



**Ministerio de Comercio,
Industria y Turismo**
República de Colombia



**Ministerio de la
Protección Social**
República de Colombia

ESTUDIO DE LA POLÍTICA DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA

INFORME FINAL REVISADO

BOGOTÁ D.C., AGOSTO DE 2005



PRESENTACIÓN

La industria farmacéutica colombiana reunida alrededor de sus agremiaciones, la Asociación Nacional de Industrias Farmacéuticas ASINFAR y la Asociación de Laboratorios de Investigación y Desarrollo AFIDRO, conjuntamente con la Cámara Farmacéutica de la Asociación Nacional de Industriales ANDI y los Ministerios de Comercio, Industria y Turismo y el Ministerio de Protección Social, encomendaron a ECONOMETRÍA S.A. la realización del Estudio sobre la Política de Precios de Medicamentos.

El objetivo fundamental de la investigación fue realizar un análisis integral del sector de medicamentos para consumo humano, de cuyos resultados se espera identificar los elementos de juicio relevantes para redefinir, en caso de ser necesario, la política actual de medicamentos para el mercado nacional.

El Equipo Consultor, agradece a los diferentes representantes de los gremios Doctor Juan Manuel Gutiérrez de la Cámara Farmacéutica de la ANDI, Doctor Alberto Bravo Presidente Ejecutivo de ASINFAR y a la Doctora Maria Claudia García Presidente Ejecutiva de AFIDRO así como a los representantes de los Ministerios de Protección Social Doctor Gilberto Álvarez; de Comercio, Industria y Turismo Doctor Ramón Madriñán Director de Regulación y Secretario Técnico de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos; al Doctor Guillermo Restrepo del INVIMA por su colaboración y apoyo para la realización del Estudio, así como a sus inmediatos colaboradores quienes con su atención a los requerimientos de los consultores contribuyeron con el desarrollo del Estudio.

De igual manera el reconocimiento a los representantes de las instituciones públicas y privadas que facilitaron su tiempo para entrevistas con los consultores y suministraron la información solicitada para que se pudieran llevar a cabo los análisis de precios y los informes básicos y complementarios del estudio, como el Doctor Gilberto Quinche Director de los Seguros Sociales; el Doctor Maximio Visbal Presidente Ejecutivo de Asocoldro; el Doctor Antonio Acuña representante de la Junta Directiva de FENALCO ante el Sector Salud y Director Ejecutivo de Globalpharma; al Doctor Guillermo Silva Consultor de Asistencia Técnica en Salud- ATS; al Doctor Carlos Vicente Rada, Director del Instituto Nacional Cancerológico, a los directivos de Metrosalud y al Ministerio de Defensa por el suministro de la información solicitada.

Especial mención debe hacerse de la firma IMS HEALTH – COLOMBIA que comercializa las bases de datos producto de la auditoria que realiza sobre el mercado privado de medicamentos en el país, en particular a su gerente, Orlando Velásquez y a la Doctora Adriana Gordillo, quienes, por contrato con Econometría S.A. suministraron las bases de

datos de cantidades y precios de venta mensual a minoristas de productos farmacéuticos en el mercado nacional para el período enero 2000 – diciembre 2004, facilitaron la información de cinco países de Suramérica, para propósitos comparativos, y dedicaron una fracción importante de su tiempo a asesorarnos en el uso de esta información y en su procesamiento. Igualmente nuestros agradecimientos a Alejandro de Frutos, Gerente de la firma Coro de Colombia, quien realizó, por subcontrato, la encuesta telefónica sobre hábitos de compra de medicamentos en cinco ciudades colombianas a una muestra de 2,000 hogares de estrato bajo, medio y alto; y a un grupo de profesionales de la Facultad de Farmacia de la Universidad de Antioquia, quienes bajo la dirección de Germán Hurtado y Martha Gabriela Vásquez realizaron un arduo y delicado trabajo en la depuración y organización de la información del sector institucional para su análisis.

