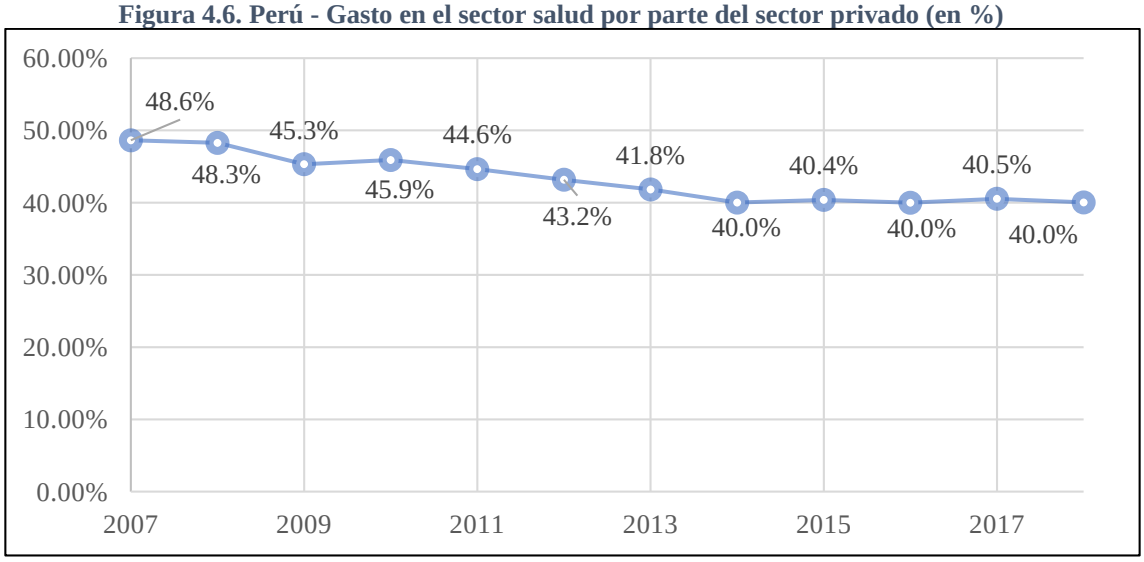


Fuente: OCDE, Health at a Glance 2019: OECD Indicators, 2018
Elaboración: OCDE Health

En el contexto peruano, la data histórica del Instituto Nacional de Estadística e Informática (en adelante INEI) muestra que el gasto privado en salud al cierre 2018 fue del 40.03% respecto al gasto total realizado y un promedio del 43% en los últimos 10

años, si bien la tendencia (ver Figura 4.6) es a una menor participación esto aún evidencia que el gasto privado en salud del país es cercano al 50%.

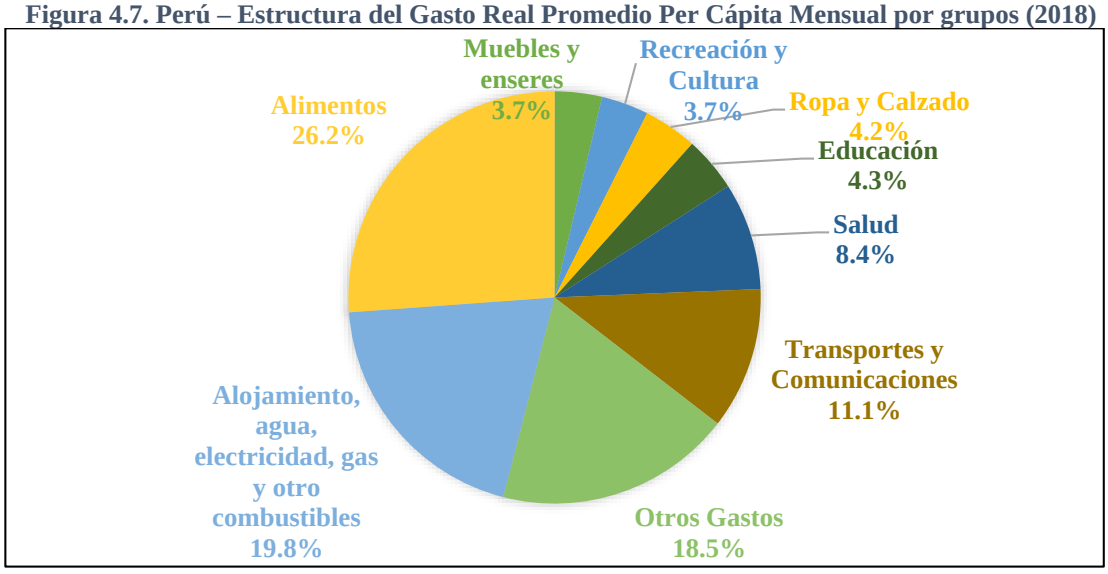
Figura 4.6. Perú - Gasto en el sector salud por parte del sector privado (en %)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – INEI
Elaboración: Autores de la tesis

Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 2018, se puede observar en la Figura 4.7 que el gasto real promedio mensual per cápita en salud es del 8.4%, porcentaje que se mantiene en el rango de 7.5% y 8.6%, esta participación que se mantiene estable difiere con el aumento del gasto per cápita que el Estado viene realizando año a año (ver Figura 4.3) lo que indica que aún es tarea pendiente del Estado realizar mejoras en el sector para asegurar la accesibilidad a la salud para las familias.

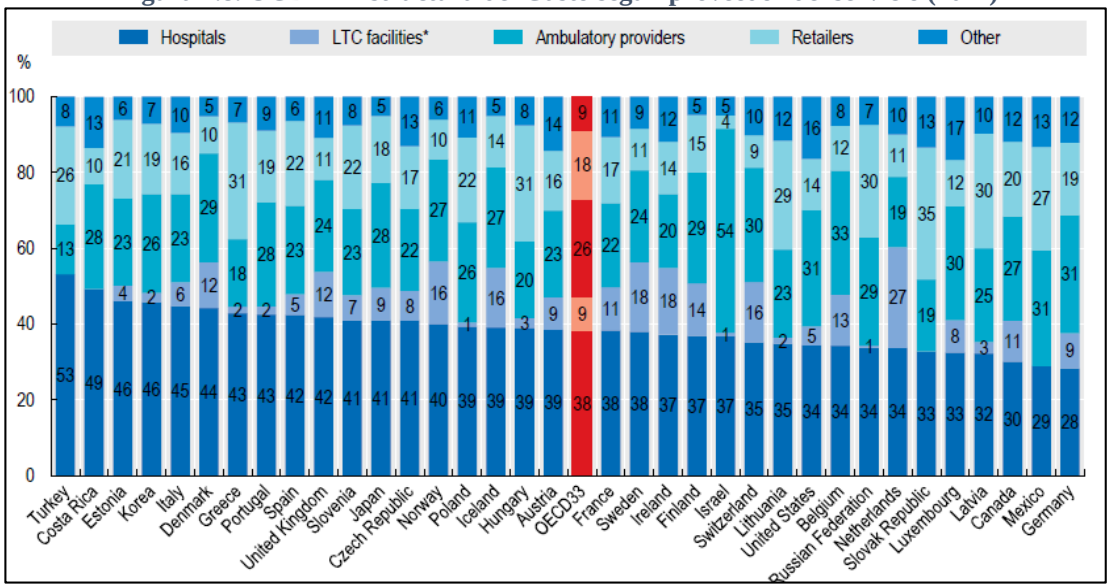
Figura 4.7. Perú – Estructura del Gasto Real Promedio Per Cápita Mensual por grupos (2018)



Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática – Encuesta Nacional de Hogares, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

En ese sentido, la OCDE brinda un importante dato respecto a la distribución del gasto según los proveedores del sector salud. El promedio de los países concentra el 18% del gasto en las farmacias (ver Figura 4.8) y tomando como referencia a México, único país latinoamericano en esta estadística destina el 27% del gasto en el sector salud en farmacias (OCDE, 2019).

Figura 4.8. OCDE – Estructura del Gasto según proveedor del servicio (2017)



Fuente: OCDE, Health at a Glance 2019: OECD Indicators
Elaboración: OCDE Health

En promedio, en los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE), el gobierno o seguros médicos obligatorios cubren la mayor parte del gasto de los fármacos, aproximadamente 57%, al gasto de bolsillo corresponde un 39% y los seguros privados voluntarios cubren el 4% restante. Casos particulares son otros porcentajes cubiertos por el estado y seguros obligatorios, como Alemania y Luxemburgo (más del 80%), Polonia (34%), Canadá (36%) y Estados Unidos (36%), por lo tanto, el gasto de bolsillo y seguros privados voluntarios cumplen un rol importante en cubrir el gasto de medicamentos en estos tres últimos (OCDE, 2017). Mientras que, en México, el gasto de bolsillo en medicamentos es el 45%, por lo que se constituyéndose en el segundo país de la OCDE con más alto gasto (América Economía, 2019).

4.1.2 Contexto del Mercado Farmacéutico

Los laboratorios farmacéuticos forman parte de una cadena productiva que conforma la industria farmacéutica, en la misma existen otros actores como proveedores, comercializadoras de insumos, droguerías, oficinas farmacéuticas, farmacias de establecimientos de salud, botiquines y el consumidor del medicamento (DIGEMID, 2019).

La cadena de valor del sector farmacéutico empieza con los proveedores; tenemos proveedores de materia prima (principios activos y/o excipientes), de material de empaque y de servicios. En nuestro país gran parte de las materias primas y material de empaque inmediato son importadas, mientras que el material de empaque mediato y servicios son en mayor porcentaje de procedencia local.

Los medicamentos son elaborados en laboratorios nacionales o extranjeros, donde los laboratorios nacionales deben contar con autorización sanitaria para realizar actividades de fabricación, acondicionamiento, fraccionamiento y/o reacondicionado, según información obtenida del Registro Nacional de Establecimientos Farmacéuticos al mes de noviembre del 2019 son 35 laboratorios nacionales (DIGEMID, 2019).

En las ventas de medicamentos participan los laboratorios, quienes efectúan las transacciones de venta con el Estado, las empresas aseguradoras (quienes también pueden adquirir los medicamentos a las droguerías) y droguerías. Posteriormente, los medicamentos adquiridos por el Estado en subasta inversa sobre la base del Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales son dispensados a través de aproximadamente ocho mil farmacias de los establecimientos de salud (DIGEMID, 2018), tanto a asegurados del SIS como a no asegurados con el correspondiente pago.

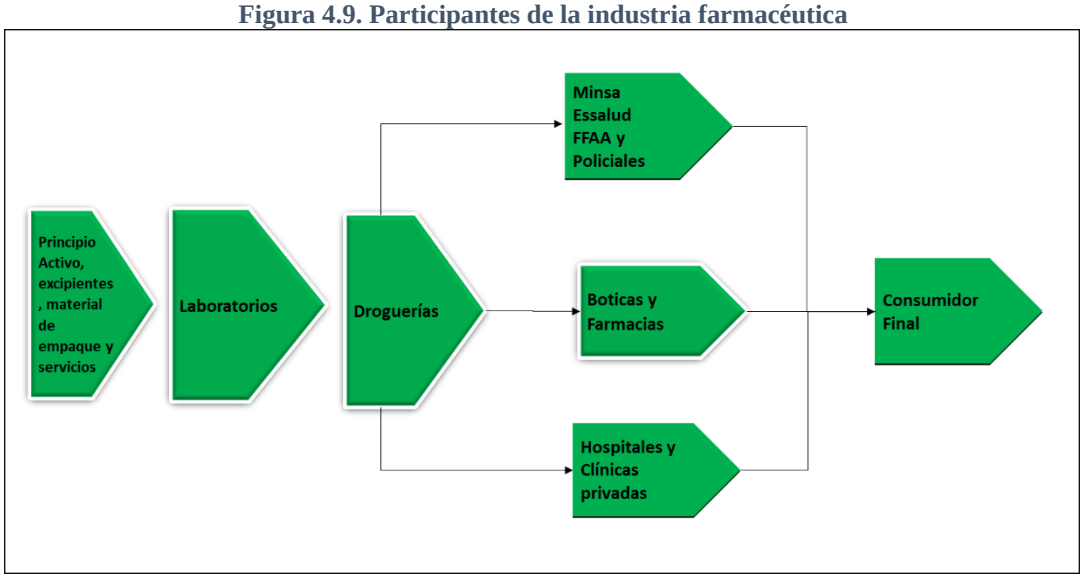
En el caso de las aseguradoras, el contar con seguro le permite al asegurado pagar solo una parte del precio del medicamento, también, pueden dispensar medicamentos a no asegurados previo pago de estos. Respecto a las droguerías, estas son de propiedad del mismo grupo empresarial dueño del laboratorio o de otro grupo económico, realizan la venta a las oficinas farmacéuticas (farmacias y boticas) quienes participan como

establecimientos independientes o agrupados en cadenas, realizando la dispensación de medicamentos tanto genéricos y de marca directamente al cliente-consumidor.

Para el caso del abastecimiento de las farmacias y boticas de Essalud, esta se realiza mediante una empresa de distribución privada llamada SALOG, la cual garantiza el buen almacenamiento de los medicamentos y entregas a tiempo, dos de las principales deficiencias que tenía el ejecutivo de Essalud (Garcia, 2014), esta modalidad de participación se logró mediante una asociación pública – privada (APP), en la cual una empresa privada incorpora todo su know how con el objetivo de mejorar una infraestructura o servicio público (MEF, 2020).

De acuerdo a investigación realizada por Maximixe (2015), la composición de los precios de los productos farmacéuticos importados está conformado por los siguientes ítems: (a) Costo del producto original, (b) Ad Valorem, el cual representa al 6%, (c) Seguro, (d) IGV y (e) Margen del comerciante, el cual varía de acuerdo al tipo de agente, el margen varía de 30% a 70% si es un laboratorio, de 10% a 20% si es una droguería y los puntos de venta tienen márgenes de 30% a 35% sobre el precio del laboratorio o droguería (MAXIMIXE Consult, 2015). Como resumen de lo descrito, se presenta los participantes de la industria farmacéutica en la Figura 4.9.

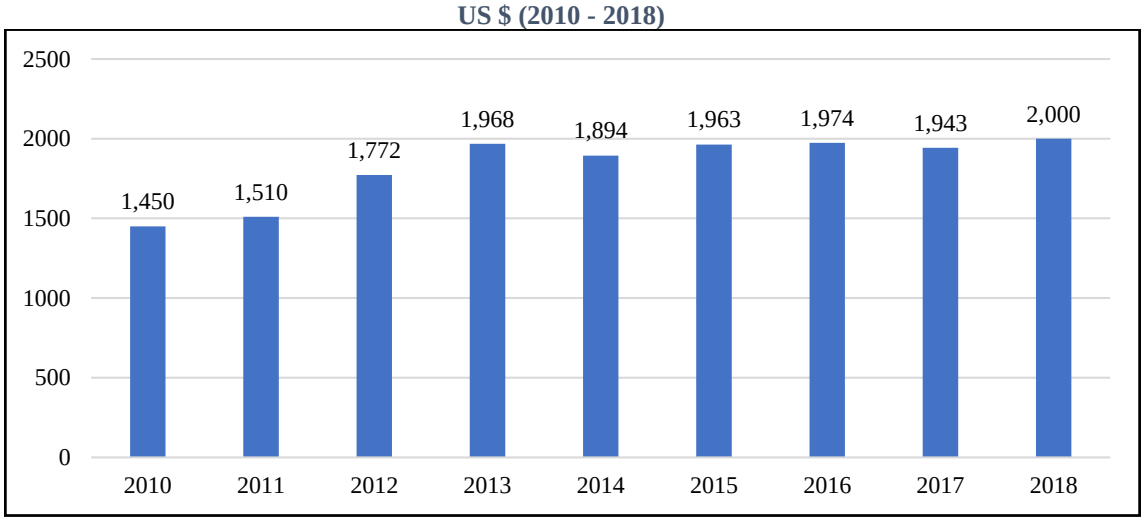
Figura 4.9. Participantes de la industria farmacéutica



Fuente propia
Elaboración: Autores de la tesis

Respecto al mercado peruano de ventas de medicamentos al consumidor final, se cuenta con información disponible del informe técnico económico elaborado por la Asociación Nacional de Boticas y Farmacias Independientes del Perú (en adelante ANABIF) en el cual indica que para el 2018 se tuvo un incremento en ventas del 3% versus el 2017 registrando US $ 2 mil millones (ver Figura 4.10).

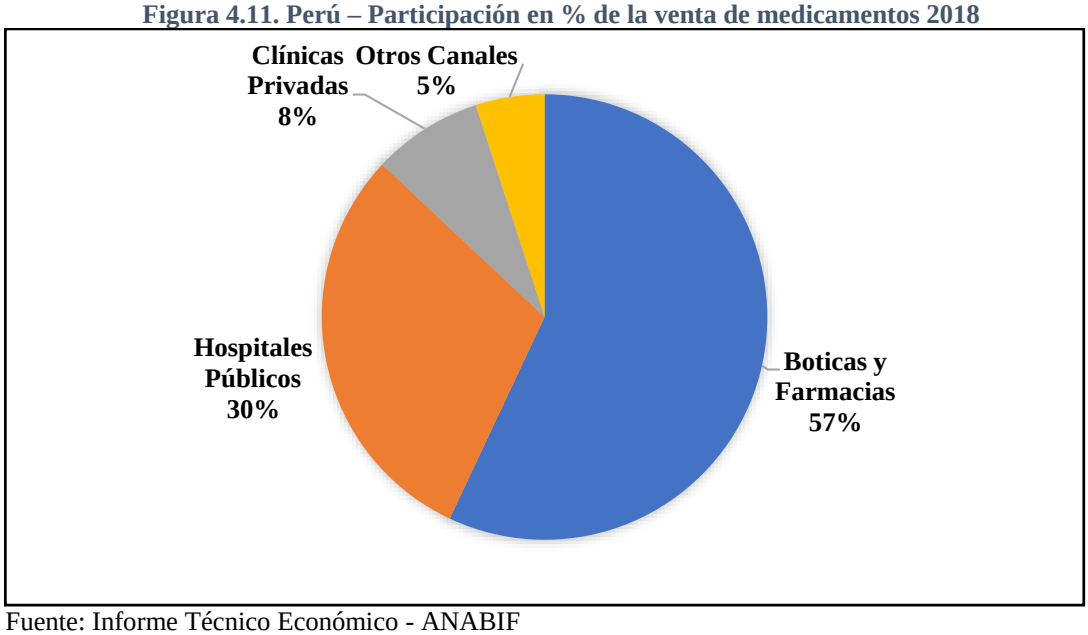
Figura 4.10. Perú – Evolución de las ventas del sector retail de boticas y farmacias en millones de US $ (2010 - 2018)



Fuente: Informe Técnico Económico – ANABIF, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Asimismo, se brinda información respecto a la participación de los distintos canales de ventas, siendo el principal la venta privada de boticas y farmacias con el 57%, seguido por los hospitales del sector público con un 30%, en tercer lugar, las clínicas privadas con un 8% y por último con un 5% otros canales de ventas (ver Figura 4.11).

Figura 4.11. Perú – Participación en % de la venta de medicamentos 2018

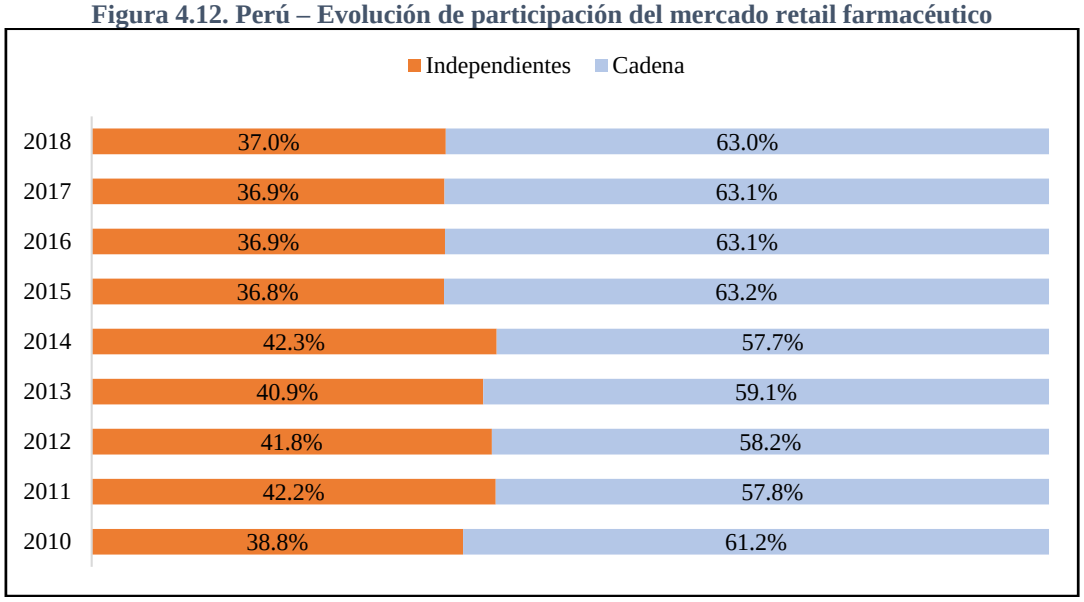


Fuente: Informe Técnico Económico - ANABIF
Elaboración: Autores de la tesis

Es aún más relevante el dato que corresponde a la participación del mercado del sector privado de boticas y farmacias. ANABIF muestra que son las grandes cadenas de farmacias (lideradas por InRetail) las que concentran el 63% de las ventas versus un 37% de las boticas independientes (ver Figura 4.12).

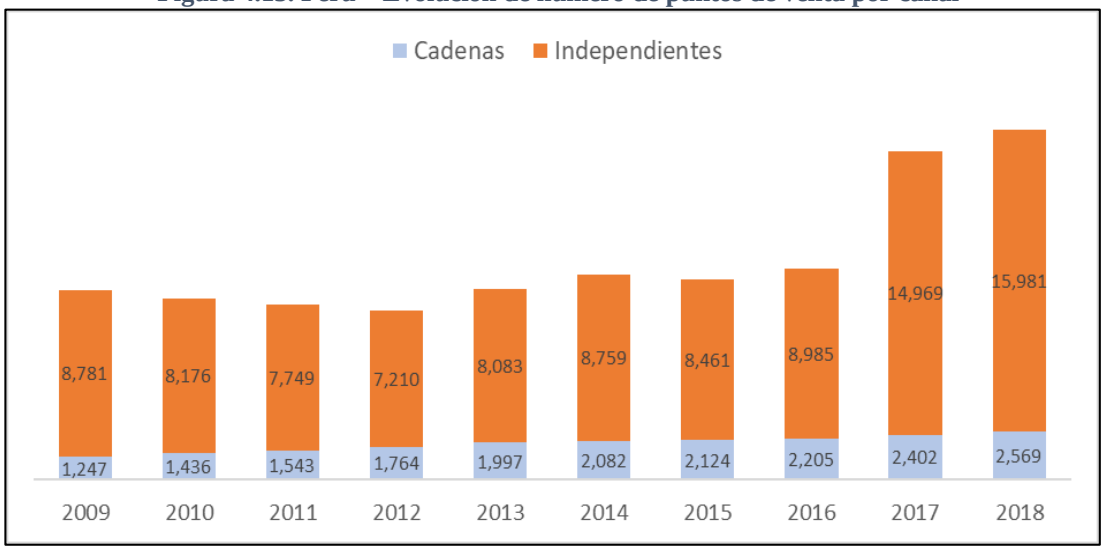
Es necesario considerar que en cuanto establecimientos comerciales son los independientes los que tienen el 86% del mercado versus 14% de las grandes cadenas (ver Figura 4.13), lo que demuestra que las grandes cadenas con una menor cantidad de locales llegan a concentrar más del 60% de las ventas del sector.

Figura 4.12. Perú – Evolución de participación del mercado retail farmacéutico



Fuente: Informe Técnico Económico – ANABIF, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 4.13. Perú – Evolución de número de puntos de venta por canal



Fuente: Informe Técnico Económico – ANABIF, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

La compra de Quicorp S.A, también trae como consecuencia una integración vertical para InRetail al ampliar su presencia desde la producción hasta la venta al consumidor final (ver Figura 4.14), al incluir la compra de dos laboratorios farmacéuticos, Cipa y Cifarma, y la compra de Química Suiza, la más grande distribuidora farmacéutica y de consumo en nuestro país con presencia en otros países de la región como Bolivia, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Venezuela (Amaro, 2018).

Figura 4.14. Presencia de InRetail en la Industria Farmacéutica peruana

Fuente: Amaro, 2018
Notas: Los recuadros de color gris corresponden a empresas que son parte de InRetail Pharma.
Ipress: Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud.[1]

Este hecho relevante, la compra de InRetail a Quicorp, genera una serie de escenarios probables en el corto y mediano plazo que Amaro (2018) analiza sobre el impacto que esta adquisición puede tener en todo el mercado farmacéutico (ver Figura 4.15).

[1] Leyenda Según Amaro, 2018:

1) Laboratorios farmacéuticos multinacionales que realizan o financian investigación y desarrollo. Ofertan medicamentos innovadores patentados. La Droguería Química Suiza (ahora parte de InRetail Pharma) mantiene sólidos vínculos comerciales con la mayoría de estas empresas desde hace varios años.

(2) Dos laboratorios farmacéuticos con planta en el Perú con capacidad de fabricar líneas propias (maquila) para su nuevo propietario: InRetail Pharma.

(3) Dos o tres laboratorios peruanos fabrican por contrato medicamentos para las líneas propias de InRetail Pharma (servicio de maquila).

(4) Eckerd Perú, ahora InRetail Pharma, es el mayorista que provee a Inkafarma. Química Suiza es el mayorista de Mifarma, con presencia en Bolivia, Colombia, Ecuador, República Dominicana y Venezuela. Representa a laboratorios multinacionales (productos innovadores).

(5) Dos cadenas de boticas que representan más del 90% del mercado retail para el conjunto de cadenas con una alta concentración en el mercado urbano moderno de las principales ciudades del país.

Figura 4.15. Escenarios probables posteriores a la compra de Quicorp

	Medios	Acciones posibles
Importador	QUÍMICA SUIZA	Búsqueda de nuevas líneas de productos y proveedores. Negociación con empresas multinacionales sobre distribución de marcas exclusivas.
Fabricante	CIFARMA	Aumento de capacidad de producción para fabricación de líneas propias. Reducción de contratos de fabricación con otros laboratorios.
	ALBIS (CIPA)	
Mayorista	QUÍMICA SUIZA	Renegociación de condiciones con proveedores y clientes (otras droguerías, cadenas pequeñas, boticas y farmacias independientes).
	ECKERD PERÚ*	
Minorista	INKAFARMA	Decisiones posteriores al fin de la «guerra de precios» para recuperar márgenes sacrificados. Cierre de locales no rentables.
	MIFARMA	
Negocios en otros países	QSI y otros	Aprendizaje de «modelos de negocio» en mercado *retail*, sobre todo en Colombia y Ecuador. Posible compra de cadena en el exterior.
Otros negocios en el Perú	INRETAIL	Ofrecimiento al Estado del servicio de venta y distribución de medicamentos genéricos para los usuarios del Minsa y Gores. Impulso a la modificación del reglamento de establecimientos farmacéuticos para incrementar oferta de medicamentos en otros lugares diferentes a farmacias o boticas.
	Shopping malls	
	Food retail	
	INTERCORP	Evaluación de crecimiento hacia adelante mediante la compra de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) para incursionar en el mercado de la salud. Exploración del mercado de seguros. Análisis transversal del negocio y de los competidores empleando información corporativa.
	Banca	
	Finanzas	
	Inmuebles	
	Otros	

* Ahora InRetail Pharma.