El estudio fue dirigido por el Doctor Rodrigo Arcila, con la colaboración técnica del Doctor Álvaro Reyes, socio de la firma, en los asuntos relacionados con el análisis de mercados, competencia y formación de precios. El equipo consultor estuvo integrado por el ingeniero industrial y economista Oscar Rodríguez, experto en regulación, estructura industrial y métodos econométricos, por la administradora Gloria Gómez, experta en mercadeo y comercialización, por el economista Jaime Millán, experto en análisis de bases de datos y métodos estadísticos y Martha Lucía Gutiérrez en la edición del Informe; el equipo además contó con la colaboración de un grupo de profesionales asistentes de la firma.

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio realizado por Econometría Consultores S.A. y financiado por los gremios de la producción, tiene como objetivo central proporcionar al Gobierno Nacional elementos de juicio suficientes para modificar, si así lo considera conveniente, la actual política de precios de medicamentos.

El punto de partida es el reconocimiento de la existencia de dos grandes mecanismos para regular los precios en una economía. Uno es la promoción de la competencia para evitar el poder de mercado; otro es el control directo de precios o la amenaza de control, para evitar abusos en presencia de poder de mercado. El estudio muestra que en Colombia hay más espacio para lo primero que para lo segundo y que la amenaza de control, con un régimen de control directo de precios a posteriori puede ser más costo/efectivo que un sistema presuntivo de control previo de precios, sobre la base de la existencia de poder de mercado, sin confirmar la existencia de abusos de dicho poder para fijar precios.

Un primer acercamiento del estudio a la realidad del mercado farmacéutico nacional, identificó claramente la existencia de dos segmentos que funcionan de manera independiente en cuanto a la formación de precios: el mercado detallista en droguerías caracterizado por la existencia de suficiente competencia por el lado de la demanda y, en donde la única amenaza de abuso de posición de dominio puede darse por el lado la oferta. El segundo, el mercado institucional caracterizado por procesos de compra de medicamentos a través de licitaciones o “bajastas”, que crean una competencia por el mercado.

Como resultado de este funcionamiento diferencial por segmentos, se concluye que en el sector institucional no se requiere, como regla general, un control directo de precios, sino de la promoción de mecanismos transparentes de compra que den igualdad de oportunidad a todos los oferentes, ya que a través de estos mecanismos se pueden lograr descuentos que acercan al mercado a las condiciones de competencia que harían innecesaria dicha regulación. En otras palabras, los mercados internos que crean las instituciones para la compra de los medicamentos que requieren, con la regla de comprar al mínimo precio o por medio de “bajastas”, sujetas a un requerimiento mínimo de calidad, tiene el mecanismo idóneo para lograr una mayor eficiencia en el mercado de medicamentos, dependiendo del tamaño del mercado que se esté licitando. Es decir, el mercado mismo se autorregula, al menos para los grandes compradores institucionales. De todas maneras, las instituciones podrían solicitar, por vía de excepción, a la Comisión incluir algunos productos de uso

intrahospitalario, que consideren que tienen un poder dominante en el mercado, en el régimen de vigilancia y control, argumentando las razones para ello.

El estudio concluye que es mucho lo que se puede hacer para mejorar el monitoreo del mercado, tanto en términos de vigilancia de los precios como de las condiciones de competencia en los mercados relevantes y que una amplia difusión de esta información permitirá a las empresas privadas identificar oportunidades de negocios y ampliar la oferta de productos, y, por ende, la competencia. Otra manera de aumentar la competencia es promover la sustitución en el consumo de productos de alto costo por productos de menor costo. Esto se podría lograr a través de programas masivos de información a los médicos sobre los costos y propiedades de la oferta de productos por clase terapéutica. En otras palabras, convertir la competencia posible en competencia efectiva es un problema de información.