Fuente: Amaro, 2018.

En conclusión, el Perú aún se encuentra por debajo de las cifras promedio que manejan los países de la OCDE respecto a inversión en salud, el gasto en salud por parte de las familias peruanas forma parte importante con casi 10% del gasto total, como parte del deseo del Perú de formar parte este organismo es necesario considerar los indicadores presentados para que se tenga una referencia de que tan necesaria resulta una mayor inversión en el sector salud.

El mercado de distribución y retail de medicamentos ha pasado por un proceso de importantes adquisiciones y fusiones que evidencian una fuerte concentración en las cadenas de farmacias que es el principal contacto con el consumidor final. Si bien la cadena del grupo Inretail no maneja tantos puntos de venta como las boticas

independientes, es la participación en ventas lo que le otorga el poder de dominio en el mercado.

Además, es importante resaltar que este grupo no solo cuenta con una integración vertical total en la cadena de medicamentos, sino también con el respaldo de un grupo financiero que le permitiría tener un mayor acceso a recursos frente a pequeños inversionistas que en algunos casos pueden también contar con financiamiento con ellos y brindar información financiera.

El presente trabajo de investigación busca alertar sobre esta posición de dominio adquirida legalmente, pero que puede atentar con la libre competencia y con el gasto en medicamentos por parte de las familias peruanas.

CAPÍTULO V. MARCO REGULATORIO INTERNACIONAL RESPECTO A LA CONCENTRACIÓN DE MERCADOS Y REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS

5.1 Mercado Regulatorio Internacional

5.1.1 Derecho de Competencia Unión Europea: Principio de ventana única o one stop-shop

El control de concentraciones en la Unión Europea (UE) está presente desde 1989, con el primer Reglamento 4064/89 emitido el 30 de diciembre de 1989, donde se analizaba el posible aumento de precio resultado de las fusiones o adquisidores de empresas, pero no si esta pudiera efectuar una posición dominante dentro del mercado, por lo cual después de un largo debate esta fue reemplazada por el Decreto 139/2004 la cual entro en vigor el 1 de mayo del 2004 (Engra, 2014).

Dentro del ámbito de distribución de control y aplicación de las normas se encuentra por un lado la Comisión, a la cual se le debe notificar de manera previa toda fusión o adquisición para poder ser analizada y evaluar si los efectos de dicha operación son negativos para el mercado, a esta notificación previa se le conoce como sistema de control ex ante y es de carácter obligatorio antes, durante o después de haberse efectuado la fusión o adquisición (Engra, 2014).

Adicionalmente, esta notificación solo puede hacerse a la Comisión, ya que se rige bajo el principio de Ventana Única, lo que facilita la centralización de todas las notificaciones de los estados miembros en una solo autoridad, esto facilita la estandarización del control, ya que las empresas que participen en una actividad de concentración con efectos en por lo menos dos países de los estados miembros, no deben notificarlas en cada uno de ellos, ni regirse bajo sus políticas o normas, sino deben ser notificadas a la Comisión para su evaluación (Olivos, 2012).

Del otro lado del control tenemos a las Autoridades Nacionales de Competencia de los Estados Miembros (ANC), las cuales solo intervienen cuando la actividad de concentración no tiene carácter comunitario, es decir que esta solo afecta a un estado

miembro por lo cual, en este escenario, en control recae íntegramente sobre la ANC afectada (Engra, 2014).

5.1.2 Regulación de medicamentos en el sistema europeo

Este sistema está basado en una regulación estándar y única, conformado por más de 50 autoridades reguladoras de los 31 países del EEE, la Comisión Europea y la EMA. Esta red está apoyada y respaldada de miles de expertos procedentes de toda Europa, con lo cual aseguran un aporte de conocimiento de calidad y asesoramiento en el sector (EMA, 2017).

Los países miembros y la EMA comparten y colaboran con conocimientos especializados para la evaluación de nuevos medicamentos y las regulaciones de estos en ámbitos como (EMA, 2017).:

- Cumplimiento de las buenas prácticas clínicas (GCP)
- Correctas prácticas de fabricación (GMP)
- Correctas prácticas de distribución (GDP)
- Correctas prácticas de farmacovigilancia (GVP)

Los cuales deben ser cumplidas de manera obligatoria por cada país según las normas implantadas por la legislación de la UE. El ámbito de la regulación también contempla la comercialización de los medicamentos, el cual, con el fin de garantizar un buen funcionamiento de la salud pública, exige que todo medicamento debe ser autorizado antes de salir a su comercialización en la UE, este procedimiento abarca tanto medicamentos de uso humano como veterinario (EMA, 2017).

Toda empresa farmacéutica deberá presentar una solicitud única de autorización a la EMA y esta se encargada de hacer las evaluaciones científicas para posteriormente autorizar o no la comercialización del medicamento dentro del mercado (EMA, 2017).

Finalmente, al ser autorizado las decisiones sobre la fijación del precio o el reembolso se realizan en cada Estado miembro, pero bajo el contexto del potencial del medicamento y el sistema sanitario del territorio (EMA, 2017).

Podemos concluir que en relación al ámbito legal y administrativo dentro de la Unión Europea se encuentra muy bien controlada mediante un procesos estandarizados y únicos para todos los estados que lo conforman, pero esto no es reflejado en la fijación de precios si bien el proceso es único cada Estado fija su precio de manera independiente con lo cual podemos observar en España el gasto promedio de receta es de 10,81 euros en comparación a uno de los más caros como Finlandia en el cual el gasto asciende a 84 euros (Herrera, 2019).

5.1.2.1 Política de margen a la distribución y punto de venta de medicamentos de uso humano en España

Según el Real Decreto 823/2008, publicado el 16 de mayo del 2008, se estableció nuevos márgenes a la distribución de medicamentos, los cuales se separan en dos grupos (Martín, 2008):

- Distribuidor: Si el precio es igual o menor a 91.63 euros es del 7.6%, si supera los 91.63 euros se fija en 7.54 euros por envase y si se trata de un medicamento con envase clínico el margen será del 5%, se consideran precios sin impuestos.
- Farmacias: Si el precio es igual o menor a 91.63 euros es del 27.9%, si supera los 91.63 euros se fija en 38.37 euros por envase y si se trata de un medicamento con envase clínico el margen será del 10%, se consideran precios sin impuestos.

Con ello se observa que en el mercado español existe un control sobre los márgenes tanto para la distribución en laboratorios y farmacias, con lo cual se controla que no exista un incremento de precios lo cual pueda causar un daño al consumidor o distorsiones el mercado.

5.1.3 Sistema Canadiense de competitividad y regulación de medicamentos

En Canadá, de acuerdo con su Legislación nacional se implementó una política de competencias, en el cual regula el comercio respecto a conspiraciones y fusiones que

puedan darse, los cuales afecten al consumidor y a las empresas del entorno. La Ley se implementó en el año 1985, Ley de Competencias R.S. Capítulo C-14.

Por otro lado, esta ley promueve la eficiencia y la adaptabilidad de la economía en el país, a fin de que se promueva la participación de las empresas canadienses en otros mercados mundiales y a la vez adaptarse a la competencia extranjera en Canadá.

Con esta ley se garantiza que las medianas y pequeñas empresas cuenten de manera equitativa la participación en el mercado interno y puedan proporcionar a los clientes precios competitivos y ofertas de productos. Existe un Tribunal, que se encarga de fiscalizar y emitir las medidas cautelares de las fusiones entre empresas.

De acuerdo con las estadísticas en Canadá, en promedio se gestionan 50 casos de fusiones al año, el cual son resueltas en 40 días en promedio. El Tribunal de competencia también podría cancelar una fusión después de un año de ser aprobada tras comprobar que daña la competencia del mercado (Fisher, 2019).

Además, cuando se realiza un análisis a las eficiencias de las fusiones, no implica que los consumidores sean afectados. El proceso simplificado del análisis de una fusión toma 14 días en Canadá. En el Perú esto podría durar 40 días como máximo (Fisher, 2019).

Respecto a la atención médica, esta tiene un alcance universal pero no cubre los fármacos con receta, mientras limita el precio de estos. Lamentablemente el 10% de canadienses no puede comprar los medicamentos recetados, por ello, luego de 20 años era de esperarse un cambio crucial en la regulación de precios de medicamentos (Salud y Fármacos, 2019).

Actualmente, este país cuenta con un Reglamento sobre medicamentos patentados, donde la PMPRB (Junta de Revisión de Precios de Medicamentos Patentados) tiene bajo su responsabilidad establecer un precio máximo comparando los precios internacionales de referencia de una lista de países con los precios establecidos en Estados Unidos y Suiza, donde los medicamentos son más caros (Reuters, 2019), a su

vez tiene competencias para la fiscalización de precios en el mercado y para sancionar incumplimientos (BCN, 2016).

En agosto 2019 el Primer Ministro Canadiense, Justin Trudeau, anunció la modificación del citado reglamento a fin de lograr un ahorro en medicamentos con patente de 9 000 millones de euros en los siguientes diez años, para lo cual se cambiará la lista de países de comparación para que sea acorde con los precios promedio de la OCDE, se considerará el ratio costo/eficacia y se ordenará a los productores que develen cierta información de terceros relacionada a descuentos en otros países. La entrada en vigor de esta modificatoria será el 1 de julio de 2020 (Reuters, 2019).

CAPÍTULO VI. MARCO REGULATORIO EN EL PERÚ

6.1 Principales entidades reguladoras

En relación con el marco regulatorio, se tiene dos actores importantes en la industria farmacéutica, la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID) como entidad reguladora de medicamentos y el Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI) como ente regulador de la libre competencia.

6.1.1 Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID)

En nuestro país, DIGEMID se desempeña como autoridad reguladora de medicamentos (ARM), organismo que depende del Ministerio de Salud, desde su creación a través del Decreto Legislativo Nº 584 (Poder Legislativo, 1990), teniendo como objetivo principal el garantizar que la población peruana acceda a medicamentos seguros, eficaces y de calidad, y el uso racional de los mismos.

DIGEMID ha puesto al alcance público información relevante a través de su página web, en la misma se evidencia la recopilación y facilidad de acceso a la normatividad dentro del ámbito de su competencia (DIGEMID, 2019).

Las actividades de la industria farmacéutica principalmente están reguladas dentro del marco de la Ley N° 29459 (Poder Legislativo, 2009), "Ley de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios", la misma establece los requisitos para obtener el registro sanitario, la obligatoriedad de contar con autorización sanitaria de funcionamiento antes de iniciar actividades y las actividades de control y vigilancia sanitaria.

A partir de su publicación, DIGEMID ha priorizado dentro de sus actividades la emisión de los reglamentos y documentos técnicos para consolidar su aplicación, así tenemos, el "Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos" según Decreto Supremo Nº 014-2011/SA (Poder Ejecutivo, 2011) y el "Reglamento para el Registro, Control y Vigilancia Sanitaria de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos

Sanitarios" según Decreto Supremo Nº 016-2011/SA (Poder Ejecutivo, 2011), y sus respectivas modificatorias.

También, se han publicado el año 2015, el manual de buenas prácticas de almacenamiento según Resolución Ministerial N°132-2015/MINSA (Poder Ejecutivo, 2015) y modificatorias, y el manual de buenas prácticas de distribución y transporte según Resolución Ministerial N°833-2015/MINSA (Poder Ejecutivo, 2015).

Mientras que, el año 2018 se han publicado el "Manual de Buenas Prácticas de Laboratorio para el Control de Calidad de Productos Farmacéuticos" según Decreto Supremo N°017-2018-SA (Poder Ejecutivo, 2018) y el "Manual de Buenas Prácticas de Manufactura de Productos Farmacéuticos" según Decreto Supremo N°021-2018-SA (Poder Ejecutivo, 2018), los cuales entraron en vigencia con las respectivas guías de inspección, a partir del 24 de julio 2019 y 23 de agosto 2019, respectivamente.

A fin de establecer las bases para lograr garantizar un adecuado intercambio terapéutico entre dos medicamentos, mediante Decreto Supremo N° 024-2018-SA (Poder Ejecutivo, 2018) se aprueba el Reglamento de intercambiabilidad de medicamentos, el cual entró en vigencia el 16 de marzo del 2019 estableciendo la necesidad de demostrar bioequivalencia en los medicamentos mono fármacos que tengan los siguientes principios activos:

a) Ciclosporina 100mg y
b) Micofenolato de Sodio 360mg tabletas de liberación retardada.

Así como, la realización de estudios in vitro o bioexenciones a sólidos orales de liberación inmediata en cinco productos, estos son: Lamivudina 150 mg y 300mg tabletas, Zidovudina 300 mg tabletas, Zidovudina 100mg cápsulas, Lamivudina/zidovudina 150mg/300mg tabletas y Diazepam 10mg tabletas.

. Teniendo en ambos casos un plazo de dos (2) años para presentar el "Informe de los resultados de los ensayos de comparabilidad", contados a partir de la entrada en vigor del presente Reglamento. Para su implementación era necesario determinar los

productos de referencia, así el 23 de abril del 2019 se publica la Resolución Ministerial N° 366-2019-MINSA que aprueba la relación de productos de comparación. (Poder Ejecutivo, 2019). También, tenemos que en la página web de DIGEMID se encuentran disponibles, un listado de medicamentos que han demostrado la intercambiabilidad y un listado de medicamentos de referencia para solicitudes voluntarias que contiene 37 productos de referencia con principios activos diferentes a los medicamentos en exigencia descritos en el párrafo anterior (DIGEMID, 2020)

Por lo expuesto, en nuestro país, los estudios de intercambiabilidad de medicamentos están en fase inicial y la legislación plantea un ritmo escalonado para su ejecución. Es así, que en noviembre del 2019 se aprobó el primer medicamento genérico intercambiable por solicitud voluntaria, Betasporina 1 g Polvo para Solución Inyectable del laboratorio Atral S.A. -Portugal y, en diciembre 2019 se aprobó el primer medicamento genérico intercambiable por exigencia, Supramunn de 100 mg en cápsulas blandas del laboratorio TEVA PERÚ (contiene Ciclosporina 100 mg); lo que garantiza que estos productos cuentan con los mismos resultados terapéuticos que el medicamento innovador (ALAFARPE, 2019; DIGEMID, 2020).

Es importante mencionar, que el Reglamento de intercambiabilidad de medicamentos, Decreto Supremo N° 024-2018-SA (Poder Ejecutivo, 2018), no establece cuándo ni cómo será la metodología para incorporar nuevas moléculas.

Respecto a implementación de la intercambiabilidad en Latinoamérica, tenemos (ALAFARPE, 2019):

- Chile: En la primera etapa (2014 al 2017) consideraron 186 moléculas y en la segunda etapa (2018 al 2021) han considerado 190 moléculas.
- Colombia: Su primera etapa va del 2016 al 2021, con 90 moléculas.
- México: Todos los medicamentos genéricos son intercambiables.

En países con mayor desarrollo sanitario, la intercambiabilidad es un requisito para poder realizar el registro de un medicamento genérico, como es el caso de Estados Unidos, generándose así una competencia legitima y garantizando el acceso a un

medicamento seguro, eficaz y de calidad (Colegio de Químicos Farmacéutico y Bioquímicos de Chile, 2020).

Por lo expuesto, la industria farmacéutica peruana está regulada por DIGEMID, siendo esta agencia reguladora competente y eficiente, pero aún requiere perfeccionar el desempeño de ciertas funciones de regulación sanitaria recomendadas por la OPS/OMS (OPS, 2020). Ante esto, DIGEMID ha asumido el alto compromiso de trabajar para obtener el nivel IV de calificación como Autoridad Nacional Reguladora de Referencia Regional de Medicamentos, siendo este el nivel más alto establecido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) (Diario Médico, 2018).

Esta certificación (nivel IV) apoyará el intercambio de información pública considerando las normativas vigentes a nivel nacional, el logro de mecanismos de acuerdo común que facilitarán los procesos del reconocimiento mutuo entre las autoridades reguladoras y a su vez asegurar la calidad y eficacia de los productos comprados por la OPS. Es muy importante finalizar este proceso en un breve plazo ya que incluirá la simplificación de procedimientos administrativos y fortalecer los programas a su cargo. (DIGEMID, 2018).

6.1.2 Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES)

El Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), fue creado el 23 de enero del 2010, como organismo descontrolado del Ministerio de Salud, este se encarga de gestionar el abastecimiento de recursos estratégicos en salud, los cuales engloban a los fármacos, dispositivos médicos y productos sanitarios, de forma oportuna y eficaz para el acceso de toda la población.

Entre sus principales funciones según la Resolución Ministerial N°650-2016/MINSA (Poder Ejecutivo, 2016), para tener un buen abastecimiento de los recursos en salud esta:

- Asegurar mecanismo para las intervenciones sanitarias.
- Realizar homologación de los recursos cuando sea necesario.

- Programar procesos de adquisición de recursos a nivel nacional.
- Administrar el almacenamiento y distribución de los recursos.
- Administrar la asignación de los recursos.
- Gestionar la nacionalización o desaduanaje de recursos adquiridos cuando corresponda.
- Desarrollar mecanismos de mejora continua en los procesos.

Para poder cumplir con estos objetivos CENARES los realiza mediante 3 procesos:

- Procesos estratégicos: Encargado de gestionar la calidad, el planeamiento, los presupuestos y el control interno.
- Procesos Misionales: Encargado de las programaciones, adquisición, donaciones, almacenamiento y distribución de los recursos.
- Procesos de Soporte: Encargado de la gestión documental, legal, administrativa y financiera.

Con el Decreto de Urgencia N°007-2019 (Poder Ejecutivo, 2019) y su reglamento el DS 026-2019-SA, el MINSA a través del CENARES ejerce las funciones de operador logístico para el abastecimiento público de los recursos estratégicos en salud.

En Latinoamérica, como parte de la Política Nacional de Medicamentos impulsada por el gobierno chileno, el 8 de enero del 2020 se publicó la Ley referida a la Central de Abastecimiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud (CENABAST), la cual entrará en vigencia el 6 de abril del mismo año, está orientada a introducir mayor competencia al mercado y disminuir el gasto de bolsillo de los usuarios al reducir el precio de los medicamentos dado que autoriza que las farmacias privadas adquieran medicamentos a través del sistema de compra de CENABAST, de tal manera, que esta institución pública podrá importar activamente, comprar e intermediar. También, esta ley indica que deberá fijarse un margen de comercialización que será establecido en el reglamento respectivo (Ministerio de Salud de Chile, 2020).

Con el nuevo modelo de trabajo, a partir del 2020, CENARES será responsable que los medicamentos estén disponibles en el punto de atención, no solo en los almacenes. En conjunto CENARES busca cumplir con su objetivo principal la cual es apoyar con

eficiencia al sistema de salud, centrándose en las personas para el tratamiento de enfermedades con acceso oportuno a medicamentos y con una infraestructura moderna e interconectada.

6.1.3 Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual (INDECOPI)

Respecto a la defensa de la libre competencia y la protección de la propiedad Intelectual, es INDECOPI el ente regulador, organismo dependiente del Ministerio de Industria, Turismo, Integración y Negociaciones Comerciales Internacionales, el cual fue creado mediante el Decreto de Ley N° 25868 (Poder Legislativo, 1992) con el principal propósito de promover la competencia leal y honesta en el mercado peruano, protegiendo toda propiedad intelectual, cuenta con autonomía técnica, económica, presupuestal y administrativa. (INDECOPI, 2016).

El Decreto Legislativo N°1033 (Poder Legislativo, 2008) aprueba la ley de organización y funciones de INDECOPI y menciona que es un organismo público especializado adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros que goza de autonomía funcional, técnica, económica, presupuestal y administrativa.

INDECOPI, dentro de su marco normativo y su autonomía antes mencionada, conforme a su Reglamento de Organización y Funciones aprobado por Decreto Supremo N° 009-2009-PCM (Poder Ejecutivo, 2009), posteriormente, modificado por el Decreto Supremo N° 107-2012-PCM (Poder Ejecutivo, 2012); y considerando, la emisión de la Ley N° 30224 (Poder Legislativo, 2014) que crea el “Sistema Nacional para la Calidad” (SNC) y el “Instituto Nacional de Calidad” (INACAL), sus principales funciones son:

- Vigilar toda iniciativa y libertad de las empresas mediante un control posterior y eliminar toda barrera ilegal e irracional que afecten de manera negativa a los ciudadanos y empresas.
- Defender la libre y honesta competencia, sancionando todo acto que la obstaculice.
- Corregir todo daño en el mercado provocado por dumping y subsidios.

- Proteger al consumidor, vigilando que toda la información en los mercados esté difundida de manera correcta y no existan distorsiones en ella, de la cual se pueda obtener un beneficio.
- Facilitar el comercio exterior eliminando toda barrera no arancelaria que la dificulte.
- Administrar y proteger el derecho de propiedad intelectual.

Por lo cual, podemos percibir a INDECOPI como una entidad de servicio con una gran responsabilidad en fomentar la correcta competencia e interacción de agentes económicos de calidad para lograr la plena satisfacción del mercado incluyendo a los consumidores, empresarios y el Estado.

6.2 Principales Decretos Supremos y de Urgencia promulgados contra las conductas anticompetitivas y de concentración

6.2.1 Decreto Supremo N° 030-2019-PCM, que aprueba el Texto Único Ordenado de la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas

En la actualidad en el mercado peruano el único control sobre agentes económicos es a través del Decreto Legislativo N° 1034 (Poder Legislativo, 2008), la cual aprobó la "Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas", la cual fue modificada posteriormente por el Decreto Legislativo N° 1205 (Poder Legislativo, 2015), realizando modificaciones a los artículos vigentes, a su vez en el 2018 es modificada nuevamente por el Decreto Legislativo N° 1396 (Poder Legislativo, 2018) agregando nuevas modificaciones y aumentando nuevos artículos. Finalmente, en febrero del 2019 se emite el Decreto Supremo N° 030-2019.PCM (Poder Ejecutivo, 2019), el cual aprueba el "Texto Único Ordenado de la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas" que busca prohibir y multar toda práctica desleal con la finalidad de fomentar la eficiencia económica en los mercados para el bienestar del consumidor final, asimismo, aplica a todos los niveles que hayan tenido participación en la planificación, realización y/o ejecución de la infracción administrativa (Gestión, 2019).

6.2.2 Decreto de Urgencia N° 013-2019 – Que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial

La concentración empresarial aparece cuando dos o más empresas se unen con el objetivo de ampliar su capacidad y por ende tener un poder en el mercado. El control que se lleva a cabo es parte de un procedimiento de evaluación previa, denominado control ex ante, y forma parte de las herramientas de la política de competencia. Por otro lado, cuando la evaluación se realiza por conductas anticompetitivas, es denominado ex post, y forma parte de un procedimiento sancionador (Zuñiga, 2018).

Dentro del marco regulatorio hasta el año 2018, el único sector que regulaba estas buenas prácticas era el sector eléctrico, con "Ley N° 26876 Antimonopolio y Anti-oligopolio del sector eléctrico" (Poder Legislativo, 1997), en el cual prohibía cualquier tipo de concentración del tipo vertical u horizontal en las etapas de generación y/o de transmisión y/o de distribución de la energía. Esta ley ha tenido un alcance muy acotado si se consideran todos los casos investigados por INDECOPI no se llegó a más de 20 (Quintana, 2019).

Por lo cual, el 19 de noviembre de 2019, se emitió bajo aprobación del "Poder Ejecutivo el Decreto de Urgencia N° 013-2019" (Poder Ejecutivo, 2019) que entrará en vigor el 20 de agosto de 2020, el cual establece el control previo a la concentración empresarial. Este decreto de urgencia se aplicará a todos los sectores del país, en los cuales se investigará toda concentración empresarial que oferten o demanden bienes y servicios realizando actos de concentración, los cuales produzcan un efecto negativo en el mercado y establece un control previo cuando de manera recurrente se cumpla lo siguiente:

- La suma anual de los ingresos de las empresas involucradas sea igual o mayor a 118,000 UIT
- La suma anual de los ingresos de al menos dos de las empresas involucradas sea igual o mayor a 18,000 UIT

No obstante, la norma también establece que las empresas pueden presentar solicitudes ante la comisión siempre y cuando se encuentren comprendidas dentro del

umbral de ingresos antes descritas, la cual será tramitada y evaluada por la Comisión de Defensa de Libre Competencia de INDECOPI, la cual será procesada mediante la modalidad de control previo (Quintana, 2019).

6.3 Decretos de Urgencia y Leyes promulgadas que impactan al sector farmacéutico

6.3.1 Decreto de urgencia N° 007-2019 que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad

Promulgado el 31 de octubre del 2019, tiene como objetivo primordial declarar el acceso a toda la población de los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud, y disponer medidas para garantizar su disponibilidad (Poder Ejecutivo, 2019).

Por el enfoque del presente trabajo nos centraremos en los artículos que hagan relación a la comercialización obligatoria de los medicamentos genéricos y el stock mínimo que deben contar (Poder Ejecutivo, 2019).

6.3.1.1 Promoción del uso de los medicamentos genéricos y productos biosimilares

En el artículo 4, declara que el Ministerio de Salud es el encargado de implementar medidas para promover el uso de los medicamentos genéricos con Denominación Coman Internacional y de productos biosimilares, con el objetivo que la población cuente con un mejor acceso a este tipo de medicamentos. Estas medidas abarcan desde la producción hasta el acceso a información por parte de la población y los profesionales de salud (Poder Ejecutivo, 2019).

6.3.1.2 Listado de medicamentos esenciales bajo denominación común internacional en farmacias, boticas y servicios de farmacias del sector privado

Dentro de las disposiciones complementarias finales del Decreto de urgencia N° 007-2019 (Poder Ejecutivo, 2019), la cuarta hacer referencia a que debe existir como

mínimo hasta 40 medicamentos esenciales genéricos los cuales deberán mantenerse disponible o demostrar su venta en farmacias, boticas y servicios de farmacias del sector privado. Posteriormente, el 29 de noviembre del 2019, mediante Resolución Ministerial N°1097-2019-MINSA (Poder Ejecutivo, 2019) se publicaron 31 medicamentos y se estableció que el no tener disponibilidad para la dispensación es sancionado con dos UIT, esta disposición estará vigente hasta el 31 de diciembre de 2020 (Poder Ejecutivo, 2019).

6.3.2 "Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud"

La ley marco de aseguramiento universal en salud (Poder Legislativo, 2009) se empezó a gestar desde el año 2002, la cual fue priorizado dentro del Acuerdo Nacional en la décimo tercera reunión de Estado denominada "Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social", sobre las bases de Essalud, el SIS y el sector privado, donde participaron entidades políticas, religiosas, sociedades civiles y el gobierno (Acuerdo Nacional, 2002).

En el año 2005, entre marzo y diciembre, dieciséis partidos y agrupaciones políticas realizaron reuniones en el cual se tomó como prioridad la seguridad social y universal de la salud (Wilson, 2009).

En el año 2007, en el Plan Nacional Concertado de Salud del MINSA, lineamiento de política 3, se ratifica como prioridad el aseguramiento universal en salud, brindando metas y lineamientos (Wilson, 2009).

En febrero del 2008, se establece la Resolución Suprema N°002-2008-SA, en el cual se conforma una Comisión Multisectorial, formada por entidades del estado como son el MINSA, el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior, ESSALUD, y un Presidente Regional, cuyo objetivo era el de consolidar los instrumentos necesarios para la implementación del aseguramiento universal de la salud. Finalmente, el 8 de abril del 2009 se promulga la Ley N° 29344 (Poder Legislativo, 2009), "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud", la cual define que el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud involucra que cualquier persona, sin exclusión alguna,

cuente con acceso a los servicios de salud dentro de su territorio nacional, incluyendo medicamentos competentes y que los precios sean accesibles a los usuarios (Poder Legislativo, 2009).

Por otro lado, la cobertura universal de la salud debe contar con tres grandes pilares, la primera es la cobertura poblacional, en el cual la cobertura debe abarcar a cualquier persona, la segunda es la cobertura de servicios, en el cual debe incluir a cualquier servicio de salud que necesite atenderse la persona, y la tercera es la cobertura de costos, el cual indica que la cobertura debe contar con precios que no conlleven dificultades financieras a los usuarios (MINSA, 2014).

Según lo expuesto, podemos concluir que en la actualidad nuestro mercado farmacéutico, aunque tiene muchas regulaciones las cuales están vigentes desde hace varios años, tiene un control bajo, así se observa cómo en varias farmacias de nuestros país no se cumple con el ofrecimiento de los medicamentos genéricos o la existencia de una fuerte integración horizontal y vertical de toda la red de distribución de fármacos, por lo cual, es necesario que INDECOPI realice la supervisión e investigación de abuso de posición de dominio o afectación del consumidor, para de ser el caso, sancionar estas prácticas anticompetitivas o lesivas al consumidor; las últimas regulaciones propuestas están orientadas a lograr un mejor comportamiento de la competencia y menor distorsión en los mercados de salud.

6.4 Observatorio de Precios de DIGEMID y propuestas de regulación de precios

Los precios de los medicamentos son distintos en cada país, lo cual tiene que ver con la población, condiciones de salud, ingreso per cápita y regulaciones internas (políticas internas, patentes y aranceles).

De acuerdo a lo indicado en el artículo 30 del D.S. N° 014-2011-SA (Poder Ejecutivo, 2011) y en su modificatoria establecida en el D.S. N° 033-2014-SA, la Resolución Ministerial N° 040-2010/MINSA (Poder Ejecutivo, 2010) estableció que todo establecimiento farmacéutico tiene la obligación de registrarse en el Sistema Nacional de Información de Precios de Productos Farmacéuticos de DIGEMID y de

brindar la información sobre sus precios, luego, fue publicada la Resolución Ministerial N°341-2011/MINSA (Poder Ejecutivo, 2011) que modificó los artículos 1º, 2º, 3º y 4º.

DIGEMID cuenta con un observatorio de precios de productos farmacéuticos reportados por las boticas y farmacias del país, indicando para cada medicamento la fecha de actualización de su reporte; éste se encuentra a libre disposición del ciudadano a través de la página web de la entidad (DIGEMID, 2019).

En los últimos años se han dado intentos por regular los precios de los medicamentos, sin embargo, hasta el momento esto no se ha materializado; el manejo de estos se puede dar por discriminación de precios según la demanda de cada país, o por concertación entre los laboratorios (proveedores) y las cadenas de farmacias (distribuidores) o por concertación en el mismo nivel de la cadena productiva.

El Parlamento Peruano ha contado con varios proyectos de ley para regular el precio de los medicamentos, todas ellas rechazadas, como son:

- Proyecto de Ley N°3343-2013, propuesto por Julia Teves.
- Proyecto de Ley N°3346-2013, propuesto por Hernán Chehade.
- Proyecto de Ley N°3425-2013, propuesto por Gustavo Rondón.
- Proyecto de Ley N°2102-2012-CR, propuesto por Héctor Becerril. Proponía crear un órgano que regule los precios de los medicamentos.
- Proyecto de Ley N°2371-2017-CR, propuesto por Javier Velásquez Quesquén. Ley que propone la Regulación de Precios Máximos para los medicamentos básicos de enfermedades con mayor gravedad, incidencia y alto costo.
- Proyecto de Ley N°2701-2017-CR, propuesto por Héctor Becerril.
- Proyecto de Ley N°2707-2017-CR, propuesto por Yonhy Lescano. Ley que propone que DIGEMID sea el ente regulador de precios máximos de los fármacos en general.

La principal dificultad para crear un ente que regule los precios de los medicamentos es que es muy complejo para cualquier entidad identificar un precio que

sea cercano al precio de equilibrio entre la oferta y la demanda. Además, podría producir asimetrías de información entre el ente regulador y el regulado, generando que el precio no sea equitativo tanto para el comprador como para el fabricante (De Lama, 2004).

El crear un ente regulador podría resultar contraproducente para el bienestar del ciudadano, debido a que podría generar la carencia de muchos medicamentos, y además porque nuestro mercado ya no resultaría atractivo para la entrada de nuevos competidores y productores, generando que los precios al final llegasen a subir. Si recomienda que el Estado Peruano adopte políticas que promuevan el acceso a medicamentos para la población necesitada (INDECOPI, 2013). El contar con una fijación de precios, incrementaría los incentivos para que los laboratorios y/o distribuidores se dediquen a producir y/o comercializar fármacos que no se encuentran regulados, en lugar de los que sí cuentan con regulación de precios (Stucchi, 2019).

En nuestro país, no se aprovecha el nivel de escala en compras que tienen las entidades públicas como el MINSA, EsSalud, entre otras, los cuales podrían obtener precios muy atractivos para los consumidores, pero a pesar de la gran cantidad de compras que pueda realizar estas entidades siempre se tiene un problema mayor, el cual es el desabastecimiento de los fármacos e insumos médicos en los centros de abastecimiento público de la salud (Stucchi, 2019).

El sector farmacéutico de medicamentos en el Perú cuenta con una regulación a cargo de DIGEMID, que le confiere facultades de control y vigilancia sobre los establecimientos farmacéuticos con el objetivo que los medicamentos que se comercializan al consumidor final sean seguros, eficaces y de calidad.

A su vez, se cuenta con reglamento que regula la intercambiabilidad de medicamentos, pero hasta el momento su implementación es muy lenta, muy pocos fármacos cuentan con estos estudios.

En la actualidad, no existe una regulación de precios, sólo se tiene un observatorio de precios en la página web de DIGEMID en donde se pueden obtener los precios de los medicamentos de las boticas y farmacias, y así el consumidor final puede optar por

la mejor opción que se acomode a su economía. El inconveniente es que este observatorio de precios no está siendo publicitado y la mayoría de los ciudadanos no conoce su existencia, adicional a esto el input de la data de precios cargada al portal no está siendo auditada y se encontrar medicamentos con registros sanitarios vencidos o con precios iguales a 0.

Por otro lado, respecto a la defensa de la libre competencia en el Perú se cuenta con INDECOPI como el órgano encargado de controlar la competencia leal y honesta y proteger el derecho de los consumidores. Para prohibir estas prácticas anticompetitivas se aprobó el Decreto Supremo N°030-2019-PCM.

Además, se promulgó el decreto de urgencia N°007-2019 y su reglamento, con el fin de mejorar el acceso a determinados medicamentos esenciales genéricos con denominación común internacional y se empezó a exigir que en los puntos de venta se cuente con un stock mínimo de 40 medicamentos. Esta última disposición sólo aplica a establecimientos particulares, también debería aplicarse a los establecimientos del Estado, el cual en la mayoría de los casos no cuentan con los medicamentos para atender a la población.

CAPÍTULO VII. OPINIÓN DE LOS STAKEHOLDERS DEL SECTOR FARMACÉUTICO SOBRE LA SITUACIÓN ACTUAL

7.1. Stakeholders del Sector Farmacéutico

En el presente capítulo se presenta los extractos y análisis de entrevistas a los principales stakeholders. Entre los puntos importantes a tener en cuenta dentro de esta investigación son la identificación y el análisis de los stakeholders, pero para entrar en contexto primero es necesario precisar un poco acerca del término, Freeman (1984) indica como stakeholders a cualquier grupo o individuo que pueda afectar directamente a una empresa en el logro de sus metas, los cuales pueden incluir al personal interno como los empleados, accionistas como también a actores externos como bancos y al mismo gobierno.

Bajo esta definición recae la importancia y necesidad de tomar en cuenta estos grupos de interés, puesto que pueden afectar de forma favorable y/o desfavorable los objetivos de una organización, como también hoy en día se maneja una nueva metodología en la cual toda organización debe tener una estrategia de valor y compromiso con estos grupos, que les permita superar cualquier conflicto que se presente.

7.2. Opinión de Expertos sobre Libre Competencia y el Sector Farmacéutico

La totalidad de las entrevistas a los expertos se encuentran en el anexo 5.

7.2.1. Expertos en Libre Competencia

7.2.1.1. Ventajas y desventajas de una regulación ex ante (previo de las fusiones o adquisiciones) y ex post (control de colusión).

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

Previene la concentración o determinadas conductas que pueden afectar mercados. Se adelanta a que se genere un daño al sistema, pero requiere de esfuerzos económicos y de personas con experiencia

Jaime Delgado Zegarra – Representante de ASPEC

Hay muchas fusiones que son necesarias para enfrentar con mayor eficiencia y capacidad competitiva, lo único que se puede sancionar es el abuso de posición de dominio de mercado. Obviaron aquellas conductas dirigidas a alterar la estructura del mercado, mediante determinadas fusiones y adquisiciones.

CONCLUSIONES: Existen fusiones o adquisiciones que pueden cambiar el rumbo de un mercado. Se necesita de regulaciones claras para que el mercado no se vea afectado en ninguna de sus etapas, desde la manufactura hasta el consumidor final.

7.2.1.2. Países que cuentan con una adecuada regulación, que evite prácticas monopolísticas.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

Por autonomía, en normas de libre competencia está Estados Unidos, ponen énfasis al examen de eficiencias. La Unión Europea, trabaja pensando en la liberalización del mercado.

CONCLUSIONES: Se puede ver como modelo a Estados Unidos y Unión Europea, los cuales cuentan con años de experiencia en este tipo de regulaciones.

7.2.1.3. Efectos positivos y negativos que generen una operación de concentración empresarial en un mercado competitivo.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

El tema de la sinergia y la eficiencia de la empresa es positivo, lo contrario es el poder de dominio.

Jaime Delgado Zegarra – Representante de ASPEC

La literatura económica ayuda a tomar decisiones sobre temas de concentración, pueden derivar en situaciones de ejercicio de poder de mercado.

CONCLUSIONES: El tener una posición de dominio puede modificar la oferta y la demanda, así como la participación del mercado, pudiendo afectar o favorecer al consumidor final.

7.2.1.4. Normas de defensa de la libre competencia, para evitar eventuales efectos negativos de la concentración para los consumidores y la industria.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

Las normas de defensa de libre competencia no son suficientes, depende de la autoridad que lo aplique.

Jaime Delgado Zegarra – Representante de ASPEC

Las normas de defensa de libre competencia no son suficientes, para que funcione se debe tener un órgano supervisor más activo y rápido.

CONCLUSIONES: Se requiere un órgano supervisor eficiente que plasme las normas de libre competencia.

7.2.1.5. Ventajas y desventajas de la norma de control de fusiones para el sector eléctrico a nivel de industria y consumidor.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

Ventajas: No ha entorpecido el mercado.

Desventajas: No se sabe si ha tenido un impacto real negativo.

CONCLUSIONES: El sector eléctrico es uno de los más representativos en el país y uno de los más estables. El consumidor final ha sido el más beneficiado con esta norma, no ha tenido impacto significativo en la variación de los costos.

7.2.1.6. Alternativas en el procedimiento de autorización, una vez aprobada el decreto de urgencia de control de fusiones y concentraciones empresariales.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

Ha elevado el umbral, al permitir que sean menos las operaciones que soliciten estos permisos. Se podría realizar modificaciones que solucionen el tema de los plazos.

Jaime Delgado Zegarra – Representante de ASPEC

Debería haber plazos más acotados y que se discriminen aquellos casos donde no se afecta la competencia.

CONCLUSIONES: Una vez aprobado el decreto de urgencia se debe tener un control y seguimiento exhaustivo para que pueda aplicarse rápidamente a todos los mercados, la velocidad de como actúe la entidad reguladora va a llevar al éxito a la norma.

7.2.1.7. Capacidad de INDECOPI y los instrumentos para poder llevar el control de las fusiones y concentraciones empresariales.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

En INDECOPI hay gente con mucha experiencia y capacitada. El problema son los pagos (incentivos) y el capital humano, debido a que incrementaría la carga laboral.

Jaime Delgado Zegarra – Representante de ASPEC

INDECOPI cuenta con una experiencia de 25 años en el país y si podría llevar el control. Sin embargo, existen personas alrededor del mundo con la experiencia necesaria para que puedan brindar asistencia técnica.

CONCLUSIONES: INDECOPI debería realizar una distribución interna y plantear incentivos, así como fortalecerse con la asistencia técnica de expertos de otros países.

7.2.1.8. Diagnóstico del escenario actual del sector farmacéutico.

Piero Renato Arias Ureta – Representante de la CONAR

Tiene una estructura casi monopólica. Otros puntos son las trabas a la importación de medicamentos genéricos y el problema de la concentración.

Jaime Delgado Zegarra – Representante de ASPEC

Con la última integración vertical, en el sector no existe la competencia, es preocupante, debiera existir una regulación de precios similar al de EE. UU. o Brasil.

CONCLUSIONES: El sector farmacéutico es un oligopolio, con perspectiva a ser un monopolio. Este tipo de escenarios puede afectar a la industria con menor participación económica y principalmente al consumidor final.

7.2.2. Expertos dentro del Sector Farmacéutico

7.2.2.1. Oferta actual de medicamentos en el mercado farmacéutico peruano.

José Enrique Silva Pellegrin – Presidente de ADIFAN

El estado no tiene un análisis real de la demanda, en la cual basa su presupuesto actual. Se genera una oferta no es cubierta.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

Hay un mercado retail concentrado donde es alta la posibilidad que ofrezcan en primera opción un medicamento de su marca. Los laboratorios están sometidos por el sector retail,

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

La oferta de medicamentos la constituyen los medicamentos innovadores y los medicamentos genéricos (con y sin marca) cuyos precios deberían tender a homogenizarse.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

Existe una distorsión del mercado por InRetail, la oferta está mal distribuida, solo se está dando en sectores de alta concentración comercial, en las zonas alejadas o pobres no está la gran cadena y ni siquiera el Estado.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

Existen puntos de venta están concentrados solo en Lima o capitales de departamento, corresponde al estado garantizar el acceso a medicamentos del PNUME en las zonas alejadas.

CONCLUSIONES: El mercado farmacéutico peruano se desarrolla en base a la oferta y la demanda, con una oferta de medicamentos innovadores y genéricos, donde InRetail tiene una posición de dominio. En los lugares más alejados es difícil la accesibilidad al medicamento, se requiere que el Estado asuma esta responsabilidad.

7.2.2.2. Beneficios y limitaciones de las cadenas de abastecimiento de medicamentos en el Perú.

José Enrique Silva Pellegrin – Presidente de ADIFAN

CENARES no está en condiciones de absorber toda la demanda del país y lo que se va a producir es un mayor descontento del público.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

InRetail ha consolidado una integración vertical y horizontal, nadie tendría la capacidad de hacerle competencia, hay que colocarle algunas normas.

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

InRetail, dueño de todo puede obligar a los laboratorios a bajarles el precio, ganan por el descuento solicitado al laboratorio y por las bonificaciones que reciben por privilegiar productos de determinadas marcas.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

En la cadena de abastecimiento el que tiene más desarrollado es la gran cadena, en el caso de la botica independiente no tiene ningún tipo de desarrollo.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

Con el ingreso de las grandes cadenas todo cambió en el mercado farmacéutico y pasó a ser inestable.

CONCLUSIONES: InRetail y las cadenas de boticas tienen un bien desarrollado abastecimiento de medicamentos. La integración vertical de InRetail le permite contar con una posición de dominio en la distribución al contar con el Know-how del gran distribuidor Química suiza, ante esto las boticas y farmacias independientes están en desventaja dado que su principal competidor se ha convertido en su proveedor.

7.2.2.3. Beneficios y limitaciones de las adquisiciones y/o fusiones en el sector farmacéutico peruano.

José Enrique Silva Pellegrin - Presidente de ADIFAN

Respecto al primer evento, los beneficios son traslado de metodología y conocimiento, de know-how y que se han mantenido con fabricantes nacionales. E segundo cumplió los requisitos legales

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

La fusión en los laboratorios es normal, pasa en todo el mundo, no pueden tener una alta participación en un mercado porque genera distorsión. El segundo evento si fue negativo, se concentró el mercado, dueños de más del 83% del mercado retail. Nuestra ley no sanciona la posición de dominio, sanciona el abuso, habría que demostrarlo.

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

En el primer evento se ha formado un mix cultural interesante, innovadora y local que están funcionando como negocios paralelos, al final no están reduciendo precios.

InRetail gana al tener concentración porque se vuelven líderes en el mercado que tienen todas las potencialidades para poder negociar precios y poder negarse a comprar. Para el público en general, no creo que sea tan positivo, porque puede poner el precio que quiera y ofrecer los medicamentos que quieran.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

La inversión extranjera fortalece el nivel de la industria, para las farmacias independientes, lo que pase en la industria no es tan relevante. Este evento ha perjudicado el mercado, logrando así InRetail una posición de dominio, todo esto afecta al consumidor.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

La compra resultó siendo beneficioso para el sector de los laboratorios en el primer evento. En el caos del grupo InRetail ya cerró el círculo, pueden como laboratorio vender sus productos a la empresa que crean conveniente, y como distribuidor adquirir productos más económicos. Por otro lado, puede dejar de comprarle a otros laboratorios y hacerlos quebrar.

CONCLUSIONES: Los cinco expertos comparten la opinión que la compra de Abbott a CFR Pharmaceuticals es positiva, hay traslado de conocimiento y se conforma una cultura organizacional potente con un claro compromiso de innovación e inversión en nuestro país. También, comparten la opinión la operación de compra de InRetail cumplió los requisitos legales, pero que es negativa dado que le otorga una posición de dominio en el mercado.

7.2.2.4. Beneficios y limitaciones del decreto de urgencia N°007-2019

José Enrique Silva Pellegrin – Presidente de ADIFAN

Las más afectadas son las PYMES por las posibles multas. Respecto a la intercambiabilidad de medicamentos, se está creando un obstáculo técnico al comercio a través de este concepto.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

Esta normativa crea una central de compras para el sistema de salud, la multa por incumplir con el stock de medicamentos pone en riesgo a las boticas y farmacias independientes. La intercambiabilidad de medicamentos es vital pisar el acelerador.

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

No han incluido a establecimientos del sector público debido a que serían un cuello de botella, da mayor énfasis al genérico, el medicamento de innovación no podrá competir y termine desapareciendo. Deberían poner más énfasis a la intercambiabilidad.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

El stock mínimo de medicamentos vulnera los derechos constitucionales de las pequeñas boticas y farmacia, siendo una discriminación la no inclusión de establecimientos del sector público. Si 40 medicamentos genéricos son suficientes, la cantidad no resuelve el problema. Se deben realizar los estudios de intercambiabilidad estudios.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL.

Está bien que no se haya incluido establecimientos del sector público. La intercambiabilidad de medicamentos es una buena práctica que debe realizarse, pero elevaría el costo del medicamento. No pueden obligar al establecimiento a poner un stock de medicamentos genéricos.

CONCLUSIONES: Respecto al stock mínimo de medicamentos es una buena iniciativa por parte del Estado, se debería incluir en este decreto de urgencia a los establecimientos públicos que muchas veces no cuentan con un stock mínimo de medicamentos. La intercambiabilidad es necesaria en todo medicamento no innovador, empezando por los medicamentos con riesgo sanitario alto.

7.2.2.5. Beneficios y limitaciones del control de precios de medicamentos en Colombia y Ley Cenabast en Chile.

José Enrique Silva Pellegrin – presidente de ADIFAN

Colombia y Perú somos realidades distintas. La ley Cenabast sería inaplicable en el Perú, porque sería un camino a la corrupción espantoso.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

En Colombia el sistema es diferente, todo su sistema de salud está privatizado, especto Cenabast, este es un mecanismo que hubiese sido efectivo aplicarlo en el DU 007-2019.

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

En Colombia establece un precio controlado, donde las ventas de los laboratorios internacionales son mucho más altas que en Perú, mientras que las compras centralizadas a través de Cenabast permitirán una mejor negociación del precio.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

De Colombia tengo poca información. El modelo que está aplicando Chile es reciente, es un proyecto que también existió en nuestro país a través del modelo farmacias inclusivas que tenía DIGEMID, pero no funcionó.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

En el caso de Colombia no ha habido ningún beneficio de implementar el control, tienen uno de los precios de medicamentos más caros de la región.

En el caso de Chile, no creo que vaya a funcionar por todos los problemas que están afrontando recientemente.

CONCLUSIONES: Los expertos opinan que Perú y Colombia tienen realidades distintas, en Colombia el sistema de salud esta privatizado, aplican un control de precios dado que el estado tiene que pagar a las entidades privadas por los medicamentos dispensados. El modelo aplicado en Chile, Ley Cenabast, entrará en vigor el 6 de abril de 2020, por tanto, aun no se tiene un antecedente concreto para determinar si es aplicable en nuestro país.

7.2.2.6. Beneficios y limitaciones de establecer una regulación para venta directa de fármacos por los laboratorios.

José Enrique Silva Pellegrin – Presidente de ADIFAN

Esta es una propuesta de ADIFAN hay determinados productos súper especializados, los porcentajes en los que se multiplica el precio final del producto son innecesariamente altos.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

Los laboratorios necesitan boticas y farmacias. Siempre se necesitará al químico farmacéutico como contacto con el cliente, que se haga responsable.

Rosina Hinojoza – Prof. de la Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

En este momento los laboratorios no pueden vender directamente. Sería interesante tenerlo, con la finalidad de tener la opción de medicamentos que no hay en nuestro país.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

Esto ya se está dando, los accionistas de laboratorio pueden ser los mismos accionistas de la distribuidora y de la farmacia, caso InRetail, antes esto si estaba prohibido.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

Sería bueno para el consumidor porque el laboratorio puede expender a un precio especial los medicamentos.

CONCLUSIONES: El representante de ADIFAN manifiesta estar de acuerdo en la venta directa de fármacos por los laboratorios, otros expertos informan que no está permitido por ley y la opinión del representante de ANABIF quien considera que esto ya se está dando en el caso de InRetail, ya que cuenta con dos laboratorios, CIPA y CIFARMA. Sería importante su aplicación en el caso de medicamentos innovadores y orientados a enfermedades huérfanas ya que facilitaría su acceso y a un menor precio.

7.2.2.7. Beneficios y limitaciones de implementar en nuestro país la regulación de precios de los medicamentos.

José Enrique Silva Pellegrin – Presidente de ADIFAN

Sería un error fatal, ya hemos tenido un control de precios y lo único que fomenta, además de las corruptelas, son los lobbys que determinarán que productos cuestan más.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

Es necesario una regulación de precios, no control de precios. Un tope y no para todos los medicamentos, sino para los de alto costo.

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

La normatividad no permite la regulación de precios, dado que establecen el libre mercado, habría que pasar por un proceso de transformación constitucional.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

En contra del control de los precios.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

No se puede regular el precio de los medicamentos, de manera natural se regulan solos.

CONCLUSIONES: La normativa legal vigente no permite la regulación de precios de los medicamentos, sería necesario un cambio profundo a nivel constitucional. Cuatro de los cinco expertos no están de acuerdo con el control de precios, además, el Decano del CQFDL manifiesta estar de acuerdo con una regulación de precios, un tope para los de alto costo.

7.2.2.8. Opiniones del desempeño de DIGEMID.

José Enrique Silva Pellegrin – Presidente de ADIFAN

Debería ser una organización autónoma.

Javier Jesús Llamoza Jacinto – Decano del CQFDL

Es un órgano regulador que no es autónomo, debe apuntar a ser FDA o EMA.

Rosina Hinojoza – Prof. Maestría de Gerencia de Servicios de Salud en ESAN

Ha mejorado muchísimo, el gran problema es el nombramiento de sus mandos medios.

Aly Carlos Villarroel – Presidente de ANABIF

Podría hacer un mejor papel si fuera autónomo.

Carlos Leigh – Presidente Ejecutivo de ALAFAL

Debe coinvertirse en un ente autónomo. Los trámites de inscripción y reinscripción de registros sanitarios demoran demasiado.

CONCLUSIONES: Cuatro de los cinco expertos opinan que es vital que DIGEMID se convierta en una entidad autónoma, el grupo de tesis considera que favorecería al logro de eficiencia y reducción de la rotación de los mandos altos, fortaleciendo así al logro de objetivos a largo plazo. Aspectos negativos son el poco avance en materia de intercambiabilidad de medicamentos y las demoras en los trámites de inscripción y reinscripción de registros sanitarios.

De acuerdo con lo visto por las entrevistas a expertos, se concluye que el sector farmacéutico se desarrolla en una economía de libre mercado, donde existe una oferta y una demanda de medicamentos innovadores y genéricos, cuyo mercado retail está concentrado en una sola empresa, InRetail, que cuenta ahora con una potente cadena de distribución y dos laboratorios propios, por lo tanto, donde los precios de los medicamentos hacia el consumidor pueden ser afectados. Esta concentración empresarial, que cumplió los requisitos legales vigentes, también podría ocasionar serias afectaciones negativas a su competencia, dado que su integración horizontal y vertical le ha permitido obtener una posición de dominio frente a sus competidores, que no solo son las boticas y farmacias independientes, sino también, laboratorios, droguerías y distribuidoras.

Asimismo, el estado implantó el decreto de urgencia N° 007-2019 (Poder ejecutivo, 2019), con el fin de que los establecimientos cuenten con un stock de ciertos medicamentos genéricos para que el consumidor se vea beneficiado y tenga la opción de adquirir medicamentos económicos, pero no se ha considerado que las boticas y farmacias independientes pudieran ver afectadas por mantener este stock, que involucra capital con poco movimiento y más aún que de no cumplir tendrían una multa de hasta 2 UIT, lo que podría traer como consecuencia al cierre definitivo de estos establecimientos.

A su vez, otro punto importante es que todo medicamento no innovador que se comercializa debe pasar por un estudio de intercambiabilidad previo, sin embargo, el avance de estos estudios en nuestro país es mínimo. Sería importante establecer una regulación de venta directa por los laboratorios, solo en el caso de medicamentos innovadores y orientados a enfermedades huérfanas, a fin de garantizar su acceso y a un precio más económico que en otros puntos de venta.

A la fecha, la normativa legal no establece la regulación de precios de los medicamentos, los resultados que el grupo de tesis obtuvo sustentan que es necesario establecer una política pública de control de precios, la misma requiere un cambio profundo a nivel constitucional. También, se concluye que es vital que DIGEMID se constituya en una entidad autónoma.

CAPÍTULO VIII. RESULTADOS

8.1 Universo

El universo de nuestro estudio está conformado por todos los medicamentos registrados en el Indicador de Precios mensual, desde enero del 2014 hasta octubre del 2019. De esta forma, nuestro universo está constituido por información de 26,200 medicamentos.