Para hacer frente a los problemas de regulación originados en la falta de información completa, confiable y oportuna, tanto para el seguimiento periódico de las condiciones de competencia en el mercado, como para la vigilancia de precios, se propone que la Comisión negocie con el IMS la compra de la información que mensualmente recoge de los mayoristas sobre cantidades vendidas y precio de venta al sector privado de droguerías para todos los productos farmacéuticos que se venden a través de este canal. Esta fuente de información permite la vigilancia periódica de las condiciones de competencia y el comportamiento de los precios en todos los mercados relevantes de venta al consumidor final.

Esta fuente de información debe ser complementada con una nueva base de datos sobre precios y cantidades compradas de medicamentos de uso intrahospitalario que no se venden en droguerías, que no existe.

Identificados los problemas de información existentes, el estudio se ocupó de dar una mirada crítica a la política de precios que ha manejado la CNPM desde su creación.

La Ley 81 de 1988 estableció, en los artículos 60, 61 y 62, un marco general adecuado para la regulación de precios en la economía, que deja un margen amplio de discrecionalidad a las entidades encargadas de su reglamentación; y, en particular, al Ministerio de Desarrollo, hoy Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, para definir la política de precios de medicamentos, función que pasó con la Ley 100 de 1993 a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM), dándole atribuciones amplias para definir el modelo regulatorio a utilizar en el sector.

En el ejercicio de estas funciones reglamentarias y regulatorias a partir de 1994, la Comisión no ha logrado definir con precisión el tipo de información amplia, confiable y oportuna necesaria para identificar los medicamentos donde existe poder de mercado, ni para hacer un seguimiento periódico del comportamiento de los precios en los mercados relevantes.

Frente a las limitaciones impuestas por la información disponible con que ha contado la Comisión, la política de precios ha estado caracterizada más por decisiones casuísticas que por reglas claras y transparentes de regulación, conocidas de antemano por todos los regulados.

Es así, como, ante la ausencia de información amplia sobre el poder de mercado de todos los productos farmacéuticos comercializados en el país, la CNPM ha venido estableciendo criterios de control asociados con el número de productores por principio activo, sin tener en cuenta la concentración de la oferta en cada producto, ni la posible existencia de alternativas terapéuticas con productos que usan otras moléculas con eficacias terapéuticas similares. Es decir, no ha contado con una definición clara de los mercados relevantes para propósitos regulatorios. Esto ha tenido como consecuencia colocar en un régimen de control directo de precios a una serie de productos que, de acuerdo con nuestro análisis, no tienen poder de mercado para fijar precios; y ha excluido a otros que sí lo tienen.

Como consecuencia de esa misma limitación de las fuentes de información a su disposición, la Comisión ha focalizado la vigilancia sobre un subconjunto de medicamentos que, en su concepto, son importantes para la salud de los colombianos, como son los medicamentos esenciales, los de alto costo o los que tienen incidencia sobre la salud pública, no vigilando otros productos que tienen poder de mercado, como muestran los resultados de la investigación que hemos realizado.

En síntesis, en la lista de productos colocados bajo control directo por la CNPM no están todos los que son, ni son todos los que están. Lo mismo puede decirse de los productos colocados en las modalidades de libertad regulada y libertad vigilada; aunque en este caso es más en términos de la focalización de la vigilancia que de los criterios de regulación propiamente dichos.

Cuando el Regulador decide poner un producto en la modalidad de control directo, la Ley lo autoriza para fijar los precios máximos que el productor o distribuidor puede cobrar, y lo deja en libertad para definir a qué nivel de la cadena de comercialización lo fija; y qué criterio o fórmula usa para definir estos techos.