8.2 Muestra

Para efecto del análisis, se procedió a depurar la data de los 26,200 medicamentos, aplicando los siguientes filtros:

- Datos erróneos y medicamentos vigentes: se eliminó todo registro que contenga precio con valor igual a 0 y medicamentos que no se encuentre vigentes según el Catálogo de Productos Activos publicado por DIGEMID en enero 2020
- Estandarización de frecuencia de precios: se eliminó todo registro que no cuente con data de precios con 70 meses de precios mensuales, ya que el análisis está dentro del periodo enero 2014 a octubre 2019

Según lo señalado en el párrafo anterior, al aplicar el primer filtro de los 26,200 medicamentos solo 14,080 aparecían en el Catálogo de Productos Activos publicado por DIGEMID en enero 2020, por lo cual los otros 12,120 fueron eliminados de la base de datos. Posteriormente, al aplicar el segundo filtro, mediante el uso de tablas dinámicas, se obtuvo que 11,631 medicamentos tenían data de precios por debajo de los 70 meses de estudio, por lo tanto, se consideró para el presente estudio 2,449 medicamentos, ver Tabla 8.1.

Tabla 8.1. Depuración de data aplicando filtros

Filtro	# de Medicamentos	Eliminados	Restantes
Datos erróneos y medicamos vigentes	26,200	12,120	14,080
Estandarización de frecuencia de precios	14,080	11,631	**2,449**

Fuente y Elaboración: Autores de la tesis

8.3 Supuestos

A continuación, es necesario indicar los supuestos que se utilizaron en el presente estudio antes de presentar los resultados obtenidos del análisis de la evolución de precios. Los supuestos planteados son los siguientes:

a) Se asume que todos los productos se venden, no se consideran saldos a fin de cada período.
b) Se presume que los factores externos no influyen en la variación de precios de medicamentos. Todos los factores se mantendrán constantes.
c) La demanda de medicamentos es inelástica, considerando que este bien es de vital importancia para la salud del paciente un incremento en precios no hará sustituirlo o dejarlo de comprar.
d) No se considera en la evolución de precios a los productos considerados como complementos alimenticios.
e) La data de IMS inicia en febrero 2014, por lo que para completar el año se duplica el precio de febrero en enero 2014.
f) En la información de precios de DIGEMID se excluyeron las series que cuenten con valores igual a 0 dado que no aportarían al análisis.
g) Para realizar la evaluación del daño al consumidor se definió la lista de medicamentos según el último reporte del 2019 donde se encuentran los medicamentos con registro sanitario vigente del Catálogo de Productos Farmacéuticos.

8.4 Mostrando resultados

8.4.1 Concentración en el mercado de laboratorios farmacéuticos y sector retail

La data del IMS brinda la información del nivel de ventas de todos los laboratorios (nacionales y extranjeros) entre el 2014 y 2018, para obtener la participación se realizó la división entre las ventas del laboratorio y las ventas totales. Los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 8.2 y el detalle completo del listado de empresas en el Anexo 1:

Tabla 8.2. Índice IHH del Mercado Laboratorios Farmacéuticos del 2014 al 2018

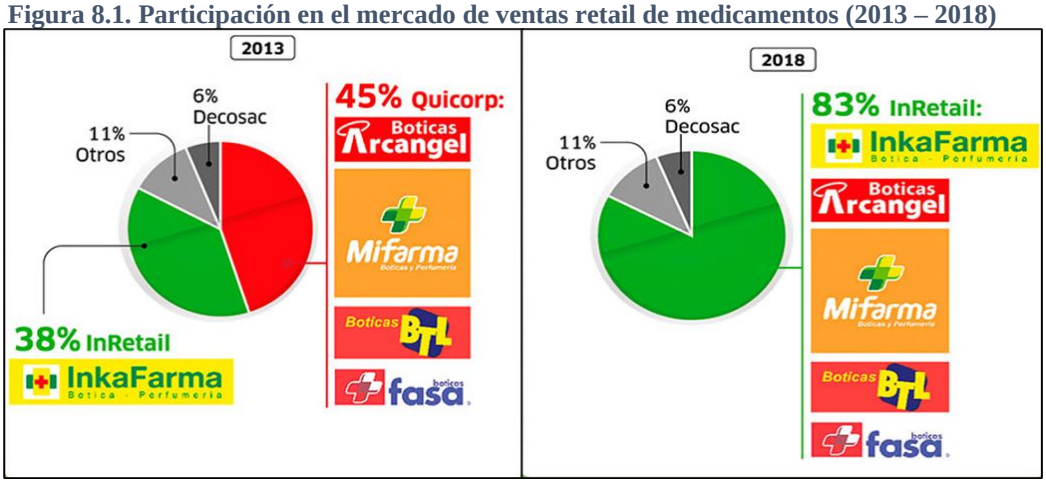
	2014	2015	2016	2017	2018
IHH - Laboratorios Farmacéutico	281	275	278	267	256

Fuente: IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

El índice IHH menor a 1,500 en cada año evaluado permite resolver la interrogante del objetivo 1 y se evidencia que el mercado de laboratorios esta desconcentrado.

Adicionalmente, el ratio IHH del sector retail se obtuvo con la información sobre la participación de las cadenas de farmacias publicada en el diario La República (2018), donde se cuenta con escenarios de participación muy distintos entre el 2013 y 2018.

Figura 8.1. Participación en el mercado de ventas retail de medicamentos (2013 – 2018)



Fuente: La República, 2018
Elaboración: La República

Si se considera que las cadenas concentran el 63% de las ventas y las farmacias independientes el 37%. Se tiene como resultados que, en el 2018 el IHH fue de 2,797 considerando la participación de las 3 principales cadenas de farmacias por lo que se evidencia que el mercado retail se encuentra altamente concentrado. Si se compara con el 2013, antes de la adquisición de Quicorp por parte de InRetail el IHH era de 1,439 dando como resultado un mercado desconcentrado. los resultados obtenidos se presentan en la Tabla 8.3.

Tabla 8.3. Índice IHH del Mercado Retail de Medicamentos 2013 y 2018

Integrantes	Participación	IHH - 2013
Quicorp	28%	**1,439**
InRetail	24%	
Decosac	4%	
Otras cadenas	7%	
Integrantes	**Participación**	**IHH - 2018**
InRetail	52%	**2,797**
Decosac	4%	
Otras cadenas	7%	

Fuente: La República, 2018
Elaboración: Autores de la tesis

Esta validación permite continuar con el análisis del mercado de retail de medicamentos, que por lo antes expuesto se evidencia una concentración por parte de las grandes cadenas de farmacias (en especial del grupo InRetail). Es necesario analizar la distribución de los precios de los medicamentos vendidos por los laboratorios a las farmacias (información IMS) y el precio de las farmacias al consumidor final (información DIGEMID).

8.4.2 Medidas de tendencia central de los escenarios sector retail

Según lo detallado en la metodología, el presente trabajo de investigación agruparía la distribución de precios de los medicamentos en tres escenarios, estos fueron elegidos en base a los cambios más importantes por fusiones y adquisiciones que ocurrieron entre el 2014 al 2019.

Como evaluación inicial se obtuvieron las medidas de tendencia central de cada escenario. En la Tabla 8.4 se presenta los resultados conseguidos, se observa que la media pasa de S/. 22.81 en el Escenario 1 a S/. 26.12 en el Escenario 3, es decir, un incremento de 14.51%, este es un primer indicio que existe un incremento de precios a largo del tiempo para el consumidor final y que se analizará a profundidad en la siguiente sección donde se obtendrán las diferencias de medias entre escenarios y mediante el test de Chow para determinar si existe un quiebre estructural en la tendencia de cada escenario.

Tabla 8.4 Estadística descriptiva por escenario

Estadística Descriptiva	Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	TOTAL
Media	22.81	23.67	26.12	24.11
Error típico	0.55	0.65	0.68	0.36
Mediana	4.73	4.75	4.93	4.79
Moda	1.14	0.22	0.35	0.35
Desviación estándar	142.24	146.66	157.88	148.64
Varianza de la muestra	20,232.64	21,508.31	24,927.25	22,092.52
Curtosis	635.65	639.05	653.88	649.04
Coeficiente de asimetría	22.83	22.82	21.96	22.57
Rango	4,955.98	5,253.33	9,041.05	9,041.06
Mínimo	0.02	0.03	0.03	0.02
Máximo	4,956.00	5,253.36	9,041.08	9,041.08
Suma	1,508,138.42	1,217,348.81	1,407,359.12	4,132,846.35
Cuenta	66,123.00	51,429.00	53,878.00	171,430.00

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

8.4.3 Variación de promedios según escenarios

8.4.3.1 Diferencia entre primer y segundo escenario

Al realizar el cálculo de las diferencias de promedios en los precios, entre el Primer Escenario, es decir el escenario sin concentración y el Segundo Escenario, donde existe integración de 3 cadenas de boticas y farmacias, se obtiene que la diferencia del promedio es del 10.52%, lo que indica que en el Segundo Escenario los precios fueron mayores que en el Primer Escenario por 10.52 %, con una desviación estándar de 88.53 %, mientras que la mediana de los incrementos es de 5.84%. Por otra parte, existe un incremento mínimo de -85.56% mientras que el incremento máximo es de 5,189.24%. Como se puede visualizar en la Tabla 8.5

Tabla 8.5 Estadística descriptiva en la diferencia de precios segundo escenario y primer escenario

	Percentiles	Smillest		
1%	-55.36	-85.56		
5%	-25.65	-84.25		
10%	-12.56	-92.15	Obs	14695
25%	-1.78	-90.52	Sum of Wgt	14695
50%	5.84		Mean	10.52
		Largest	Sts.Dev	88.53
75%	15.89	785.26		
90%	42.51	1253.89	Variance	8514.35
95%	125.65	4254.20	Skewness	35.42
99%	166.52	5189.24	Kurtosis	1546.26

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

Debido a la amplitud que tiene la distribución de los incrementos de precios es necesario realizar una prueba con la hipótesis nula de que el promedio de la diferencia de precio entre el primer y segundo escenario es diferente a cero y es de forma ascendente.

En la presente Tabla 8.6 se rechaza la hipótesis nula, lo que valida la diferencia promedio de 10.52% entre el primer y segundo escenario.

Tabla 8.6 Test de medias para la diferencia de precios segundo escenario y primer escenario

Variable	Obs	Mean	Std.Error	Std.Dev.	[95%Conf.Interval]	
Diferencia de precios	14695	10.52	1.59	88.53	8.53	13.47

t=8.545

Ho: mean (Diferencia de precios)=0 derees of freedom= 496

Ha: mean<0	Ha: mean!=0	Ha: mean>0
Pr(T<t)=1.0000	Pr(i|T|>|t|)=0.0000	Pr(T>t)=0.0000

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

8.4.3.2 Diferencia entre segundo y tercer escenario

Al realizar el cálculo de las diferencias de promedios en los precios, entre el Segundo Escenario, donde existe integración de 3 cadenas de boticas y farmacias y el Tercer Escenario, donde existe integración vertical y horizontal de una gran cadena, se obtiene que la diferencia del promedio es del 8.82%, lo que indica que en el Tercer Escenario los precios fueron mayores que en el Segundo Escenario por 8.82 %, con una desviación estándar de 29.59 %, mientras que la mediana de los incrementos es de 8.84%. Por otra parte, existe un incremento mínimo de -88.56% mientras que el incremento máximo es de 9,489.24% como se puede visualizar en la Tabla 8.7.

Tabla 8.7 Estadística descriptiva en la diferencia de precios tercer escenario y segundo escenario

	Percentiles	Smillest		
1%	-58.24	-88.56		
5%	-28.55	-89.25		
10%	-10.26	-95.15	Obs	2451
25%	-5.23	-92.52	Sum of Wgt	2451
50%	8.94		Mean	8.82
		Largest	Sts.Dev	29.59
75%	14.99	885.66		
90%	48.59	2653.89	Variance	7514.25
95%	129.25	5254.20	Skewness	36.92
99%	172.50	9489.24	Kurtosis	1486.36

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

Debido a la amplitud que tiene la distribución de los incrementos de precios es necesario realizar una prueba con la hipótesis nula de que el promedio de la diferencia de precio entre el primer y segundo escenario es diferente a cero y es de forma ascendente.

En la presente Tabla 8.8 se rechaza la hipótesis nula, lo que valida la diferencia promedio de 8.82% entre el primer y segundo escenario.

Tabla 8.8 Test de medias para la diferencia de precios tercer escenario y segundo escenario

Variable	Obs	Mean	Std.Error	Std.Dev.	[95%Conf.Interval]	
Diferencia de precios	2451	8.82	1.05	29.59	6.38	11.54

t=6.6923

Ho: mean (Diferencia de precios)=0 derees of freedom= 354

Ha: mean<0	Ha: mean!=0	Ha: mean>0
Pr(T<t)=1.0000	Pr(i|T|>|t|)=0.0000	Pr(T>t)=0.0000

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

8.4.3.3 Conclusiones de la diferencia de promedios entre escenarios

Con los resultados presentados respecto a la variación de los promedios entre los escenarios, podemos dar respuesta al objetivo 2 del presente trabajo de investigación. La diferencia de promedios de precios de medicamentos entre el escenario uno y dos, así como entre los escenarios dos y tres es hacia el alza, con un 10.52% y un 8.82% respectivamente.

Esto muestra que la tendencia de la distribución de precios se incrementa del 2014 al 2019, si se considera que la inflación peruana promedio en los últimos 5 años se mantiene estable y dentro del rango meta de 2% (±1%), el incremento en precios de los medicamentos se encuentra por encima de esta variación afectando el poder adquisitivo de los pacientes.

Este incremento superior a la inflación del país en una economía social de mercado sería considerado como un evento normal dentro de la competencia del mercado de retail. Sin embargo, como indica la OPS es necesario considerar que los medicamentos si bien son un bien privado, estos son esenciales para la salud pública por lo que el estado peruano debe monitorear que estas variaciones sean justificadas y regular la comercialización.

8.4.4 Variación de promedio ponderado

Adicionalmente, es necesario comparar el impacto de la variación de precios considerando las cantidades vendidas de los medicamentos. Para este análisis se procedió a revisar la información de la muestra de 332 medicamentos utilizada también para encontrar el daño al paciente.

Se considero el promedio de cantidades vendidas y precios de cada escenario, posteriormente se le asigno un peso a cada medicamento según las cantidades y se obtuvo el IPC de cada año siendo el escenario 1 el año base. Los resultados se muestran en la Tabla 8.9:

Tabla 8.9 Índice de precios del consumidor por escenario (muestra 332 medicamentos)

IPC E1	IPC E2	IPC E3
100	97.91	106.04

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

A su vez, esto permitió obtener la inflación para los escenarios 2 y 3, compararla con la inflación del país y conocer si el poder adquisitivo del paciente fue mayor o menor en el sector retail en estos períodos.

Tabla 8.10 Comparación Inflación de los Escenarios 2 y 3 vs Perú (muestra 332 medicamentos)

Inflación E2	Inflación Perú	Estatus Paciente
-2.09%	3.20%	5.29%
Inflación E3	**Inflación Perú**	**Estatus Paciente**
8.30%	3.70%	-4.60%

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

Como se aprecia en la Tabla 8.10, el paciente en el escenario 2 tuvo un mayor poder adquisitivo al tener una inflación de -2.09% en el sector versus 3.20% de la inflación país. El motivo de este resultado es que, en los meses registrados, la reducción de precio de los principales medicamentos ocurrió debido a la sanción que fijo Indecopi a la cadena de farmacias por la concertación de precios hallada, registrando un ganancia en el poder adquisitivo del paciente de 5.29%. Respecto al escenario 3, ya consolidada la compra de Quicorp por parte de Inretail se aprecia una inflación de 8.3% en el sector

versus 3.70% de la inflación nacional generando que el paciente tenga un pérdida de su poder adquisitivo mayor a la inflación nacional en 4.60%.

8.4.5 Resultado del Test de CHOW

Como parte de la investigación es necesario validar que la serie de precio promedio de medicamentos presenten un quiebre estructural en su tendencia.

Tabla 8.11 Modelo de quiebre en tendencia del Segundo Escenario

Pt	Coef	Std.Error	t	P>t	[95%Conf.Interval	
Tt	-1.705	0.014	-1.850	0.024	-1.040	-2.001
Tt*Dt	1.705	0.007	2.541	0.001	0.012	1.852
Constante	28.5612	7.145	2.548	0.000	15.246	32.516

Number of obs= 51428
F(2.15178)= 3.52
Prob>F =0.0050
R-Squared= 0.0568
Adj R-squared=0.0000
Root MSE= 30.52

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

En la Tabla 8.11 se puede observar que el coeficiente principal es positivo y estadísticamente diferente de cero, con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se verifica que si existe un quiebre estructural. De esta manera se puede concluir que durante el segundo escenario el crecimiento de los precios es significativo y mayor que el anterior.

Tabla 8.12 Modelo de quiebre en tendencia del Tercer Escenario

Pt	Coef	Std.Error	t	P>t	[95%Conf.Interval	
Tt	-1.806	0.051	-1.850	0.024	-1.340	-2.561
Tt*Dt	1.806	0.015	2.564	0.001	0.112	1.952
Constante	29.5712	9.125	2.623	0.000	16.845	33.963

Number of obs= 53879

F(2.15178)= 4.21

Prob>F =0.0100

R-Squared= 0.0554

Adj R-squared=0.0000

Root MSE= 32.54

Fuente: DIGEMID, 2020
Elaboración: Autores de la tesis

En la Tabla 8.12 se puede observar que el coeficiente principal es positivo y estadísticamente diferente de cero, con lo cual se rechaza la hipótesis nula y se verifica que si existe un quiebre estructural. De esta manera se puede concluir que durante el tercer escenario el crecimiento de los precios es significativo y mayor que el anterior por lo que se denota aumento porcentual por escenario.

Por lo tanto, en los escenarios dos y tres se evidencia que el quiebre estructural de tendencias existe, validando el objetivo 3 del trabajo de investigación, estas series presentan eventos que generaron cambios en su tendencia de precios, considerando la diferencia de promedios de precios analizada anteriormente, se confirma que estos eventos incrementaron los precios de los medicamentos en el Perú.

En ambos escenarios los eventos más relevantes fueron la concertación de precios de medicamentos en el sector retail estudiada por INDECOPI (escenario dos) y la adquisición de Quicorp y subsidiarias por parte de InRetail (escenarios tres).

8.4.6 Daño al paciente

Al tener un mercado de laboratorios desconcentrado y con un mayor nivel de competencia, es necesario definir la brecha que existe entre los precios promedios de los laboratorios y las farmacias, además de revisar el daño al paciente que este incremento genera.

Para la cuantificación de daño se escogió una muestra de 332 medicamentos, la cual fue calculada en base a los 2,449 medicamentos ya filtrados inicialmente, utilizando la fórmula de tamaño mínimo de muestra:

$$n_0 = \frac{Z^2.p.q}{e^2} = \frac{1.96^2 * 0.5 * 0.5}{0.05^2} = 384.16$$

$$n = \frac{n_0}{1 + \frac{(n_0 - 1)}{N}} = \frac{384.16}{1 + \frac{(384.16 - 1)}{2449}} = 332$$

En base al estudio de IPSOS titulado “Análisis comparativo de precios en el Perú y Latinoamérica: Puntos de Venta” en el año 2019, se decidió clasificarlos según los segmentos:

- Agudos: Medicamentos para tratar una enfermedad que no es recurrente.
- Crónicos: Medicamentos que se utilizan para tratar una enfermedad de por vida.
- Genéricos: Medicamento que presenta la misma composición química que un medicamento original o de marca.

La división de los 332 medicamentos resultó en 220 agudos, 70 crónicos y 42 genéricos, ver Anexo 4. Este listado de productos tiene una participación de aproximadamente 40% del total de ventas de laboratorios del 2018, según la información del IMS.

El cálculo se realizó utilizando el precio promedio ponderado, para eliminar el efecto del volumen de venta de los medicamentos, luego se multiplico por la cantidad vendida en cada año, siendo la diferencia entre años el daño al paciente.

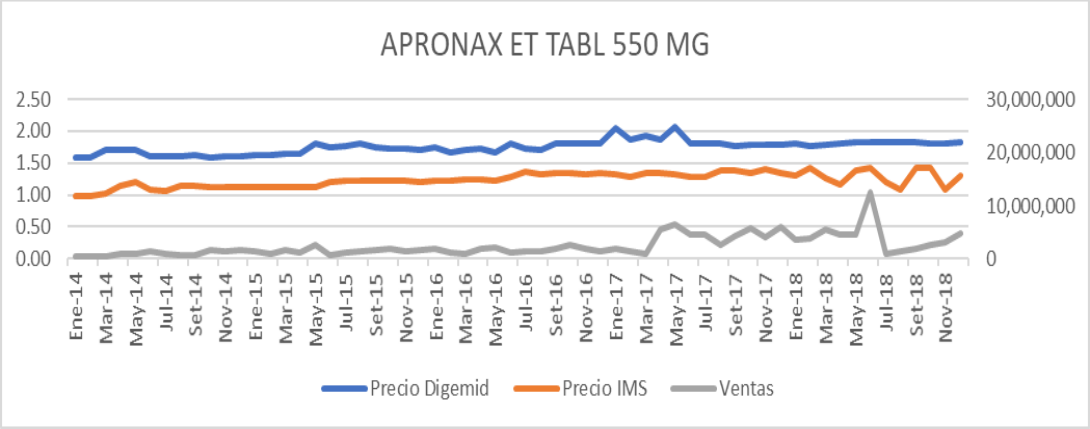
Se obtuvo un total de S/ 1,001 millones y un incremento promedio de 2.11% a nivel de precio, es decir los pacientes han pagado un total de S/ 1,001 millones por efecto del incremento de los precios de los medicamentos en el periodo de 4 años. A continuación, en las tablas 8.13, 8.14 y 8.15, se presentan los cálculos de los daños en cada uno de los grupos, mostrando los 5 medicamentos con más variación de precio de cada grupo y adicionalmente, las figuras correspondientes de la evolución de estos medicamentos:

Tabla 8.13 Precio promedio ponderado anual, unidades vendidas y daño ocasionado al paciente en 5 principales medicamentos Agudos, así como en los 220 seleccionados

	Medicamento		Precio Promedio / Cantidad Vendida					Var % DIGEMID	Daño por año				Daño Total
			14'	15'	16'	17'	18'		14'-15'	15'-16'	16'-17'	17'-18'	14'-18'
AGUDOS	APRONAX ET TABL 550 MG	Precio	1.62	1.72	1.75	1.86	1.81	2.85%	S/ 11,657	S/ 4,599	S/ 54,021	-S/ 149	S/ 70,128
		Cantidad	11,788,560	17,849,160	20,197,440	48,188,280	49,300,320		61%	15%	153%	0%	
	PANADOL ANTIGRIPAL TABL NF 500 MG	Precio	1.49	1.56	1.60	1.64	1.96	7.20%	S/ 131,70	-S/ 544	S/ 1,949	S/ 17,728	S/ 32,303
		Cantidad	26,713,800	34,009,200	32,755,700	33,207,600	36,840,600		33%	-1%	199%	12%	
	CLUVAX CAP.VAG.BLAN 132 M	Precio	56.28	56.24	53.63	57.49	56.40	0.15%	S/ 8,184	S/ 1,677	S/ 5,641	S/ 10,251	S/ 25,754
		Cantidad	737,262	883,386	957,579	991,512	1,192,347		20%	3%	11%	18%	
	KITADOL MIGRANA TABL REC . 500 MG	Precio	1.23	1.33	1.50	1.58	1.69	8.40%	S/ 4,477	-S/ 1,579	S/ 6,036	S/ 893	S/ 9,828
		Cantidad	11,584,640	14,045,680	11,373,440	14,634,000	14,218,960		32%	-8%	35%	4%	
	CARAMELOS MULTIBIO CAR.M/E 50X4	Precio	2.49	2.67	2.72	2.89	3.03	5.02%	S/ 1,627	S/ 101	S/ 647	S/ 4,210	S/ 6,585
		Cantidad	2,305,400	2,765,150	2,746,900	2,811,750	4,070,450		28%	1%	9%	52%	
									Total				**S/144,597**
									Daño total del grupo (220 medicamentos)				**S/278,520**

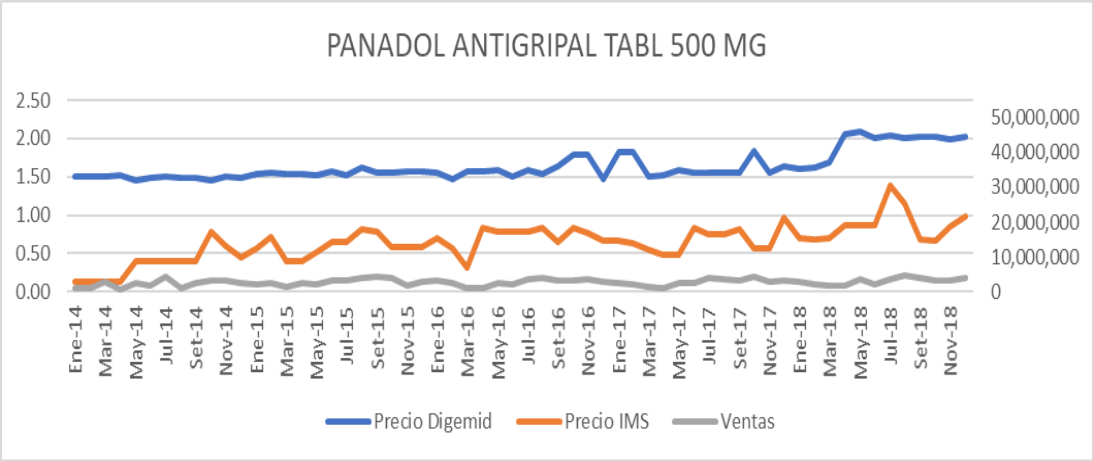
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.2 Precios del Apronax 550 MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



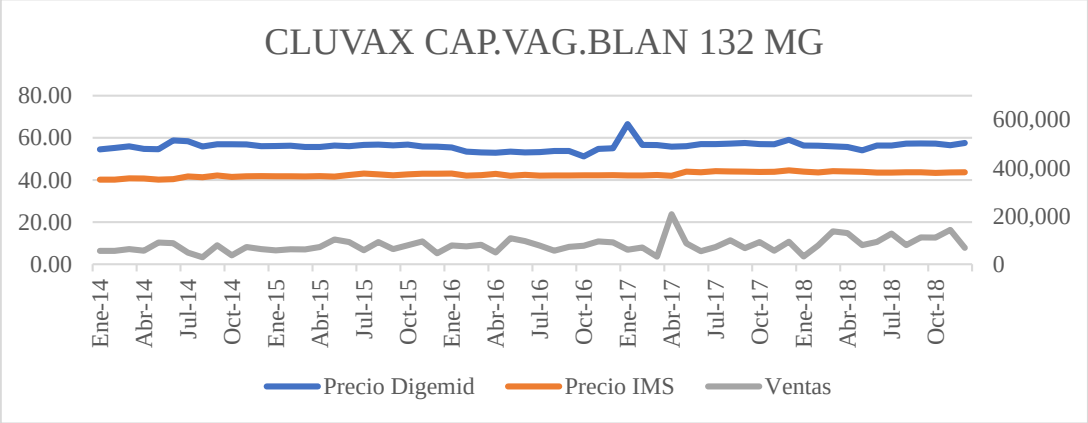
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.3 Precios del Panadol Antigripal 500MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



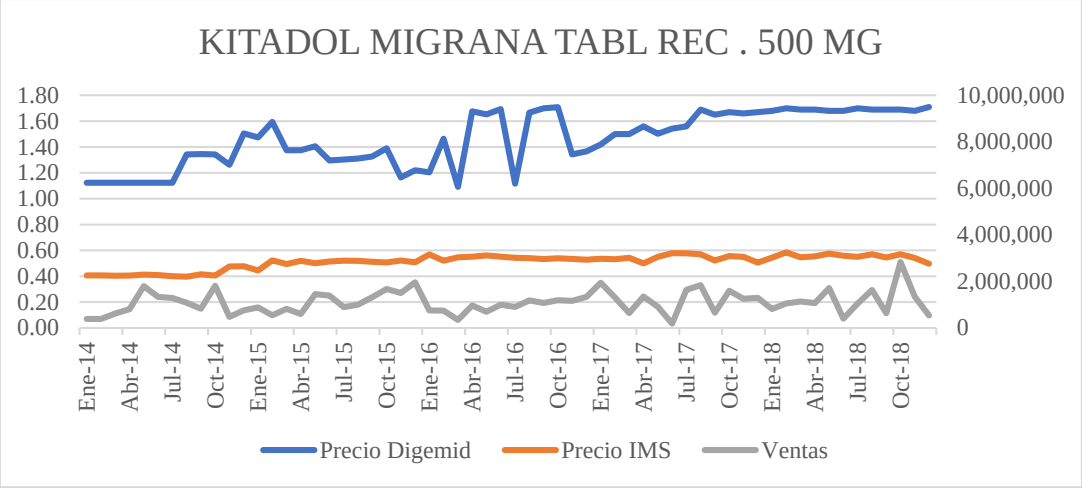
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.4 Precios del Cluvax 132MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014–2018)



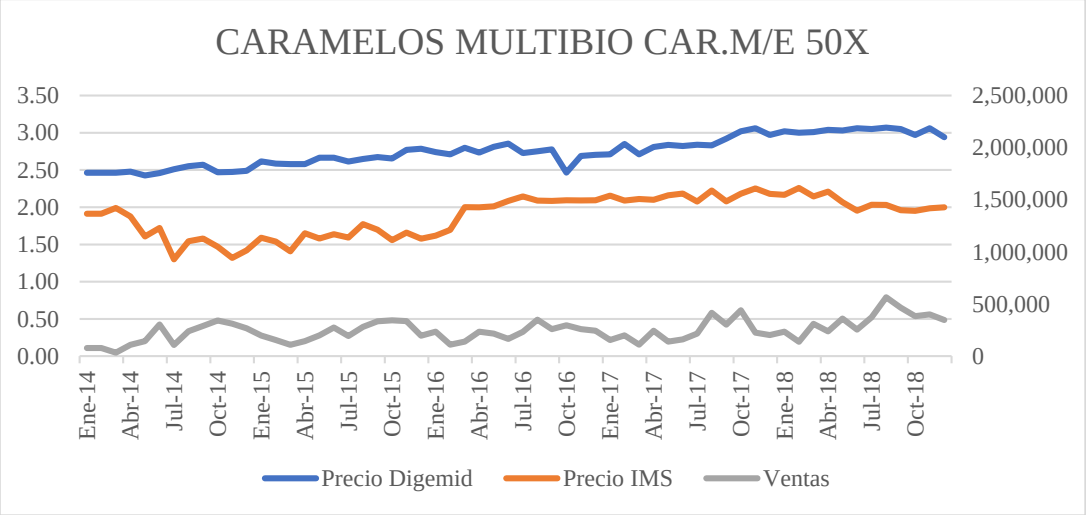
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.5 Precios del Kitadol 500MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.6 Precios del Multibióticos según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



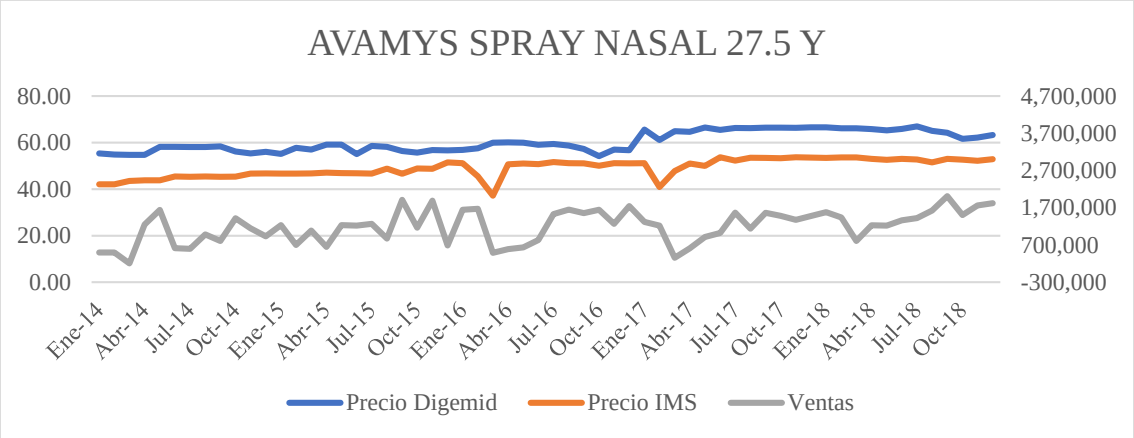
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Tabla 8.14. Precio promedio ponderado anual, unidades vendidas y daño ocasionado al paciente en 5 principales medicamentos Crónicos, así como en los 70 seleccionados

	Medicamento		Precio Promedio / Cantidad Vendida					Var % DIGEMID	Daño por año				Daño Total
			14'	15'	16'	17'	18'		14'-15'	15'-16'	16'-17'	17'-18'	14'-18'
CRONICOS	AVAMYS SPRAY NASAL 27.5 Y	Precio	56.67	56.99	57.63	65.71	64.76	3.57%	S/ 193,371	S/ 85,758	S/ 43,409	S/ 229,204	S/ 551,742
		Cantidad	10,602,720	13,935,720	15,271,080	14,052,960	17,797,440		32.2%	10.8%	4.9%	24.8%	
	DIXI 35 TABL 0.02 Y x 21 (/35) /35	Precio	30.69	30.08	28.90	27.66	27.78	2.71%	S/ 36,796	S/ 6,415	S/ 3,276	S/ 2,446	S/ 48,934
		Cantidad	3,023,517	4,307,331	4,706,142	5,034,477	5,100,669		69.0%	5.0%	2.4%	1.8%	
	NOFERTYL A.IM 50 MG 5 ML x 1	Precio	16.22	16.59	16.75	17.00	16.59	0.58%	S/ 4,094	S/ 3,369	S/ 2,860	S/ 2,095	S/ 12,418
		Cantidad	365,560	604,204	799,446	956,144	1,106,127		69.1%	33.6%	21.4%	12.9%	
	ASPIRINA 100 TABL 100 MG x 140	Precio	0.71	0.68	0.60	0.50	0.52	-6.99%	S/ 3,595	S/ 2,606	-S/ 6,393	S/ 9,404	S/ 9,212
		Cantidad	22,120,000	28,322,840	36,256,500	30,825,480	47,635,868		23.0%	13.5%	-29.3%	60.8%	
	MESIGYNA J.INSTAYECT 1 ML	Precio	19.08	19.18	19.74	22.55	19.20	0.71%	S/ 3,442	S/ 1,544	S/ 3,922	-S/ 4,663	S/ 4,244
		Cantidad	577,866	754,268	811,047	883,751	795,283		31.2%	10.7%	24.5%	-23.4%	
									Total				**S/626,550**
									Daño total del grupo (70 medicamentos)				**S/640,080**

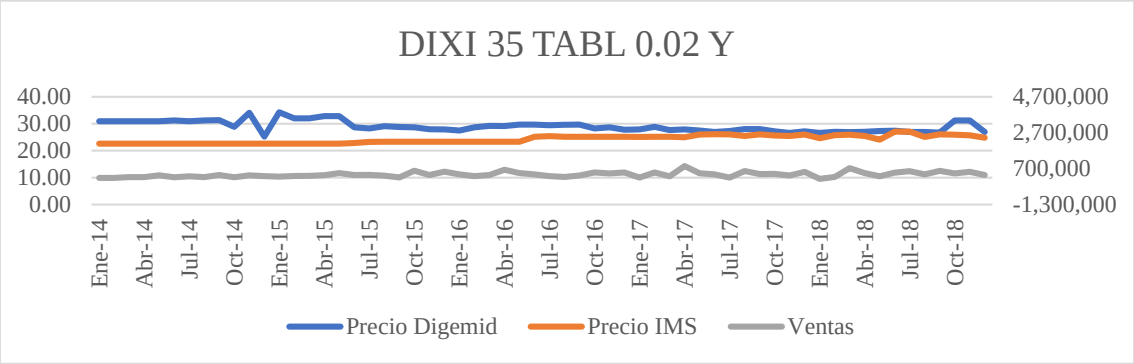
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.7 Precios del Avamys Spray Nasal según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



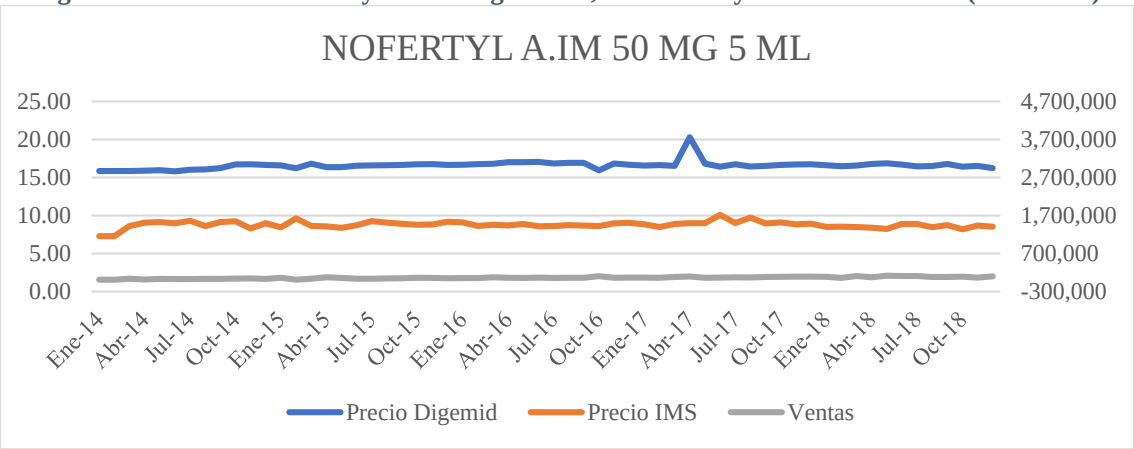
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.8 Precios del Dixi 35 según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



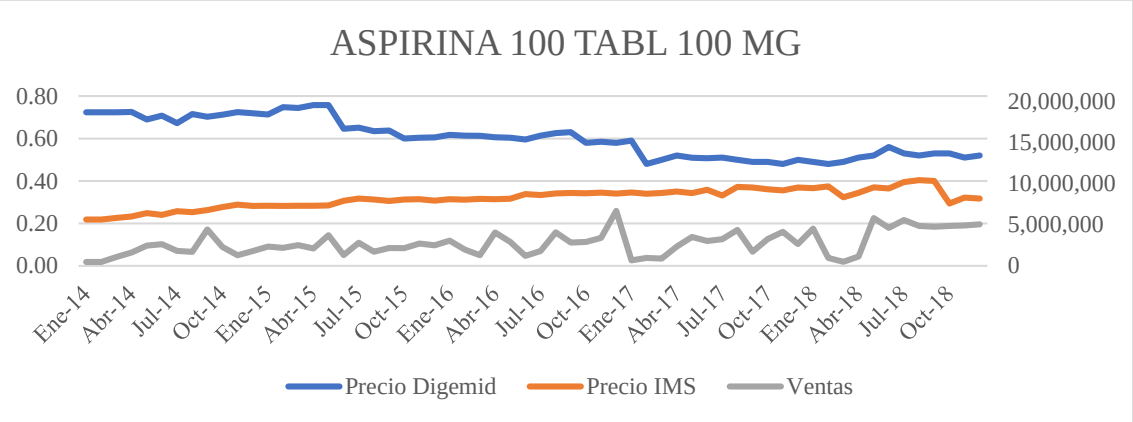
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.9 Precios del Nofertyl 50MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



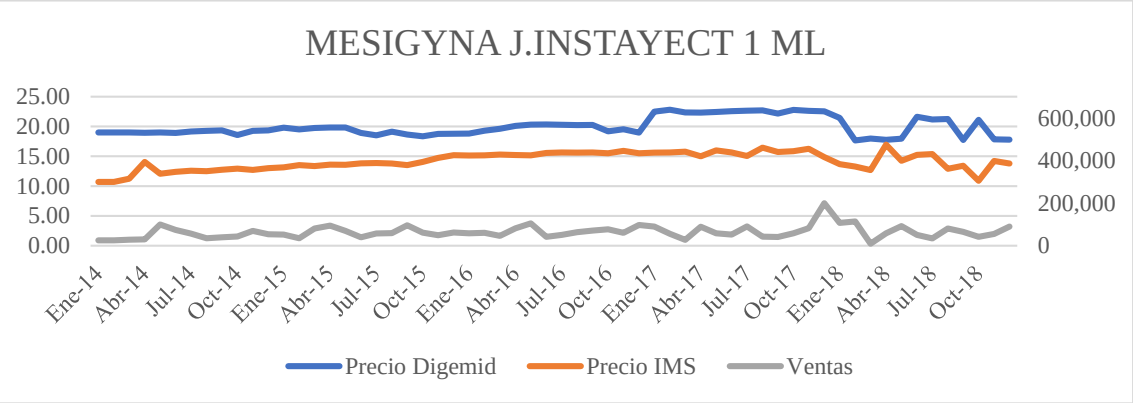
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.10 Precios del Aspirina 100MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.11 Precios del MESIGYNA 1ML según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



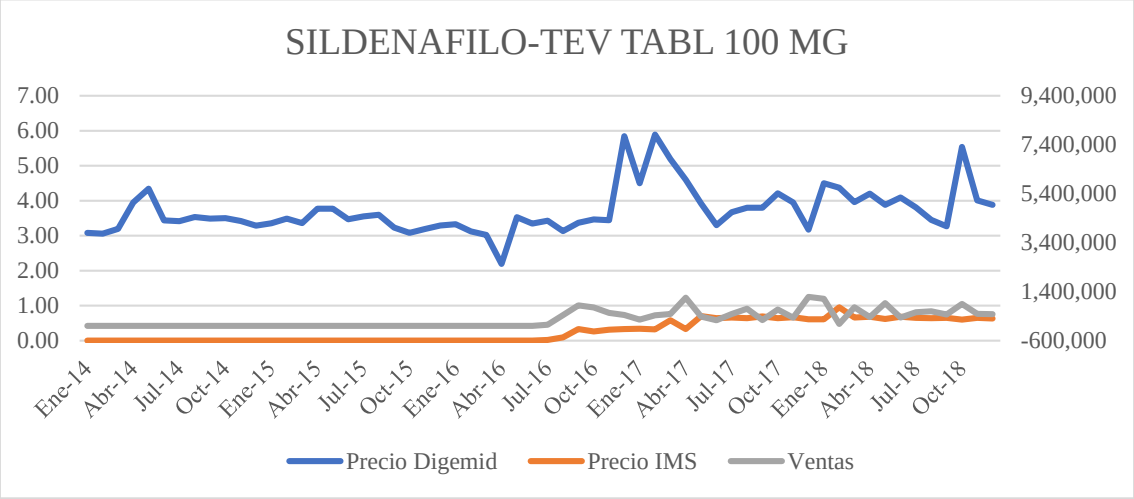
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Tabla 8.15 Precio promedio ponderado anual, unidades vendidas y daño ocasionado al paciente en 5 principales medicamentos Genéricos, así como en los 42 seleccionados

	Medicamento		Precio Promedio / Cantidad Vendida					Var % DIGEMID	Daño por año				Daño Total
			14'	15'	16'	17'	18'		14'-15'	15'-16'	16'-17'	17'-18'	14'-18'
GENERICOS	SILDENAFILO-TEV TABL 100 MG	Precio	3.48	3.77	3.74	4.21	4.16	4.75%	S/ 17	S/ 11,380	S/ 15,669	S/ 2,292	S/ 29,358
		Cantidad	0	4,475	3,049,942	6,561,975	7,065,180		0%	68147%	174%	0%	
	AMOXICILINA-FTR TABL.RECUBIE 500 MG	Precio	0.21	0.22	0.29	0.29	0.60	35.43%	-S/ 836	S/ 1,784	S/ 2,133	S/ 13,202	S/ 16,283
		Cantidad	26,952,700	22,089,500	22,425,100	29,457,800	37,485,500		-15%	37%	32%	151%	
	CARBIDOP/LEVOD-MRC TABL	Precio	0.73	0.66	0.78	0.96	0.95	7.74%	S/ 15	S/ 722	S/ 622	S/ 9,409	S/ 10,768
		Cantidad	0	17,900	965,500	1,359,300	11,304,900		0%	4968%	85%	692%	
	NAPROXENO SOD-FTR TABL 550 MG	Precio	0.37	0.41	0.44	0.43	0.41	2.56%	S/ 2,810	S/ 3,008	S/ 3,419	-S/ 3,831	S/ 5,406
		Cantidad	27,286,800	31,550,200	35,892,300	45,073,600	38,142,700		27%	26%	20%	-20%	
	CARBAMAZEPINA TABLETA 200 MG	Precio	0.19	0.19	0.21	0.28	0.30	12.39%	S/ 1556	S/ 1,305	S/ 650	S/ 1,293	S/ 4,805
		Cantidad	455,100	8,590,300	13,753,000	12,719,900	16,491,900		0%	79%	22%	36%	
									Total				**S/66,620**
									Daño total del grupo (42 medicamentos)				**S/82,601**

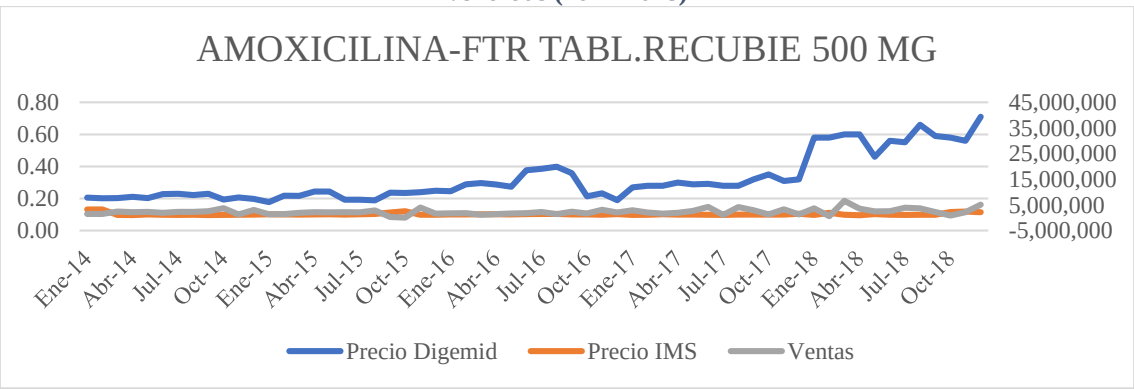
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.12 Precios del SILDENAFILO 100MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



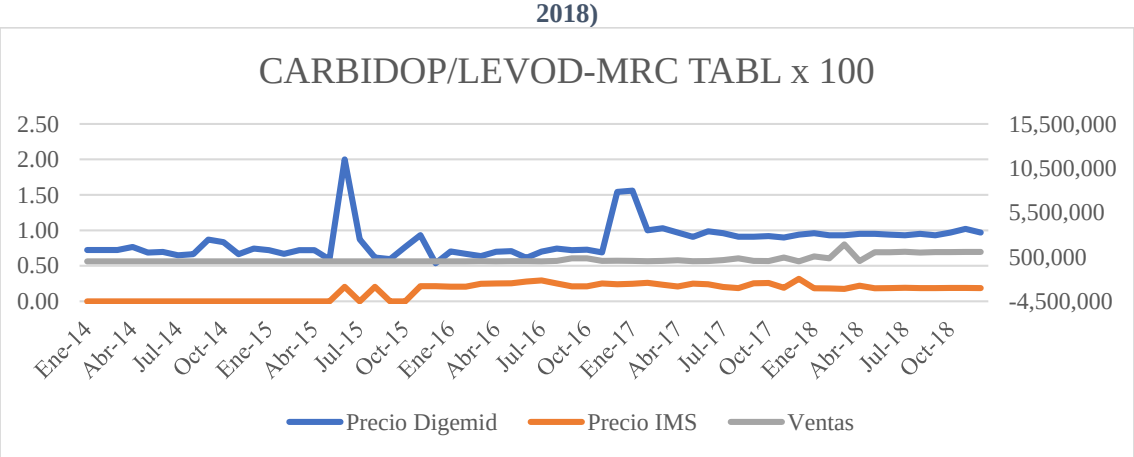
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.13 Evolución de precios del AMOXICILINA 500MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



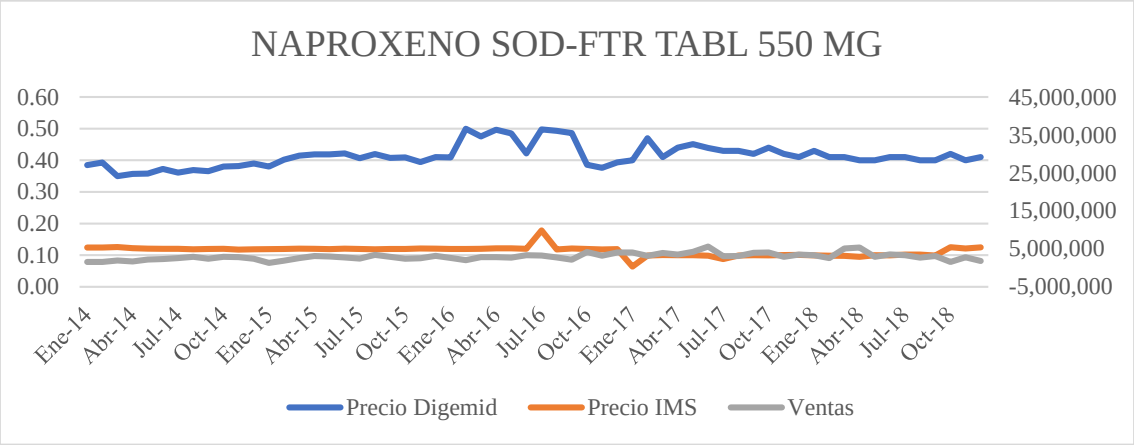
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.14 Precios del CARBIDOP/LEVOD según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



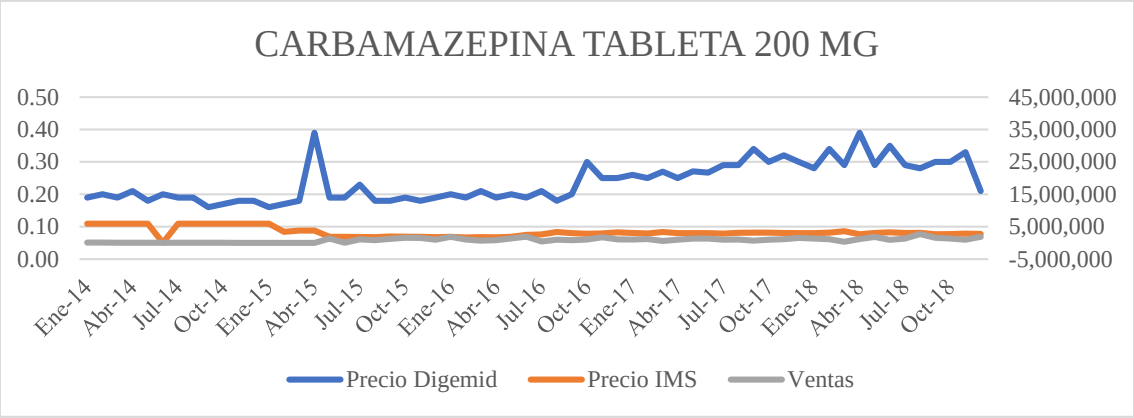
Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.15 Precios del NAPROXENO SOD 550MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.16 Precios del CARBAMAZEPINA 200MG según IMS, DIGEMID y cantidad vendidas (2014-2018)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

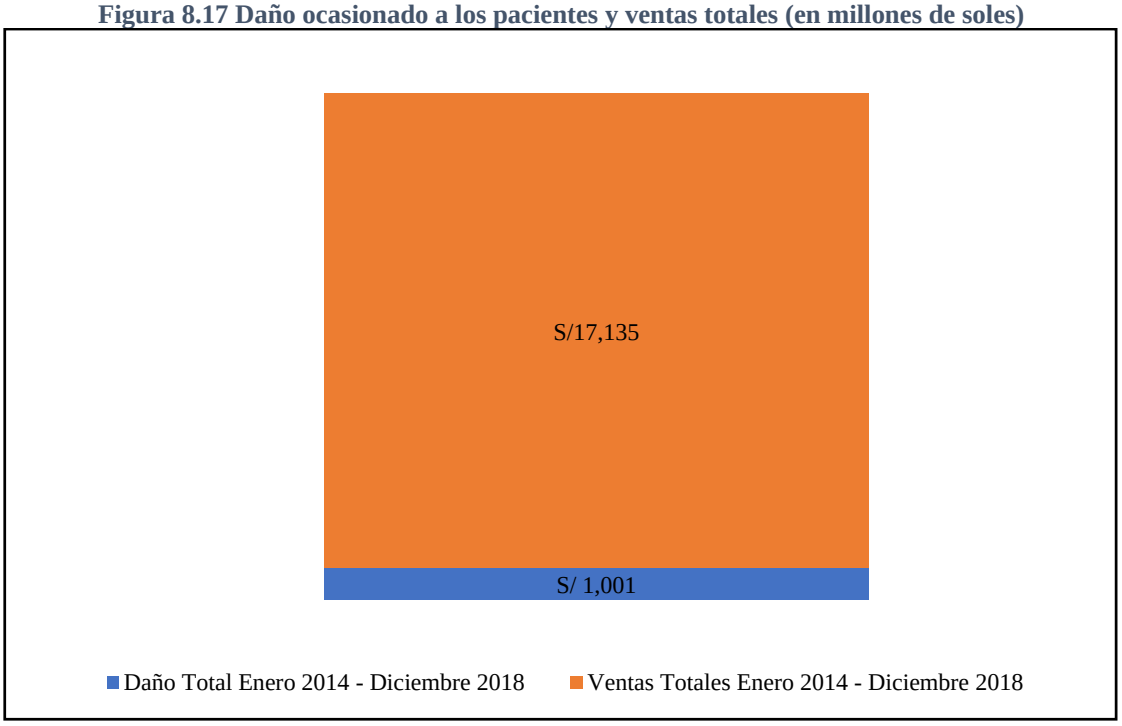
En las tablas anteriores se puede observar cómo en cada uno de los grupos se obtiene un daño al paciente, es decir el incremento de los precios desde el 2014 al 2018, ha sido transferido desde los puntos de venta al paciente. Dentro de cada grupo de medicamentos podemos identificar los que generaron mayor daño:

- Agudos: Apronax de 550 mg en tabletas con S/ 70.1 millones y un incremento de precio promedio de 2.85 %
- Crónicos: Avamys Nasal 27.5y en spray con S/ 551.7 millones y un incremento de precio promedio de 3.57%

- Genéricos: Sildenafilo de 100mg en tabletas con S/ 29.3 millones y un incremento de precio promedio de 4.75%

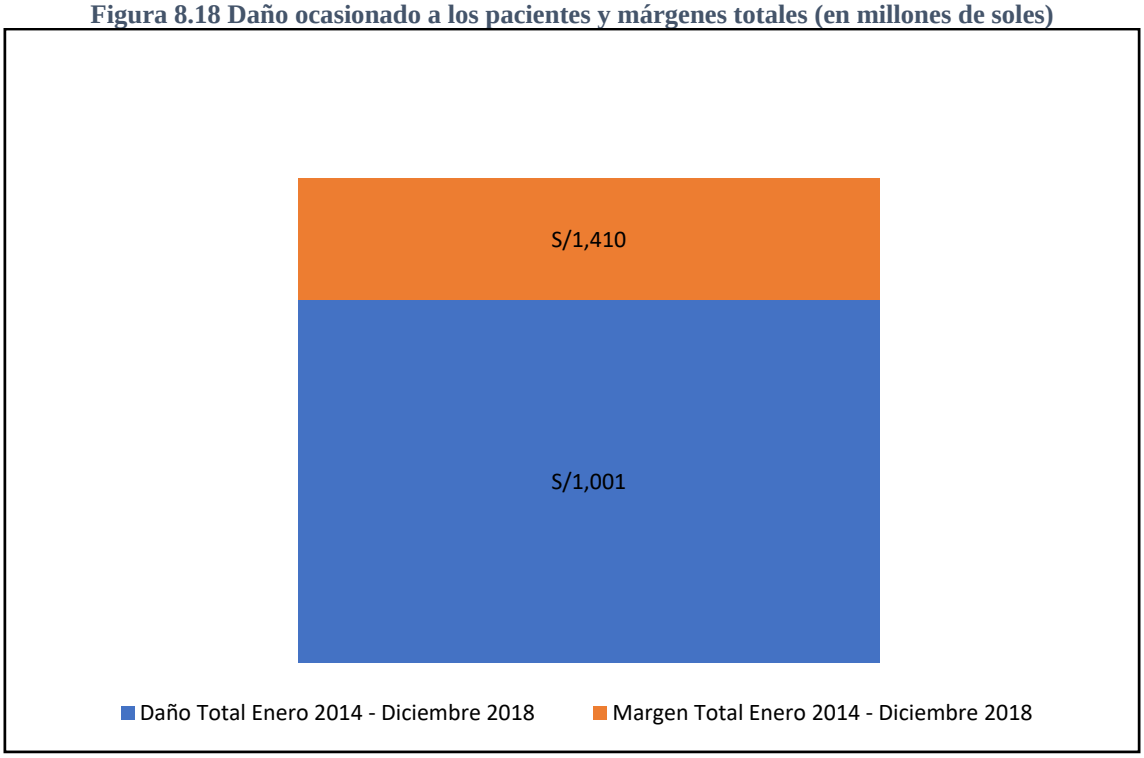
El daño total acumulado dentro del periodo de tiempo analizado para los 332 medicamentos asciende a S/ 1,001 millones de soles que representan el 5.84% de las ventas totales acumuladas (2014- 2018) del mercado de laboratorios que fue de S/ 17,135 millones según el IMS, como lo indica la Figura 8.17. Pero si es comparada contra el margen total acumulado (2014 – 2018) del sector que fue de S/ 1,410 millones el daño represento el 70.99%, como indica la Figura 8.18

Figura 8.17 Daño ocasionado a los pacientes y ventas totales (en millones de soles)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.18 Daño ocasionado a los pacientes y márgenes totales (en millones de soles)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Estos resultados evidencian que la variación en precios de los medicamentos en farmacias en los últimos 5 años ha generado un daño importante a la capacidad de gasto de las familias peruanas, siendo lo más preocupante el grupo de pacientes que consumen medicamentos crónicos (diabéticos, presión arterial, antipsicóticos, anticonceptivos, inhaladores, antidepresivos, anti convulsionantes, entre otros) dado que lo hacen por un período prolongado o de por vida, el daño total de este grupo asciende a S/ 640.1 millones.

En el grupo de medicamentos agudos el daño total es de S/ 278.5 millones, en este grupo el consumo es esporádico y se busca resolver problemas de salud que aparecen de repente. Los medicamentos genéricos muestran un daño de S/ 82.6 millones, estos medicamentos reflejan daño al consumidor debido a la cantidad vendida, sin embargo, la variación del precio a lo largo de los años es mínima. Se esperaría que con la campaña de difusión del gobierno por el consumo de este tipo de medicamentos el consumidor se encuentre más informado y pueda optar por esta opción más económica.

Finalmente, con estos resultados se confirma el objetivo 4 del trabajo de investigación, , el daño al paciente existe considerando la evolución al alza de los precios de medicamentos tomados en la muestra, se puede inferir que esta alza es producto de la concentración en el sector retail y la integración vertical en el sector farmacéutico por parte de InRetail como se aprecia en las figuras 8.3, 8.5, 8.6, 8.7, 8.12 y 8.13 se tiene algunos medicamentos que desde inicios del 2018 (adquisición de Quicorp por parte de InRetail) iniciaron una tendencia al alza del precio en farmacias versus el comportamiento del precio de venta de laboratorios.

Como parte complementaria al análisis se realiza una proyección del posible incremento del daño en los pacientes en los siguientes 4 años se utiliza como factor de crecimiento el 8.20%, el cual es el crecimiento del sector farmacéutico para el año 2018 y asumiendo que se mantuviera constante, para el término del 2022 el daño llegaría a S/. 449,039 millones (ver Tabla 8.16).

Este incremento resultaría perjudicial para las familias peruanas por lo que es necesario que el Estado mediante sus organismos de control hagan seguimiento a este sector para evitar abusos de posición de dominio. Esta intervención se puede observar en la Figura 8.19 donde el daño acumulado del período 2016-2017 fue menor por S/. 50 millones al anterior siendo este lapso donde INDECOPI resolvió multar a las cadenas de farmacias por colusión de precios. Posterior a este evento, hubo una corrección de precios a favor de los consumidores, pero luego se dio la adquisición por parte de InRetail del 80% de las cadenas de farmacias.

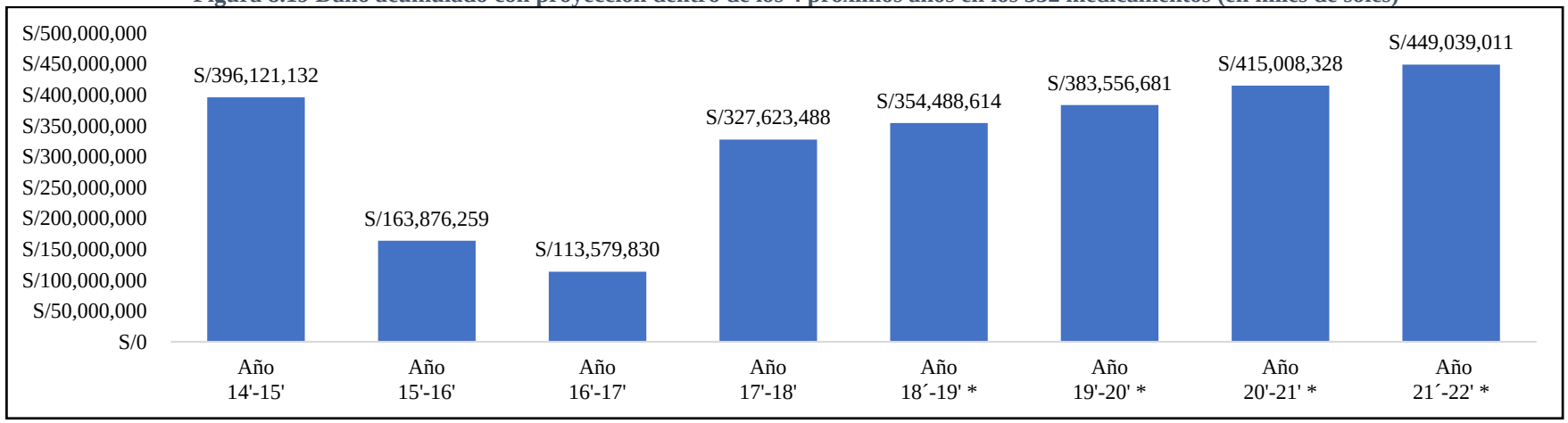
La intervención de los organismos de control se debe realizar de manera proactiva para evitar actitudes anticompetitivas y reacciones tardías, sobre todo en un mercado como el farmacéutico que debería ser observado ante las posibilidades que cuenta un único actor de utilizar su posición de dominio para influir en toda la cadena productiva.

Tabla 8.16 Daño acumulado con proyección dentro de los 4 próximos años en los 332 medicamentos

	Real				Proyectado			
Medicamento	15'-16'	16'-17'	17'-18'	18´-19'	19'-20'	20'-21'	21´-22'	
	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Acumulado en S/ Miles	Daño Total en S/ Miles
AGUDOS	S/ 33,852	S/ 71,553	S/ 55,078	S/ 59,594	S/ 64,481	S/ 69,768	S/ 75,489	S/ 429,816
CRONICOS	S/ 109,361	S/ 20,538	S/ 243,752	S/ 263,739	S/ 285,366	S/ 308,766	S/ 334,085	S/ 1,565,606
GENERICOS	S/ 20,663	S/ 21,489	S/ 28,794	S/ 31,155	S/ 33,710	S/ 36,474	S/ 394,65	S/ 211,750
Total (332 medicamentos)	**S/ 163,876**	**S/ 113,580**	**S/ 327,623**	**S/ 354,489**	**S/ 383,557**	**S/ 415,008**	**S/ 449,039**	**S/ 2,207,172**

Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Figura 8.19 Daño acumulado con proyección dentro de los 4 próximos años en los 332 medicamentos (en miles de soles)



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

8.4.7 Brecha entre precios de laboratorios y farmacias

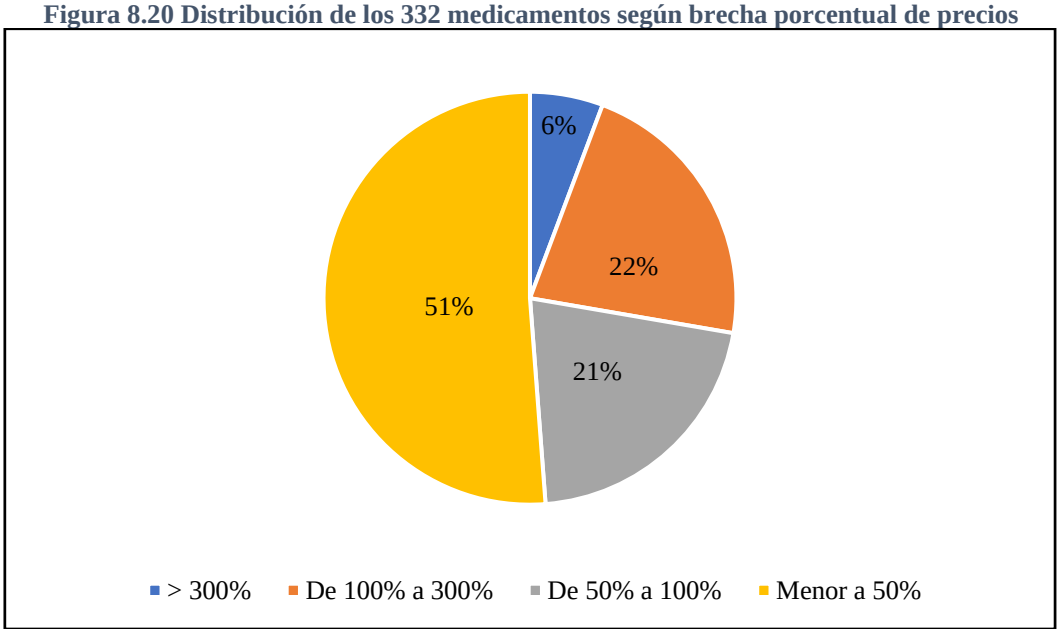
La brecha de precios indica la diferencia entre el precio de venta de los laboratorios a farmacias y el precio de las farmacias al consumidor final. Como parte del análisis de resultados se procedió a realizar el cálculo porcentual de la brecha entre el precio promedio de venta de los laboratorios y el precio promedio de venta de las farmacias al paciente, para ello se mantuvo la muestra de los 332 medicamentos ya seleccionados.

La distribución de los medicamentos se realizó considerando la variación porcentual de precios entre laboratorios y farmacias separándolos en 3 bloques (ver Figura 8.20):

- Precio con una variación mayor al 300%
- Precio con una variación de 100% a 300%
- Precio con una variación de 50% a 100%
- Precio con variación menor a 50%

Se observa que con un 6% de medicamentos que sobrepasan el 300% de variación, un 22% que se encuentran entra 100% a 300% de variación, un 21% que se encuentran entre 50% a 100% y un 51% menores al 50%.

Figura 8.20 Distribución de los 332 medicamentos según brecha porcentual de precios



Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

En términos monetarios como se observa en la tabla 8.17, para el año 2018 la brecha es de S/ 682 millones, la cual en el transcurso de los años ha tenido un incremento promedio del 8%.

Tabla 8.17 Evolución de la brecha del 2014 al 2018 en miles de S/.

	2014	2015	2016	2017	2018	Total
Brecha Total (332 medicamentos)	S/ 502,768	S/ 558,653	S/ 545,301	S/ 625,525	S/ 682,150	S/ 2,914,397

Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

A continuación, en la tabla 8.18, se presenta un cuadro resumen con los 10 medicamentos que cuentan con mayor brecha entre los precios de laboratorios y farmacias:

Tabla 8.18 Top 10 de medicamentos según brecha porcentual de precios

Medicamento		%	Miles de S/.
Nombre	Tipo		
ANULETTE CD 0.15 MG + 0.03 MG	Agudo	1904%	S/6,381
ALCLIMAX TABLETA RECUBIERTA 50 MG	Agudo	1465%	S/10,945
SILDENAFILO-TEV TABL 100 MG x 1	Genérico	889%	S/59,369
FLUCOZOL CÁPSULA 150 MG	Agudo	869%	S/1,491
ALCLIMAX TABLETA RECUBIERTA 100 MG	Agudo	799%	S/19,037
SALBUTAMOL TABLETA 4 MG	Genérico	764%	S/1,380
ALPRAZOLAM 0.5 MG	Genérico	748%	S/44,063
BLOPRESS COMPRIMIDO 8 MG	Crónico	640%	S/4,559
MEDICORT SOLUCIÓN INYECTABLE 4 MG/2 ML	Crónico	636%	S/14,803
ACICLOVIR UNGÜENTO 0.05	Agudo	635%	S/14,350
Total			S/176,378
Brecha total (332 medicamentos)		109%	S/2,914,396

Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Se observa que dentro de los 10 medicamentos se encuentran 5 agudos, 2 crónicos y 3 genéricos con una variación que van desde el 635% a 1904%, con una brecha de S/ 176,378 millones representando el 6% de la brecha total de S/ 2,914,396 millones y un promedio total de 109% en la distribución de brechas. Esta brecha evidencia que existen medicamentos que se venden muy por encima del coste de producción por lo que se estaría afectando uno de los principios de la OPS: tener precios asequibles y, además, verla por la salud pública

Estos resultados permiten validar el objetivo 5 y se refleja una gran variación entre el costo de adquisición del medicamento por parte de las farmacias versus el precio promedio final al consumidor. Es preocupante tener medicamentos que sean vendidos con una brecha tan grande considerando que el nivel intermedio de la cadena entre los laboratorios y farmacias es el de la distribución. Sin embargo, es necesario considerar que InRetail es actor principal en la distribución en este sector por lo que se estaría beneficiando tanto del margen del distribuidor como el de venta final.

8.4.8 Margen final entre laboratorios y punto de venta

El margen final entre laboratorios y puntos de venta corresponde al margen de ingreso bruto, a nivel macro según lo expuesto en el capítulo 4 las ventas al 2018 de laboratorios ascendieron a $ 1,014 millones y las ventas del sector retail ascendieron a $ 2,000 millones lo que evidencia un 100% de margen de ganancia para el sector retail.

Para efecto de la presente tesis se realizó el análisis del margen en base a los 332 medicamentos escogidos anteriormente y con los resultados obtenidos del daño y brecha, el primer dato relevante obtenido es que la brecha es del 109% lo que valida o confirma lo expuesto en el primer párrafo.

Para los cálculos del margen se realizó la resta de la brecha obtenida en los años 2016, 2017 y 2018 contra su daño respectivo y se obtuvo el margen bruto, al mismo luego se le restó el IGV para obtener el margen neto del sector retail, como se sabe este margen involucra tanto a las farmacias independientes y las cadenas, por ello, para la diferenciación se tomó como base la participación 63% de estas últimas y adicionalmente se colocó el margen para InRetail tomando como base su participación del 83% en la red de cadenas para el 2018 y finalmente, se realizó la proyección hasta el 2022, como se observa en la Tabla 8.19.

Tabla 8.19 Margen final entre laboratorios y puntos de venta - Real vs Proyectado (En miles de soles)

	Real				Proyectado				
	14'-15'	15'-16'	16'-17'	17'-18'	18´-19'	19'-20'	20'-21'	21'-22'	Total
I. Brecha entre laboratorios y farmacias	S/ 558,653	S/ 545,301	S/ 625,525	S/ 682,150	S/ 738,087	S/ 798,610	S/ 864,096	S/ 934,952	S/ 5,747,373
II. Daño al paciente	S/ 396,121	S/ 163,876	S/ 113,580	S/ 327,623	S/ 354,489	S/ 383,557	S/ 415,008	S/ 449,039	S/ 2,603,293
III. Margen bruto sector retail (I-II)	**S/ 162,532**	**S/ 381,424**	**S/ 511,945**	**S/ 354,527**	**S/ 383,598**	**S/ 415,053**	**S/ 449,088**	**S/ 485,913**	**S/ 3,144,080**
IV. IGV 18% (III x 0.18)	S/ 29,256	S/ 68,656	S/ 92,150	S/ 63,815	S/ 69,048	S/ 74,710	S/ 80,836	S/ 87,464	S/ 565,934
V. Margen neto sector retail (III-IV)	**S/ 133,276**	**S/ 312,768**	**S/ 419,795**	**S/ 290,712**	**S/ 314,550**	**S/ 340,344**	**S/ 368,252**	**S/ 398,448**	**S/ 2,578,145**
VI. % Participación Cadenas	63%								
VII. Margen de las cadenas (Vx 0.63)	**S/ 84,097**	**S/ 197,357**	**S/ 265,058**	**S/ 183,207**	**S/ 198,439**	**S/ 214,696**	**S/ 232,230**	**S/ 251,330**	**S/ 1,626,416**

Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Asumiendo que la distribución va de la mano con las farmacias, se obtiene como resultado que con una participación del 63%, el acumulado de margen neto para el año 2018 de las cadenas fue de S/ 729 millones y el 37% restante fue para las farmacias independientes, de seguir así la proyección acumulada para el 2022 llegaría a S/ 1,626 millones.

Este mismo análisis se realizó para InRetail el cual cuenta con el 83% de participación dentro del mercado de cadenas obteniendo como resultado un acumulado para el 2018 de S/ 605 millones y una proyección al 2022 de S/ 1,349 millones.

Con lo antes expuesto se podría proyectar un cambio en el sector con los siguientes supuestos:

- El porcentaje de participación de las cadenas podría pasar del 63% al 80%, 90% o hasta llegar al 100%, puesto que se apunta a una integración horizontal lo que llevaría a que las farmacias y boticas independientes desaparecieran, ya que no tendrían capacidad de competencia, esto se hace más crítico con el Decreto de Urgencia 007-2019 (Poder Ejecutivo, 2019) en caso de no contar con el stock mínimo de los medicamentos genéricos esenciales lo que resultaría en una sanción de hasta 2 UIT.
- InRetail obtengan el 100% de participación de las cadenas esto sumándole la integración vertical posee, tendría un impacto negativo reduciendo aún más la posibilidad un mercado de libre competencia y tener un actor casi monopolístico que puedan ejercer posición de dominio y con la posibilidad de poder imponer los precios a los medicamentos que le generan mucho más margen.
- A nivel de cadena de distribución como parte de la integración vertical InRetail ahora es propietario del mayor distribuidor de medicamentos Química Suiza, con lo cual puede reducir sus costos de distribución y trasladarlo a los puntos de venta, generando una competencia desleal puesto que al reducir sus costos es más competitivo en el mercado y esto al mediano plazo desaparecería a los medianos y pequeños distribuidores que son su competencia actual.

- InRetail a nivel de laboratorios cuenta con dos grandes de la industria Cifarma y Cipa, con lo cuales maquila marcas propias, al contar a su vez con la mayor cadena de farmacias estos medicamentos son ofrecidos de manera preferencial al consumidor según estudio de Acción Internacional de la Salud (2019), con lo cual los medicamentos que pertenecen a otros laboratorios o droguerías tienen que negociar un precio especial para poder ser comercializados en sus puntos de venta, con ello estarían en desventaja al tener bajo poder de negociación.

8.4.9 Control de margen de distribución y venta directa – Caso español

El presente trabajo de investigación plantea como posibilidad de política pública utilizar el método español de definir márgenes para los distribuidores y las farmacias, ante la evidencia de un escenario con un actor que aseguró la integración vertical en el sector con participaciones de mercado importante y la existencia de una brecha promedio de 109% entre el precio de venta de laboratorios y precio de venta de farmacias, así como de contar con medicamentos con precios de venta superior a 300%.

El sistema de precios de medicamento español (ver 5.1.2.1), define márgenes máximos en el precio del distribuidor y de venta al público. Para realizar el análisis respectivo se considera el precio promedio de venta al público de los 332 medicamentos (tomado de la base de datos de DIGEMID) y el precio promedio de laboratorio (tomado de la base de IMS) al que se le aplicará un margen del 7.6% que corresponde al distribuidor y finalmente el margen de farmacia de 27.9%, estos márgenes aplican cuando el precio del medicamento sea igual o menor a 91.63 euros, siendo los precios de la muestra inferiores a este tope.

En la Tabla 8.20 se aprecia que, con una política pública de márgenes para la distribución y punto de venta final de medicamentos, los precios entre el 2014 al 2018 serían menores por unidad en entre S/ 1.02 a S/ 0.5, o en promedio un 5.48% menos. Esta variación generaría un beneficio al consumidor al tener productos menos costosos.

Tabla 8.20 Comparación Precio Venta Final Perú vs Modelo Español

	2014	2015	2016	2017	2018
I. Precio Promedio Farmacia Perú (Muestra total)	**S/12.03**	**S/12.08**	**S/12.06**	**S/12.46**	**S/12.38**
Modelo Español					
II. Precio Promedio de Laboratorio	**S/8.01**	**S/8.26**	**S/8.48**	**S/8.67**	**S/8.64**
III. Margen al Distribuidor (7.6%) (I x 0.076)	S/0.61	S/0.63	S/0.64	S/0.66	S/0.66
IV. Total Precio Distribuidor (II + III)	**S/8.61**	**S/8.89**	**S/9.13**	**S/9.32**	**S/9.29**
V. Margen para la Farmacia (27.9%) (IV x 0.279)	S/2.40	S/2.48	S/2.55	S/2.60	S/2.59
VI. Total Precio de Venta Farmacia (IV + V)	**S/11.02**	**S/11.37**	**S/11.68**	**S/11.93**	**S/11.89**
Diferencia en precio promedio (I - VI)	**S/1.02**	**S/0.71**	**S/0.38**	**S/0.53**	**S/0.50**
	9.22%	**6.24%**	**3.29%**	**4.47%**	**4.18%**

Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Tabla 8.21 Comparativo de Brechas TOP 10 Modelo Peruano vs Español

		Perú	Brecha % Perú	Modelo Español	Brecha % Modelo Español
ANULETTE CD 0.15 MG	**Precio Venta**	S/6.21	1904%	S/0.43	38%
	Precio Lab	S/0.31		S/0.31	
ALCLIMAX TAB. REC 50 MG	**Precio Venta**	S/8.45	1456%	S/0.75	38%
	Precio Lab	S/0.54		S/0.54	
SILDENAFILO-TEV TABL 100 MG	**Precio Venta**	S/4.25	889%	S/0.59	38%
	Precio Lab	S/0.43		S/0.43	
FLUCOZOL CÁPSULA 150 MG	**Precio Venta**	S/33.00	869%	S/4.69	38%
	Precio Lab	S/3.41		S/3.41	
ALCLIMAX TAB. REC 100 MG	**Precio Venta**	S/10.67	799%	S/1.63	38%
	Precio Lab	S/1.19		S/1.19	
SALBUTAMOL TAB. 4 MG	**Precio Venta**	S/0.17	764%	S/0.03	38%
	Precio Lab	S/0.02		S/0.02	
ALPRAZOLAM 0.5 MG	**Precio Venta**	S/0.17	748%	S/0.03	38%
	Precio Lab	S/0.02		S/0.02	
BLOPRESS COMPRIMIDO 8 MG	**Precio Venta**	S/7.25	640%	S/1.35	38%
	Precio Lab	S/0.98		S/0.98	
MEDICORT SOL INY. 4 MG/2 ML	**Precio Venta**	S/9.13	636%	S/1.71	38%
	Precio Lab	S/1.24		S/1.24	
ACICLOVIR UNGÜENTO 0.05	**Precio Venta**	S/7.37	635%	S/1.38	38%
	Precio Lab	S/1.00		S/1.00	

Fuente: DIGEMID, 2020, IMS, 2019
Elaboración: Autores de la tesis

Para visualizar el impacto positivo en la reducción de precios al consumidor, se consideró el top 10 de los medicamentos con mayor brecha presentado en la sección 8.4.6 evaluando el cambio en los precios finales según el modelo español (ver Tabla 8.21). Se evidencia que con una política pública por márgenes las brechas no serían mayores a 38% colocándose dentro del 51% de la distribución actual presentada en la Figura 8.19.

Un modelo de márgenes definidos para la distribución y farmacias beneficiaría a los consumidores finales asegurando menores precios en los medicamentos, a su vez a nivel paciente se eliminaría las grandes brechas por tipo de enfermedad, se estandarizaría los márgenes y los pacientes crónicos no estarían más afectados con medicamentos a un mayor precio como se evidencio en el punto 8.4.5, y adicionalmente no se generaría distorsiones en el mercado, ya que se evitaría cualquier posición de dominio o generación de monopolios por algún agente del sector.

CAPÍTULO IX. CONCLUSIONES

- El objetivo 1: Identificar y determinar el índice de concentración y el tipo de competencia del mercado farmacéutico peruano, después de realizar el análisis con el índice IHH, se logra definir que el problema de concentración no se encuentra a nivel de los laboratorios sino a nivel retail, evidenciándose que este último está altamente concentrado.
- El objetivo 2: Establecer si la diferencia de promedios y de promedios ponderados entre los escenarios de estudio muestra un incremento que pueda afectar al consumidor y paciente durante el periodo 2014 - 2019, después de realizar una estadística descriptiva entre los escenarios se obtuvo que existe un incremento de los precios promedios de los escenarios 1,2 y 3 de S/ 22.81, S/ 23.67 y S/ 26.12 respectivamente, lo que afectaría al consumidor y al paciente. Además, mediante estadística inferencial, al comparar las diferencias en promedios simples entre escenarios encontramos que entre el segundo y primer escenario la diferencia de promedio es de +10.52%, mientras que entre el tercer y segundo escenario +8.82%, confirmando que los precios de los medicamentos tienen una tendencia al alza del período 2014 al 2019, siendo está por encima a la inflación obtenida en el mismo período afectando la capacidad de compra de la población.
- Adicionalmente, se realizo un análisis de los promedios ponderados donde se evidencio que para el escenario 2 se tuvo una diferencia de -2.09% mientras que para el escenario 3 se tuvo un incremento de 8.30%, se presume que el descenso en los precios del escenario 2 se debe a la sanción y corrección de Indecopi a las cadenas de farmacias por la concertación de precios de un grupo de medicamentos. Ya en el escenario 3 se tuvo consolidada la adquisición de las cadenas de farmacias por parte de InRetail lo que elevó el precio promedio ponderado.
- El objetivo 3: Determinar si los escenarios presentan quiebre estructural en su tendencia de precios durante el periodo 2014 – 2019, se evidencia que hay un quiebre estructural en los periodos establecidos en el escenario 2 y 3 escenario, el cual se puede presumir que fue ocasionado por las fusiones y adquisiciones. En los escenarios 2 y 3 dieron como coeficiente principal positivo y diferentes a cero,

lo que significa que a lo largo de los escenarios el incremento de precios ha sido significativo y mayor entre uno y otro.

- El objetivo 4: Determinar el impacto económico en los pacientes por el nivel de concentración en el sector farmacéutico de medicamentos en el Perú durante el periodo 2014 - 2018, después de realizar los análisis respectivos se evidencia que debido a la concentración el incremento de precios promedio de los medicamentos fue trasladado a los bolsillos de los pacientes, obteniendo un acumulado de S/. 1,001 millones al cierre del 2018, siendo muy preocupante que el mayor incremento fue para los pacientes crónicos, el cual tuvo un daño total de S/. 640 millones. Cabe resaltar que nuestro análisis de daños fue realizado hasta diciembre 2018, considerando la última fusión en el sector retail, por lo cual concluimos que este análisis debe continuar a lo largo de los próximos años ya que según las proyecciones realizadas se presenta un incremento de daño continuo, y de ser así a finales de 2022 obtendremos un daño acumulado total de S/. 2,603 millones.
- El objetivo 5: Determinar la brecha de precios promedio entre los laboratorios y farmacias en el Perú durante el período 2014 – 2018, se obtuvo después de calcular la brecha entre el precio de venta del laboratorio a las farmacias y el de las farmacias al consumidor que existe una brecha promedio del 109%. Existen medicamentos dentro de la muestra analizado que llegan a una brecha de más de 1,000% y que de 332 medicamentos casi el 49% es vendido en las farmacias en más de 50% el valor de venta de los laboratorios. Esta diferencia correspondería a los márgenes de ganancia para el distribuidor y para las farmacias, que para el presente estudio es el grupo InRetail quien domina ambos mercados dentro de la cadena del sector farmacéutico.
- El objetivo 6: Determinar, respecto al daño y brecha, el margen de ingreso bruto de las cadenas de farmacias, se evidencio que existe un margen de ingreso bruto para las cadenas, resultante de la diferencia de la brecha y el daño al paciente, este margen tiene un gran impacto en el sector puesto que el mayor porcentaje de participación lo tienen las cadenas con un 63% y un margen de S/ 729 millones acumulado al 2018 y de esta cantidad el 83% pertenece a InRetail con un acumulado para el 2018 de S/ 605 millones. Este margen, de seguir sin ninguna intervención, con una proyección al 2022 llegaría a S/ 1,542 millones.

- El objetivo 7: Determinar si utilizar el modelo de margen de distribución y venta final, modelo español, contribuye a reducir la brecha de precios de medicamentos, se evidenció que este modelo permite generar un ahorro al consumidor con precios promedios menores en 5.48%, y reduciendo las brechas que antes eran superiores al 300% en solo 38% promedio. Estos cambios serían a favor de los consumidores finales quienes tendrían medicamentos más asequibles.
- Es necesario que INDECOPI realice una revisión al mercado farmacéutico, las últimas adquisiciones muestran un proceso de integración vertical de un solo competidor que puede perjudicar la libre competencia y al consumidor.
- De acuerdo con la entrevista realizada a expertos en libre competencia y propiedad intelectual, en caso entre en vigencia el decreto de urgencia de control de concentraciones, INDECOPI como ente regulador tendría la capacidad técnica para afrontar dicha tarea mas no la capacidad de recurso humano para poder atender la demanda.
- Como resultado de las entrevistas del sector farmacéutico, las asociaciones de laboratorios se encuentran preocupados por la integración vertical de InRetail, la intromisión del estado en ventas de medicamentos genéricos esenciales, y las demoras de DIGEMID en los trámites de inscripción y reinscripción de registros sanitarios.
- Las asociaciones de boticas y farmacias independientes muestran su preocupación por la integración horizontal, debido a que afecta la competitividad y además promueve la comercialización de marcas propias.

CAPÍTULO X. RECOMENDACIONES

Para culminar el presente de trabajo de investigación planteamos recomendaciones para los ámbitos público y privado que permitan mejorar la situación actual del mercado retail de medicamentos y que a su vez sirva de inspiración para futuros temas de investigación.

SECTOR PÚBLICO

- **Propuestas de mejora para el sector público**

Según lo detallado anteriormente, la poca inversión en salud por parte del Estado y por debajo del promedio latinoamericano, las deficiencias en la supervisión y revisión de procesos por parte de las entidades reguladoras, las observaciones a los nuevos decretos y las opciones que plantea la OMS en regulación de precios, se recomienda lo siguiente:

- Es necesario que el Estado establezca políticas públicas que busque el beneficio del ciudadano respecto al precio de medicamentos, puesto que se evidencia que la integración vertical y horizontal del sector está afectando de manera negativa al bolsillo del consumidor y se tiene una tendencia a incrementarse en los próximos años.
- El Estado debe mejorar hacia una gestión más eficiente del presupuesto para la compra de medicamentos, el cual garantice el bienestar de la salud de los peruanos como bien social.
- Los organismos de control del Estado deben establecer una política de precios de transferencia para el sector farmacéutico y evitar, dado la integración vertical existente, se genere beneficios que distorsionen más la libre competencia en el mercado.
- El Estado Peruano podría evaluar la aplicación de un sistema de regulación de precios de medicamentos para que se defina un control para los márgenes de distribución, se podría tomar como base los establecidos por la OMS el cual establece tres tipos de control (i) Costo + porcentaje fijo, (ii) costo + porcentaje decreciente y (iii) costo + cargo de diferencial de venta. Otro mecanismo es establecer un porcentaje máximo para el margen de distribuidores y venta directa tal como se maneja en España o en otros países de la OCDE.

- Se debe realizar fiscalización a la gran cadena, al momento de la venta al consumidor, debido a que este integrante prefiere comercializar sus productos de marca propia y deja de lado los genéricos y otras marcas, debido a que están motivados por un sistema de bonificación.
- INDECOPI debe establecer fiscalizaciones en el sector farmacéutico de tal forma que se evalúen las integraciones verticales y horizontales
- En el nuevo Decreto de Urgencia antimonopolio da un plazo de 120 días para informar si la adquisición puede realizarse. Es necesario reducir los tiempos de análisis, puesto que al ser un tiempo tan extenso podría entorpecer negociaciones y a su vez, si la acota se podría prever o detener concentraciones del mercado que puedan ser perjudiciales para el consumidor final.
- Revisar el Decreto de Urgencia 007 que establece un stock mínimo de medicamentos genéricos esenciales en cada farmacia y botica, debido a que hay algunos muy especializados y otros que ya no se encuentran vigentes. Este decreto resulta anticompetitivo y antitécnico, adicionalmente se debería revisar el monto de las sanciones estas son muy altas para una PYME, y promover políticas de beneficio tributarios en caso el establecimiento comercialice mayor cantidad de genéricos.

- **Fortalecimiento del Observatorio de Precios de DIGEMID**

Como se evidenció en el desarrollo de la tesis el Observatorio de Precios de DIGEMID cuenta con deficiencias en temas de publicidad, auditoria y calidad de base de datos, por lo cual recomendamos las siguientes propuestas:

- Como propuesta de fortalecimiento del observatorio de precios de DIGEMID, nos enfocaremos en dos frentes, el primer frente será la parte técnica de su base de datos, la cual como se mencionó en capítulos anteriores no tiene ningún tipo de auditoria y es alimentada sin ningún tipo de filtro. Y el segundo frente será enriquecer el observatorio con más información y explotar la data que posee.

a) Por lo cual para el primer frente nuestras propuestas son:

- Modificar el motor de base de datos: DIGEMID está trabajando con un motor de base de datos en DBF, la cual solo puede ser leída por el lenguaje de programación

Visual Fox Pro, esta fue descontinuada en el 2007 y adicionalmente solo funciona en servidores de Windows, por lo cual se propone migrar este motor de base de datos a Oracle o SQL Server, las cuales están vigentes en el mercado, pueden ser leídas por diversos lenguajes de programación y desplegadas en cualquier tipo de servidor, como también brindan un mayor nivel de seguridad al momento de extracción de data.

- Validación y filtros al input de data: Es de suma importancia poner una validación previa de la data introducida por las farmacias o boticas en el observatorio, al modificar el motor de base de datos a uno reciente esto también te permite la parametrización de los inputs y poner filtros de validación al ingresar data el sistema, con lo cual se debe poner como filtros mínimos de validación:
    - Data de precio igual a 0: No permita el ingreso de ningún valor de precios igual a 0.
    - Medicamento con registro sanitario vigente: No permita el ingreso de ningún medicamento que no cuente con registro sanitario vigente
    - Data de precio inconsistente: Validación de precio introducido guarde relación con un % mínimo de variación con la seria de precios existente para el mismo medicamento.
- Si la botica o farmacia al momento de introducir la data de precios no cumple con estos filtros, de inmediato el sistema le responderá con un log indicando los errores y no permitirá subirla hasta que esté completamente correcta.

b) Y para el segundo frente las propuestas son:

- Repotenciar la app AhorroMED que a la fecha no cuenta con información alguna vinculado con el observatorio de precios de DIGEMID, previamente se podía obtener el precio del medicamento solicitado y la ubicación por GPS de las farmacias con el medicamento disponible.
- Adicionar el volumen de stock de medicamento en cada farmacia o botica, esta información es de suma importancia, debido a que solo está limitado a indicar precios. Introducir a los dispositivos médicos dentro de la data de precios y stocks.

- Se recomienda que existan más campañas de difusión acerca del observatorio de precios que cuenta DIGEMID para fomentar su uso y que sea de fácil aplicación de acceso para el ciudadano.
- Retomar los informes estadísticos de precios mensuales que se venían entregando hasta el 2017 donde se expresaban los precios en medidas de tendencia central (media, mediana y moda) y adicionar su variación respecto al mes anterior.

- **Agilizar procesos que mejoren la competitividad**

  a) **Promover la intercambiabilidad de medicamentos que garantice la equivalencia de medicamentos**

Los estudios de intercambialidad son una herramienta importante para validar que los medicamentos que ingresen al país cumplan con las exigencias sanitarias, según lo detallado anteriormente en su definición y la importancia de las funciones de Digemid, se plantea las siguientes recomendaciones:

- El avance de la intercambiabilidad de medicamentos en nuestro país y su comparación con otros países, donde encontramos que la regulación en Perú está establecida, pero con un ritmo escalonado de obligatoriedad, según lo establecido en el Decreto Supremo N°024-2018-SA (Poder Ejecutivo, 2018), y aun así es poco el avance. A diciembre 2019 solo tenemos aprobado un medicamento intercambiable por exigencia, pese a la importancia de contar con medicamentos multifuentes que sean terapéuticamente equivalentes con el medicamento de referencia (innovador), y así generar una legítima competencia. Otros países Latinoamericanos, como Chile y Colombia, tienen mayores avances y, en México todos los medicamentos genéricos registrados son intercambiables.
- Por lo tanto, recomendamos la ejecución de lo establecido en el Decreto Supremo N°016-2011-SA (Poder Ejecutivo, 2011), en el cual se incluyó de manera expresa el requisito de presentar estudios de equivalencia terapéutica para demostrar la intercambiabilidad en el procedimiento de inscripción y reinscripción del registro sanitario de medicamentos de categoría 1 y categoría 2; a fin de agilizar el logro de contar en menor tiempo con el mayor número de medicamentos

intercambiables. Para ello, es vital que el Estado establezca cuándo y cómo se incorporaran las nuevas moléculas, así como, la voluntad del sector privado de gestionar la intercambiabilidad de sus medicamentos de forma voluntaria.

b) Inscripción del registro sanitario de modo automático por reconocimiento de registros de países de alta vigilancia

- Dado el contexto normativo expuesto consideramos importante la implementación de un procedimiento de registro sanitario rápido para los medicamentos categoría 2, que ya se encuentran autorizados en los países de alta vigilancia sanitaria, favoreciendo así la competencia, mayor oferta de medicamentos y reducción de precios. Siendo un punto vital que este cambio facilitaría el acceso a pacientes crónicos a medicamentos de avanzada, más aun, en aquellos pacientes que sufren de enfermedades huérfanas, y, por lo tanto, el acceso a nuevas oportunidades de tratamiento para mejora en su salud.
- Siendo los medicamentos un bien social y un tema tan sensible, consideramos importante cambiar a un trámite automático para la obtención del registro sanitario de medicamentos importados de países de alta vigilancia, de no más de 48 horas, priorizando la evaluación de la trazabilidad, así como, priorizar la fiscalización post registro antes que tediosos tramites documentarios, para verificar in situ si lo declarado es lo que se está comercializando.

- **Compras corporativas por parte del Estado con acceso a compra por farmacias independientes**

Como se detalló anteriormente, CENARES es el operador logístico encargado de las compras de medicamentos e insumos por parte del Estado, y desde el año 2020 tendrá una mayor importancia a las compras que realiza, por lo tanto, se recomienda:

- Fortalecer esta institución para transformarla desde un operador logístico a una moderna agencia de compras de medicamentos**,** a fin de ampliar su responsabilidad para abastecer a los establecimientos independientes privados, en una primera instancia de medicamentos genéricos y más adelante de medicamentos del segmento crónicos.

- **Nuevo Distribuidor mediante modalidad asociación pública-privada (APP)**

Como se mencionó en la propuesta anterior relacionada CENARES, se propone el ingreso de un nuevo distribuidor mediante la modalidad de asociación público-privada (APP), como el que se maneja entre SALOG y EsSalud, asegurando la distribución inmediata para la entrega de medicamentos a todas la farmacias y boticas a nivel Lima y Callao que posee EsSalud. La propuesta es que se maneje en 2 fases:

- Fase 1: Distribución de los medicamentos esenciales para la salud según la Resolución Ministerial N°1361-2018 para las farmacias públicas e introducir el listado de 31 medicamentos esenciales genéricos publicados a la fecha del Decreto de Urgencia N°007-2019 para las farmacias y boticas independientes, con lo cual se promueve la accesibilidad a la salud y asegura que las farmacias y boticas independientes cuenten con el stock mínimo de los medicamentos esenciales genéricos, esto a su vez podría ayudar a que estos listados de medicamentos se amplíen ya que se asegura una distribución rápida y eficaz de ellos.
- Fase 2: Ya establecido y en funcionamiento el nuevo distribuidor, realizar un plan de priorización de los medicamentos para los pacientes crónicos, ya que como se observó en el desarrollo de la presente tesis son quienes más impacto reciben.

SECTOR PRIVADO

- **Modalidades alternativas para el incremento de participación de farmacias y boticas independientes**

Como se detalló en los antecedentes con relación a las estrategias utilizadas por las cadenas de farmacias, planteamos estas 3 propuestas para que puedan ser replicadas por las farmacias y boticas independientes para obtener mayor participación:

a) Estrategia de expansión y diversificación

- Como propuesta de expansión para obtener mayor participación de las farmacias y boticas independientes, se propone adoptar la estrategia hecha por la cadena de boticas Arcángel, la cual se enfocó en tener mayor participación en los conos de Lima y presencias en provincia, y como estrategia de diversificación su cadena de boticas eran a su vez centros médicos.
- Por ello, la manera más dinámica de lograr esta estrategia seria que las boticas y farmacias independientes se unan para formar pequeñas cadenas, lo que les ayudaría en temas de inversión para poder abrir nuevas sucursales en los conos e ingresar a provincias y adicionalmente, estos nuevos puntos de venta deben ser a su vez centros médicos para poder optar en la diversificación en su mismo rubro y obtener ingresos adicionales.

b) Boticas y Farmacias Express

- Otra propuesta para el incremento de participación de las farmacias y boticas independientes es comenzar a abrir sucursales express al igual que lo viene realizando Inkafarma, bajo este formato los locales son mucho más pequeños, así se ahorraría costos de alquiler y la oferta de medicamentos es en base a la demanda de la zona o población donde se apertura, priorizando la venta de medicamentos genéricos.
- Cabe resaltar que esta modalidad de sucursal express se enfoca más en apertura de locales en comunidades alejadas o donde no existe o la oferta farmacéutica es muy pequeña.

c) Farmacias Móviles

- Finalmente, otra propuesta para el incremento de participación de las farmacias y boticas independientes es poder usar el modelo de negocio de farmacias móviles o itinerante como se viene practicando en Chile desde el 2013, en el cual las ventas de medicamentos se hacen mediante vehículos totalmente equipados y no solo

brindar venta de medicamentos sino también poder ofrecer servicio médico, como aplicación de inyectables, lectura de presión, etc.

- Con este modelo de negocio las farmacia o boticas independientes podrían captar más participación con un costo de inversión mucho menor a abrir una sucursal fija. Cabe mencionar que esto estaría aun ligado a que la regulación actual de Perú lo permita.

- **Alternativas por parte del sector privado para mejorar la competencia**

a) Venta directa de medicamentos por parte de los laboratorios y droguerías:

Como se evidencia en los resultados es el grupo de pacientes crónicos quienes concentran el mayor daño en la brecha de precios de medicamentos por parte de las farmacias, al ser los más afectados se plantea lo siguiente:

- La asociación de laboratorios nacionales, ADIFAN, propuso la posibilidad de realizar ventas directas a pacientes, eliminando la etapa del distribuidor y farmacia. Esta idea resultaría adecuada para pacientes crónicos y de enfermedades huérfanas los cuales podrían tener un contacto directo con los laboratorios que dispongan del producto adecuado para aliviar su dolencia, eliminando participantes en la cadena que eleven el precio del producto final. Esta propuesta ha sido planteada también por ASILFA, asociación de laboratorios de Chile.
- Para consolidar esta idea es necesario cambiar legislaciones del sector, sin embargo, esto podría ser impulsado por la comunidad y ser atendido por el Congreso, de ser planteada de manera concreta, con protocolos y procedimientos es posible que se pueda conseguir un nuevo canal de venta que reduzca el daño económico que los pacientes crónicos sufren.

b) Generar competencia en la distribución

Como se detalla en el contexto farmacéutico, el Perú es una economía social de mercado por lo que el Estado debe buscar la competencia en cada sector, y actualmente

el sector distribución se encuentra concentrado en un gran distribuidor como es Química Suiza, por lo que se recomienda lo siguiente:

- El Estado debe promover la competencia al nivel de distribución para que puedan ingresar más competidores. Un caso de éxito se reflejó en el sector telecomunicaciones, en el cual Telefónica del Perú S.A. tenía el monopolio de las telecomunicaciones, de acuerdo a la Ley N°26285, desde el año 1994 hasta 1998, luego de ese año el Estado otorgó 8 concesiones para operar el servicio de telefonía fija a distintos operadores, además se tuvo que generar lineamientos de políticas de apertura del mercado de telecomunicaciones como el D.S. N°020-98-MTC, para que se incluya la telefonía fija inalámbrica por las limitaciones que se tenían en habilitar la telefonía alámbrica (Ponce de León, 2002).
- Tal como se indica en el párrafo anterior respecto al sector de telecomunicaciones, en el caso del sector distribución el Estado debería fomentar el ingreso de un nuevo distribuidor (ejemplo Pfizer, Hoffman La Roche, Merck & Co., entre otros), con la finalidad de que las boticas y farmacias independientes consigan los medicamentos a precios competitivos y además con un nivel de atención más fluida, debido a que Química Suiza, de acuerdo a las entrevistas realizadas, priorizan la entrega de los medicamentos a sus cadenas. El paciente sería el más beneficiado al tener precios más bajos.

c) Generación de una comunidad de pacientes crónicos

Otra alternativa que busca reducir el daño generado a los pacientes crónicos, por esta brecha en precios, y que permitan aliviar su situación actual:

- Nos referimos al desarrollo de una plataforma digital donde los pacientes podrán registrarse al seleccionar de un índice de enfermedades crónicas, constituyéndose así asociaciones. También, podrán registrarse familiares, profesionales de la salud y otras personas interesadas, registrando su grado de afinidad.
- Esta plataforma deberá ser diseñada acorde a la Ley de protección de datos personales, Ley N° 29733.

- La base de datos de cada asociación tendrá información que explica en qué consiste la enfermedad, brindará accesos a un listado e información de medicamentos autorizados para el tratamiento de cada enfermedad crónica y sus reacciones adversas, tendrá conectividad al Observatorio de precios de DIGEMID con geolocalización, permitirá el acceso a telemedicina con médicos autorizados quienes podrán emitir recetas electrónicas a través de esta plataforma y también, brindará acceso a estudios de farmacovigilancia activa.
- Estas asociaciones, también tendrán un perfil público, donde se podrán publicar eventos, noticias y diversas actividades de apoyo al paciente e interactuar con sus seguidores, y un espacio privado, en el que se podrá formar grupos de trabajo, realizar debates, intercambiar documentos y experiencias.

d) Venta de medicamentos OTC en supermercados

En el marco contextual se determinó que, en comparación con países de referencia farmacéutica, en nuestro país todavía no se cuenta con un espacio dentro de los supermercados para la venta de productos de venta sin receta médica o conocidos como medicamentos OTC (Over-the-counter), por lo que se recomienda lo siguiente:

- En nuestro país se debe promover esta iniciativa, la misma fue transmitida en la entrevista al representante de ALAFARPE y ADIFAN, dado que el contar con un nuevo canal de venta mejora la competencia y la oferta en favor del paciente. Además, genera la apertura de la venta directa significará para los laboratorios una importante canal para el crecimiento de sus ventas.

BIBLIOGRAFIA

Abbott. (2014). *Abbott culmina la adquisición de CFR Pharmaceuticals y anuncia los resultados de la OPA de las acciones de CFR.* https://www.prnewswire.com/news-releases/abbott-culmina-la-adquisicion-de-cfr-pharmaceuticals-y-anuncia-los-resultados-de-la-opa-de-las-acciones-de-cfr-277203131.html (18/12/19; 08:35 h)

Acuerdo Nacional. (2002). *13. Acceso Universal a los servicios de salud y a la seguridad social.* https://acuerdonacional.pe/politicas-de-estado-del-acuerdo-nacional/politicas-de-estado%E2%80%8B/politicas-de-estado-castellano/ii-equidad-y-justicia-social/13-acceso-universal-a-los-servicios-de-salud-y-a-la-seguridad-social/#:~:text=13.,Salud%20y%20a%20la%20Seguridad%20Social&text=Nos%20comprometemos%20a%20asegurar%20las,en%20las%20poblaciones%20m%C3%A1s%20vulnerables. (12/12/19; 09:42 h).

Aimfa. (2018). *Top 10 compañías farmacéuticas 2018 a nivel mundial*. https://www.aimfa.es/top-10-companias-farmaceuticas-2018-nivel-mundial/

América Economía. (2019). *México es el segundo país de la OCDE con mayor gasto de bolsillo para tratar enfermedades.* https://clustersalud.americaeconomia.com/sector-publico/mexico-es-el-segundo-pais-de-la-ocde-con-mayor-gasto-de-bolsillo-para-tratar-enfermedades (17/01/20; 12:35 h).

América Retail. (2013). *Los beneficios de la venta de medicamentos en supermercados.* https://www.america-retail.com/weekly/los-beneficios-de-la-venta-de-medicamentos-en-supermercados/ (05/03/20; 18:45 h).

ANABIF. (2020). https://www.facebook.com/anabif.peru/ (09/02/20; 10:19 h)

Amaro, C. (2018). *Medicamentos en el Perú: mercado imperfecto, instituciones frágiles y ciudadanos desinformado.* https://www.google.com/search?q=amaro+medicamentos+en+el+peru%2C+mercado+imperfecto&rlz=1C1OKWM_esPE787PE787&oq=amaro+&aqs=chrome.1.69i59j35i39j69i57j0l5.4100j0j8&sourceid=chrome&ie=UTF-8 (26/02/2020; 17:34 h)

Anderson, D., Sweeney, D. Williams, T. Camm, J. Cochran, J. (2016). *Estadística para negocios y economía. En Estadística Descriptiva: Medidas Numéricas* (pp. 101-104). 12da edición. México, D.F, México: Cengage Learning

Asenjo, E. Cruz, C. Urquizo, G. Villanueva, J. (2017). *Fusiones y concentraciones de las cadenas de farmacias y su impacto en el bolsillo de los consumidores*. Tesis de maestría. Universidad ESAN, Lima, Perú.

Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos, *ALAFARPE*. (2019). *Se aprobó el primer medicamento genérico intercambiable.* http://alafarpe.org.pe/se-aprobo-el-primer-medicamento-generico-intercambiable-en-el-peru/ (15/02/2020; 10:21 h).

Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos, *ALAFARPE*. (2019). *Medicamentos Intercambiables.* http://alafarpe.org.pe/wp-content/uploads/AYUMEMORIA-MEMORIA-sobre-Intercambiabilidad-Actualizado-al-09-12-2019.pdf (15/02/2020; 14:10 h).

Asociación Nacional de Boticas y Farmacias Independientes del Perú – ANABIF (2019). *Informe Técnico de Análisis Económico del Proyecto de ley 4494*. http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Oficios/Otras_Instituciones/CARTA-S-N-BOTICAS-20191112.pdf (15/02/20; 11.25 h)

Bambaren, R. (2018). *Nuevo monopolio en el sector farmacéutico en un Perú que no tiene ley.* https://larepublica.pe/economia/1176287-nuevo-monopolio-en-el-sector-farmaceutico-en-un-peru-que-no-tiene-ley (05/01/20; 09:15 h)

Banco Central de Reserva del Perú, BCRP. (2004). *Estudios Económicos. Precios y Política de Medicamentos en el Perú.* https://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18861es/s18861es.pdf (14.01.20; 18.17 h)

Biblioteca del Congreso Nacional de Chile, BCN. (2016). *Regulación y fijación de precios de los medicamentos en Canadá, España, Australia, Reino Unido, Brasil y Chile.* https://www.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/22226/1/Informe%20Final.pdf (13/12/2019; 14.18 h).

Cáceres, A. (s/f). *Reflexiones sobre competitividad y competencia*. (pp. 7-9). Lima, Perú: INDECOPI.

Cámara de Comercio de Lima, CCL. (2019). https://www.camtradeplus.com.pe/ (10/12/19; 19.40 h).

Cóndor, J. Díaz, J. Forino, V. Rosales, G. (2017). *Planeamiento estratégico para la industria farmacéutica peruana*. Tesis de para obtener el grado de magíster en administración estratégica de empresas. Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima.

Colegio Químico Farmacéutico Departamental de Lima, CQFDL (2019). *Normativa del Colegio Químico Farmacéutico Código de Ética Normas de Productos Farmacéuticos y Cosméticos. Lima, Perú.* http://cqfdlima.org/documentos_junio18/PDFs_2018/Normativa_CQFLima_2019.pdf (03/12/19; 08:17 h).

Colegio de Químicos Farmacéutico y Bioquímicos de Chile (2020). https://www.colegiofarmaceutico.cl/index.php/noticias-regionales/40-regional-santiago/1919-la-bioequivalencia-fue-creada-para-asegurar-la-existencia-de-medicamentos-de-calidad-seguros-y-eficaces-no-para-bajar-los-precios (01/03/20; 09:12 h)

Collao, F. (2018). *Ley de Fármacos II: ¿venderías armas en los supermercados?* https://ciperchile.cl/2018/05/10/ley-de-farmacos-ii-venderias-armas-en-los-supermercados/ (06/03/20; 11:23 h).

De Lama, M. y Lladó, J. (2004). *Precios y Política de Medicamentos en el Perú.* Estudios Económicos del Banco Central de Reserva del Perú. Lima, Perú.

Delgado, J. (2012). *¿Competidores o Monopolistas? Necesidad de una ley antimonopolio* (pp. 9-32). 1da edición. Lima, Perú: Editorial El Búho EIRL

Delgado, J. (2020). https://www.jaimedelgado.pe/ (11/02/20; 10:05 h)

Diario El Comercio. (2016). Así queda el mercado tras la nueva adquisición de Mifarma. https://elcomercio.pe/economia/negocios/queda-mercado-nueva-adquisicion-mifarma-174388-noticia/ (13/12/19; 16:15 h)

Diario Gestión. (2016). Mifarma busca conseguir mayor volumen ante más competencia. https://gestion.pe/economia/empresas/mifarma-busca-mayor-volumen-competencia-146012-noticia/?ref=gesr (07/01/20; 13.18 h)

Diario Gestión. (2018). Intercorp, dueño de Inkafarma, compró a las cadenas Mifarma, Fasa y BTL. https://gestion.pe/economia/intercorp-compra-mifarma-fasa-btl-us-583-millones-225907-noticia/ (07/01/2020; 14:25 h)

Diario Gestión (2019). *Los 11 cambios que se establecen en la ley que sanciona conductas anticompetitivas.* https://gestion.pe/economia/11-cambios-establecen-ley-sanciona-conductas-anticompetitivas-nndc-259098-noticia/ (13/12/19; 18:04 h)

Diario La República (2018). *El impacto del monopolio en el sector farmacias lo sufrirán los más pobres.* Recuperado de https://larepublica.pe/economia/1176685-el-impacto-del-monopolio-en-el-sector-farmacias-lo-sufriran-los-mas-pobres/

Diario Médico (2018). *Enma Córdova: "En marzo DIGEMID certificaría a nivel IV".* http://www.diariomedico.pe/?p=12533 (02/12/19; 18:05 h)

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2005). *Manual para la enseñanza de Uso Racional de Medicamentos en la comunidad. Módulo 1 – Conociendo el medicamento.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/13_al_30_07.pdf (09/02/20; 17:28 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID (2018). *DIGEMID avanza hacia su calificación internacional como ente regulador que garantiza medicamentos de calidad.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=3&IdItem=2127 (02/12/19; 18:15 h)

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2019). *Clasificación de los establecimientos farmacéuticos.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/main.asp?Seccion=1001 (10/12/19; 15:20 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2019). *Farmacias del sector Salud están autorizadas para vender medicamentos esenciales al público en general.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=3&IdItem=2136 (15/12/19; 18:22 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas. (2019). *Normatividad.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/ (21/12/19; 08:13 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2019). *Registro nacional de establecimientos farmacéuticos.* http://serviciosweb.digemid.minsa.gob.pe/Consultas/Establecimientos (17/12/19; 09:45 h).

Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, DIGEMID. (2019). *Observatorio de Productos Farmacéuticos.* http://observatorio.digemid.minsa.gob.pe/ (18/12/19; 12:20 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2020). *Medicamentos.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/main.asp?Seccion=935

(13/01/20; 09:24 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2020). *Glosario.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/101_al_105_07.pdf (13/01/20; 15:30 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2020). *Medicamentos de referencia para solicitudes voluntarias.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Intercambiabilidad/SolicitudesVoluntarias_CuadroResumen_16-01-2020.pdf (02/03/20; 18:22 h).

Dirección general de medicamentos insumos y drogas, DIGEMID. (2020). Listado de medicamentos que han demostrado la intercambiabilidad. http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Intercambiabilidad/MEDICAMENTOS_INTERCAMBIABLES.pdf (02/03/20; 19:41 h).

EMA (2017) *El sistema europeo de regulación de medicamentos.* https://www.ema.europa.eu/en/documents/leaflet/european-regulatory-system-medicines-european-medicines-agency-consistent-approach-medicines_es.pdf (01/12/19; 20:50 h).

Engra, J. (2014). *El Sistema de control de concentraciones en la Unión Europea.* https://www.uria.com/documentos/publicaciones/1590/documento/032artARE.pdf?id=1913 (04/12/19; 21:12 h).

Fernandez- Baca, J. (2008). *Microeconomía: Teoría y aplicaciones. 1era edición corregida.* Lima, Perú: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico

Fiestas García, L.P. (2018). *Caracterización de la industria farmacéutica peruana: obstáculos para su crecimiento.* Trabajo de Investigación presentado para optar por el grado de Bachiller en Administración con mención en Dirección de Empresas. Universidad ESAN, Lima.

Figueroa, K. Gonzales, A. Narro, K. Takides, N. (2015). *El control previo de las concentraciones empresariales en el Perú: ventajas y desventajas*. Tesis presentada para obtener el grado de Magister en Finanzas y Derecho Corporativo. Universidad ESAN, Lima.

Fisher, M. (18 de setiembre de 2019). *Control de fusiones: ¿Cómo se gestiona en Canadá y Estados Unidos?* https://elcomercio.pe/economia/peru/INDECOPI-realiza-evento-internacional-escuchar-experiencia-ley-fusiones-noticia-677506-noticia/ (11/01/20; 20:43 h).

Flint, P. (2012). *Tratado de defensa de la libre competencia*. Fondo Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima: Perú.

Food and Drug Administration, FDA (2014). *Los medicamentos genéricos son sometidos al riguroso escrutinio de la FDA.* https://www.fda.gov/consumers/articulos-en-espanol/los-medicamentos-genericos-son-sometidos-al-riguroso-escrutinio-de-la-fda (08/12/19; 19:18 h).

Freeman E. (1984). *Strategic Management: A Stakeholder Approach*. Pitman, Boston: Cambridge.

García, E. (2014). *Brasileña Salog plantea manejar distribución de medicamentos.* https://gestion.pe/impresa/brasilena-salog-planea-manejar-distribucion-medicamentos-714-noticia/?ref=gesr

García M. (2001). *Precios de transferencia en el Perú: ¿estamos verdaderamente preparados?* En IUS ET VERITAS (Núm. 22). Lima, Perú: PUCP

Guardia, K. (2019). *CCL: Medicamentos importados podrían bajar hasta 50% con reestructuración de la DIGEMID*. https://gestion.pe/economia/ccl-medicamentos-importados-bajar-50-reestructuracion-digemid-263732-noticia/ (08/03/20; 11:45 h).

Guerra, T., & Gutiérrez, J. (2018). *Mercado farmacéutico en México: tamaño, valor y concentración*. Revista Panamericana de Salud Pública https://www.scielosp.org/article/rpsp/2009.v26n1/46-50/ (07/12/19; 20:35 h).

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Concepción o elección del diseño de investigación.* En Metodología de la investigación (pp.126-169). México, D.F, México: McGraw Hill.

Hernández, R., Fernández, C., Baptista, M. (2014). *Selección de la muestra. En Metodología de la investigación* (pp.170-194). México, D.F, México: McGraw Hill.

Herrera, M (2019). *¿Cuál es el precio de los medicamentos en España y resto de países europeos?* https://www.65ymas.com/consejos/cual/precio-medicamentos-espana-resto-paises-europeos_2574_102.html (18/01/20; 19:48 h).

Hidalgo, E. (2017). *Rebaza Alcázar y Miranda & Amado asisten compra de acciones de Portugal.* https://www.lexlatin.com/noticia/rebaza-alcazar-miranda-amado-asisten-compra-acciones-grupo-portugal (05/12/19; 22:25 h).

IMS Health (2019). *Ranking de Laboratorios Farmacéuticos en el Perú 2018.* http://www.diariomedico.pe/?p=12861 (15/02/20; 20:35 h).

Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, INDECOPI. (1997). *Preguntas sobre la libre competencia en el marco de una economía global* (pp. 7-9). Lima, Perú: INDECOPI

Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, INDECOPI. (2013). *Informe 017-2013/ST-CLC-INDECOPI.* https://www.indecopi.gob.pe/documents/20182/189631/78.-inf-017-2013-st-clc-indecopi.pdf/1508e32b-4130-4598-a117-c92925c9e906 (10/01/20; 19:20 h).

Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual, INDECOPI. (2016). *Resolución 078-2016/CLC-INDECOPI*. http://servicio.INDECOPI.gob.pe/buscadorResoluciones/ (04/12/19; 19:43 h).

Instituto Nacional de Estadística e Informática, INEI. (2019). https://www.inei.gob.pe/#url

IPSOS APOYO. (2019). *Análisis comparativo de precios en el Perú y Latinoamérica: Puntos de Venta.* https://www.ipsos.com/es-pe/precio-promedio-de-medicinas-en-peru-es-30-menor-que-en-la-region/ (21/01/20; 19:31 h).

IQVIA. (2019). *QuintilesIMS ahora es IQVIA.* https://www.iqvia.com/es-ar/locations/argentina/newsroom/2017/11/quintilesims-ahora-es-iqvia (18/12/19; 09:25 h).

Instituto de Políticas Públicas en Salud, IPSS. (2020). *Gobierno promulga Ley Cenabast que permitirá disponer de medicamentos más baratos.* http://www.ipsuss.cl/ipsuss/actualidad/gobierno-promulga-ley-cenabast-que-permitira-disponer-de-medicamentos/2020-01-08/140600.html (15/01/20; 09:12 h).

Israel, Glenn D. (1992). *Determining Sample Size. Program Evaluation and Organizational Development, IFAS*. University of Florida. PEOD-6.

Jiménez, I., & Hurtado R., Á. (2005). *La concentración de mercado en el sector farmacéutico colombiano 2002-2003. Un análisis parcial para las enfermedades cerebrovasculares e isquemias, diabetes mellitus y morbimortalidad cardiovascular.* Ecos de Economía, 9 (21), 174-202.

Krugman, P., Wells, R. (2007). *Macroeconomía: Introducción a la Economía*. Barcelona, España. Editorial Reverte SA.

Llamoza, J. (2018). *Impacto de la concentración de la oferta farmacéutica sobre la disponibilidad y precios de medicamentos en Lima Metropolitana y Callao.* Lima, Perú: Acción Internacional para la Salud (AIS).

Lopez, S. (2013). *Chile: Farmacia móvil Cruz Verde*. https://pharmacoserias.blogspot.com/2013/04/chile-farmacia-movil-cruz-verde.html (13/06/20; 11:35 h).

Malburg C. (2000). *Value Creation: Vertical Integration, Magazine Industry Week. EEUU.* https://www.industryweek.com/supply-chain/planning-forecasting/article/21959066/value-creation-vertical-integration (02/12/19; 13:21 h).

Martín, M. (2008). *Medicamentos de uso humano. Nuevos Márgenes*. ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/report2019/report_es.pdf (11/12/19; 19:51 h).

MAXIMIXE Consult. (2015). *Estudio del Mercado Farmacéutico en el Perú.* http://www.proecuador.gob.ec/wp-content/uploads/2015/02/PROECU_PPM2012_FARMAC%C3%89UTICO_PER%C3%9A.pdf (17/12/19; 22:34 h).

Ministerio de Economía y Finanzas, MEF. (2020). *¿Qué es una APP?*. https://www.mef.gob.pe/es/acerca-de-las-asociaciones-publico-privadas-apps/normativa-general?id=336 (13/06/20; 13:54 h).

Ministerio de la Producción, PRODUCE. (2017). *Estudio de Investigación del Sector Farmacéutico.* Lima - Perú: Nanuk EIRL.

Ministerio de Salud, MINSA (2014). *Hacia la cobertura universal en salud.* http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3398.pdf (12/12/19; 9:32 h).

Ministerio de Salud de Chile. (2020). Se promulga nueva Ley Cenabast que permitirá disponer de remedios más baratos. https://www.minsal.cl/se-promulga-nueva-ley-cenabast-que-permitira-disponer-de-remedios-mas-baratos/ (10/03/20; 18:40 h).

Miranda, J. (2004). *El Mercado de Medicamentos en el Perú: ¿Libre o Regulado?*. Lima, Perú: CIES - IEP

Navarro, J., Ocampo, C y Saumeth, L. (2013). *Concentración y precios en el mercado mundial de aceite de palma 1985-2005.* http://revistas.udenar.edu.co/index.php/rtend/article/view/1644/2024 (11/12/19; 20:30 h).

Olivos, M. (2012). *El control previo de las concentraciones empresariales en una economía social de mercado: Análisis del caso peruano.* https://www.researchgate.net/publication/254400030_El_control_previo_de_l

as_concentraciones_empresariales_en_una_economia_social_de_mercado_Analisis_del_Caso_Peruano (05/12/19; 22:45 h).

Organización Mundial de la Salud, OMS. (1998). *Reforma del sector farmacéutico y del sector salud en las Américas: Una perspectiva económica.* https://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2927s/ (09/03/20; 10:24 h).

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2004). *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: Un marco para la acción colectiva.* Perspectivas políticas de la OMS sobre medicamentos, No. 8. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud, OMS. (2002). *Cómo desarrollar y aplicar una política farmacéutica nacional.* 2da edición. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2016). *Conceptos, estrategias y herramientas para una política farmacéutica nacional en las Américas.* Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud, OPS. (2020). *Sistema de Evaluación de Autoridades Reguladoras Nacionales de Medicamentos.* https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1615:2009-sistema-evaluacion-autoridades-reguladoras-nacionales-medicamentos&Itemid=1179&lang=es (07/03/20; 18:22 h).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. (2017). *Panorama de la Salud 2017: Indicadores de la OCDE.* https://books.google.com.pe/books?id=XMhsDwAAQBAJ&pg=PA186&lpg=PA186&dq=Gasto+anual+per+c%C3%A1pita+en+medicamentos+oecd&source=bl&ots=rm3vT5kt8G&sig=ACfU3U0lI6nKICdx60nWrIUhknI5udthhQ&hl=es-419&sa=X&ved=2ahUKEwjUormtno7oAhUhErkGHZgODkYQ6AEwCXoECAoQAQ#v=onepage&q=Gasto%20anual%20per%20c%C3%A1pita%20en%20medicamentos%20oecd&f=false (09/03/20; 11:45 h).

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, OCDE. (2019). *Health at a Glance 2019: OECD Indicators.* https://doi.org/10.1787/4dd50c09-en. (09/03/20; 09:40 h).

Parkin, M y Loría, E. (2015). *Microeconomía Versión para Latinoamérica.* 11ma edición. México DF, México: Pearson.

Peñaranda, C. (2018). El boom de las fusiones y adquisiciones. *Revista La Cámara de Comercio de Lima*, 814, 6-11.

Perú Retail. (2019). *Perú: Inkafarma estima contar con 40 tiendas express en 2020.*

https://www.peru-retail.com/peru-inkafarma-tiendas-express-2020/ (12/06/20; 11:25 h).

Poder Ejecutivo. (2004). *Resolución Ministerial N°1240-2004/MINSA.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/252718-1240-2004-minsa (11/12/19; 11:15 h).

Poder Ejecutivo. (2009). *Decreto Supremo N° 009-2009-PCM que aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del INDECOPI.* https://www.indecopi.gob.pe/documents/1902049/3193844/nor_DS09-2009.pdf (17/11/19; 11:18 h).

Poder Ejecutivo. (2010). *Resolución Ministerial N° 040-2010/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/RM-040-2010-MINSA.pdf (11/12/19; 07:45 h).

Poder Ejecutivo. (2011). *Decreto Supremo N° 014-2011/MINSA.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243288-014-2011-sa (10/12/19; 18:43 h)

Poder Ejecutivo. (2011). *Decreto Supremo N° 016-2011/MINSA.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/243290-016-2011-sa (11/12/19; 14:18 h)

Poder Ejecutivo. (2011). *Resolución Ministerial N° 341-2011/MINSA.* file:///C:/Users/HCBI/Downloads/RM341-2011MINSA%20(1).pdf (17/12/19; 17:23 h).

Poder Ejecutivo. (2012). *Decreto Supremo N° 107-2012-PCM que aprueba modificaciones al Reglamento de Organización y Funciones del INDECOPI.* https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/aprueban-modificaciones-al-reglamento-de-organizacion-y-func-decreto-supremo-n-107-2012-pcm-858318-2/ (17/11/19; 11:30 h).

Poder Ejecutivo. (2015). *Resolución Ministerial N°132-2015/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2015/RM_132-2015.pdf (18/12/19; 10:14 h).

Poder Ejecutivo. (2015). *Resolución Ministerial N°833-2015/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2015/RM_833-2015.pdf (18/12/19; 13:40h).

Poder Ejecutivo. (2016). Resolución Ministerial N° 650-2016/MINSA. http://www.cenares.minsa.gob.pe/Portals/0/Descargas/Transparencia/DatosGenerales/Normatividad/2016/RM650-2016MINSA.pdf (14/06/20; 13:18 h).

Poder Ejecutivo. (2018). *Decreto Supremo N° 017-2018/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/DS_017-2018.pdf (19/12/19; 17:18 h)

Poder Ejecutivo. (2018). *Decreto Supremo N° 021-2018/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/DS-021-2018.pdf (20/12/19; 11:20 h)

Poder Ejecutivo. (2018). *Decreto Supremo N° 024-2018/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/DS-024-2018.pdf (12/12/19; 18:40 h).

Poder Ejecutivo. (2018). *Resolución Ministerial N° 1361-2018/MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2018/RM_1361-2018.pdf (12/12/19; 17:32 h)

Poder Ejecutivo. (2019). *Resolución Ministerial N° 366-2019-MINSA.* http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Normatividad/2019/RM_366-2019-MINSA.pdf (20/01/20; 14:25 h).

Poder Ejecutivo. (2019). *Decreto de Urgencia N° 007-2019 que declara a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud y dispone medidas para garantizar su disponibilidad.* https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-declara-a-los-medicamentos-producto-decreto-de-urgencia-n-007-2019-1822703-1/ (05/01/20; 11:15 h).

Poder Ejecutivo. (2019). *Decreto de Urgencia N° 013-2019 que establece el control previo de operaciones de concentración empresarial.* https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-de-urgencia-que-establece-el-control-previo-de-opera-decreto-de-urgencia-n-013-2019-1828320-1/ (10/12/19; 19:41 h).

Poder Ejecutivo. (2019). *Decreto Supremo N° 026-2019/MINSA.* https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-supremo-que-aprueba-el-reglamento-del-decreto-de-urg-decreto-supremo-n-026-2019-sa-1833788-5/ (07/01/20; 20:14 h).

Poder Ejecutivo. (2019). Decreto Supremo N° 030-2019-PCM *que aprueba Texto Único Ordenado de la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas aprobada por el Decreto Legislativo N°1034.* https://www.gob.pe/institucion/pcm/normas-legales/265610-030-2019-pcm (06/12/19; 19:42 h).

Poder Ejecutivo. (2019). *Resolución Ministerial N° 1097-2019-MINSA.* https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/363414-1097-2019-minsa (06/01/20; 12:30 h).

Poder Legislativo. (1990). *Decreto Legislativo Nº 584 que promulga la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud*. https://www.ins.gob.pe/insvirtual/images/normatividad/norleg/DL-584_ROF-MINSA.pdf (06/11/19; 09:34 h).

Poder Legislativo. (1992). *Decreto Ley Nº 25868, Ley de Organización y Funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual – INDECOPI*. https://www.indecopi.gob.pe/documents/1902049/3884845/Decreto%20Ley%2025868.pdf (17/11/19; 8:20 h).

Poder Legislativo. (1993). *Constitución Política del Perú*. http://www.pcm.gob.pe/wp-content/uploads/2013/09/Constitucion-Pol%C3%ADtica-del-Peru-1993.pdf (06/11/19; 10:50 h).

Poder Legislativo. (1997). *Ley Nº 26876, Ley Antimonopolio y Antioligopolio del Sector Eléctrico*. https://www.patenta.pe/documents/51771/196578/ley26876.pdf/a9a54be8-f497-4843-8ee0-2553b2600b42. (05/12/19; 20:43 h).

Poder Legislativo. (2002). *Ley Nº 27806, Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública*. https://www.peru.gob.pe/normas/docs/LEY_27806.pdf (15/11/19; 17:25 h).

Poder Legislativo. (2008). *Decreto Legislativo Nº 1033 que aprueba la ley de organización y funciones del Instituto Nacional de Defensa de la Competencia y de la Protección de la Propiedad Intelectual - INDECOPI*. https://www.indecopi.gob.pe/documents/20182/143803/dl1033.pdf (17/11/19; 10:35 h).

Poder Legislativo (2008). *Decreto Legislativo que aprueba la Ley de Represión de Conductas Anticompetitivas, Decreto Legislativo Nº 1034*. https://www.indecopi.gob.pe/documents/51771/196578/dl1034.pdf/66c0472e-46de-4eb3-b872-7369c5279583 (04/12/19; 18:20 h).

Poder Legislativo. (2009). *Ley Nº 29459, Ley de los Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios*. http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/Ley29459.pdf (11/12/19; 09:25 h).

Poder Legislativo. (2009). *Ley Nº 29344, Ley marco de aseguramiento universal en salud*. http://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/29344.pdf (12/12/19; 11:50 h).

Poder Legislativo. (2012). *Dictamen recaído en el Proyecto de Ley 972/2011-CR, con un texto sustitutorio que propone la Ley de Evaluación Previa de los Actos de Concentración Empresarial*.

http://www2.congreso.gob.pe/Sicr/ApoyComisiones/comision2011.nsf/dictamenes/EE56C8CFFDDB5DB105257A2200577E0D (11/11/19; 20:43 h).

Poder Legislativo. (2014). *Ley Nº 30224, Ley que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de Calidad.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/356683/LEY-30224.pdf (17/11/19; 11:52 h).

Poder Legislativo. (2015). *Decreto Legislativo Nº 1205 que modifica la Ley de Represión de conductas anticompetitivas, aprobada por* Decreto Legislativo *Nº 1034.* https://www.indecopi.gob.pe/documents/51771/196578/Decreto_Legislativo1205.pdf (04/12/19; 20:34 h).

Poder Legislativo. (2018). *Decreto Legislativo Nº 1396 que modifica la Ley de Represión de conductas anticompetitivas, aprobada por* Decreto Legislativo *Nº 1034.* https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/decreto-legislativo-que-modifica-la-ley-de-represion-de-cond-decreto-legislativo-n-1396-1688907-1/ (05/12/19; 19:18 h).

Poder Legislativo. (2018). *Decreto Legislativo Nº 1444.* https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/206028/DL_1444.pdf. (07/02/20; 20:41 h).

Ponce de León, O. (2012). *Competencia en Telefonía Fija* – Revista - PUCP. https://revistas.pucp.edu.pe

Porter, M. (2008). *Las cinco fuerzas competitivas que le dan a la estrategia.* https://utecno.files.wordpress.com/2014/05/las_5_fuerzas_competitivas-_michael_porter-libre.pdf (21/12/19; 18:55 h).

Quintana, E. (2013). *Libre Competencia: Análisis de las funciones de INDECOPI a la luz de las decisiones de sus órganos resolutivos.* Lima, Perú: INDECOPI

Quintana, E. (2019). *Control de concentraciones en el Perú: ingreso a las ligas mayores.* https://laley.pe/art/8852/control-de-concentraciones-en-el-peru-ingreso-a-las-ligas-mayores (17/01/20; 22:18 h).

Reátegui, M. (2017). *¿Papelito ya no manda? Fiscalización y menos papeleo en salud.* https://blogs.upc.edu.pe/sinergia-e-innovacion/conceptos/papelito-ya-no-manda-fiscalizacion-y-menos-papeleo-en-salud (08/03/20; 09:11 h).

Reuters. (2019). *Canadá ahorrará 9.000 millones de euros en diez años en el precio de fármacos.* https://www.infosalus.com/actualidad/noticia-canada-ahorrara-9000-millones-euros-diez-anos-precio-farmacos-20190812111750.html (09/03/20; 08:40 h).

Rovira Forns, Joan. (2015). *Precios de los medicamentos: cómo se establecen y cuáles son sus sistemas de control. Salud Colectiva*. https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n1/35-48/ (18/12/19; 20:32 h).

Salud y Fármacos. (2019). *Canadá. Nuevas regulaciones que permiten controlar el precio de los medicamentos y la reacción de la industria.* http://www.saludyfarmacos.org/lang/es/boletin-farmacos/boletines/nov201903/54_ca/ (09/03/20; 12:25 h).

San Martín, R. (2020). Venta de medicamentos en supermercados: Implicancias logísticas. http://www.emb.cl/negociosglobales/articulo.mvc?xid=114&ni=venta-de-medicamentos-en-supermercados-implicancias-logisticas (07/03/20; 08:15 h).

Serey, V (2012). *Indicadores de Colusión en el Mercado Farmacéutico Chileno.* Tesis para obtener el grado de magister en economía. Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Stucchi, P. (2019). *El ABC de la nueva Ley de Control Previo de Fusiones y Adquisiciones Empresariales.* https://gestion.pe/blog/reglasdejuego/2019/05/el-abc-de-la-nueva-ley-de-control-previo-de-fusiones-y-adquisiciones-empresariales.html/ (19/12/19; 15:23 h).

Taft, D. (2017). *Microsoft puts FoxPro Out to pasture. eWeek.* https://www.eweek.com/development/microsoft-puts-foxpro-out-to-pasture (21/12/19; 20:34 h).

Turner, R. (2008). *Neo-Liberal Ideology: History, Concepts and Policies.* 1era edición. Edinburgo. Gran Bretaña: Edinburgh University Press Ltd

Vanberg, V. (2001). *The Constitution of Markets: Essays in political economy.* 1era edición. Londres, Inglaterra: Routledge

Werner, Alexander. (2013). *La autorregulación publicitaria. Gestión.* https://gestion.pe/blog/anunciasluegoexistes/2013/04/la-autorregulacion-publicitaria.html/ (22/12/19; 20:44 h).

Wilson, L., Velásquez, W. y Ponce, C. (2009). La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: Análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación, Lima, Perú.

Zúñiga, T. (2018). *El control de las concentraciones empresariales en el Perú*. 10.18800/iusetveritas.201801.013 (18/12/19; 19:35 h).