La CNPM ha optado por establecer precios techo a nivel del consumidor final, lo cual tiene ventajas y desventajas. Es una ventaja, en la medida en que permite incorporar a este consumidor final, que es el objetivo último de la política, en la cadena de vigilancia y control, a través de mecanismos como las quejas y reclamos; pero es una desventaja en la medida en que esta vigilancia y control se dispersa mucho por el gran número de compradores existentes a este nivel. Existen las opciones de fijar precios máximos a nivel de minoristas en el segmento privado de droguerías, que incorporaría al droguista como el elemento central en la vigilancia y control de precios de medicamentos; o a nivel de mayoristas, que simplificaría dicha vigilancia y control. El inconveniente es que se aleja cada vez más del consumidor final que es el objeto último de la política; pero deja en libertad al mercado para definir total o parcialmente los márgenes de comercialización, lo

cual sería una ventaja regulatoria, en la medida en que las cadenas de comercialización sean suficientemente competitivas y no se requiera su regulación.

Por otro lado, la CNPM ha usado como criterio para definir precios máximos, los costos reportados por los propios laboratorios y estimativos muy imprecisos de los márgenes de comercialización promedio que se requieren para llevar el producto a nivel del consumidor final.

Desde el punto de vista de la teoría de la regulación de precios, el criterio para definir precios máximos puede estar basado en costos, pero no en los costos reportados por los propios laboratorios, sino en un estimativo independiente realizado por el propio regulador sobre la frontera de costos mínimos eficientes de producción y distribución. Esto no se ha hecho de esta manera, lo cual es una falla del regulador en su intento por corregir las fallas del mercado (existencia de poder para fijar precios en los mercados relevantes), que puede producir efectos peores que los que se tratan de corregir con la regulación. Algo similar podría decirse de los márgenes promedio de comercialización.

Contar con costos mínimos eficientes de referencia para la fijación de precios máximos, que es lo que se hace con éxito en otros sectores como el de servicios públicos domiciliarios, no es fácil en el sector de medicamentos; entre otras razones por la diversidad de productos existentes y por el hecho de que en este sector una parte muy importante del valor agregado se genera en laboratorios del exterior, cuya veracidad no se puede confirmar fácilmente. A este respecto el Regulador podría usar otros criterios para fijar precios máximos, como podría ser la técnica de “benchmarking” internacional de precios. Dificultades de la misma índole, pero más salvables por ser un valor agregado nacional, existen para definir una frontera eficiente de intermediación.

El estudio señala con toda claridad que, por ser Colombia un país pequeño y periférico a los grandes centros de producción, no puede pretender auditar los costos originados en el exterior como los correspondientes a investigación y desarrollo de nuevas moléculas; lo que significa que el control solo se podría ejercer sobre los componentes del valor agregado nacional, lo que podría desincentivar la localización de laboratorios extranjeros en el país e incentivar la importación de sus productos desde otros centros regionales.

La propuesta regulatoria de Econometría da respuesta a estos interrogantes. El producto final es la propuesta de un esquema de regulación que le permita a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos cumplir con sus funciones de una manera acorde con la realidad del mercado.

Dicha propuesta estimula a las autoridades regulatorias del sector farmacéutico a evolucionar hacia una regulación por incentivos que evite, en lo posible, trabajar con mecanismos y procedimientos cargados de información asimétrica que, por lo general, inducen al regulador a tomar decisiones que se traducen en una regulación “perversa” que incita a que el regulado se comporte en forma contraria a las intenciones del regulador.

Dos técnicas suficientemente conocidas en la literatura de la regulación aparecen como apropiadas para el sector farmacéutico: los precios techo (“price caps”) para el sector privado de droguerías que venden al consumidor final; y las licitaciones, “bajastas” o competencia por el mercado, en el sector institucional. En la primera proponemos que los precios techo se fijen con base en un “benchmarking” internacional de precios de referencia, utilizando tasas de cambio de paridad, para tener en cuenta la diferencia en las estructuras de consumo de medicamentos entre países. En la segunda, las reglas claras y el ambiente de transparencia que rodee las licitaciones del mercado institucional público, serán las mejores aliadas en la consecución de los propósitos del regulador de acercarse a los precios que regirían, si el mercado fuera competitivo.

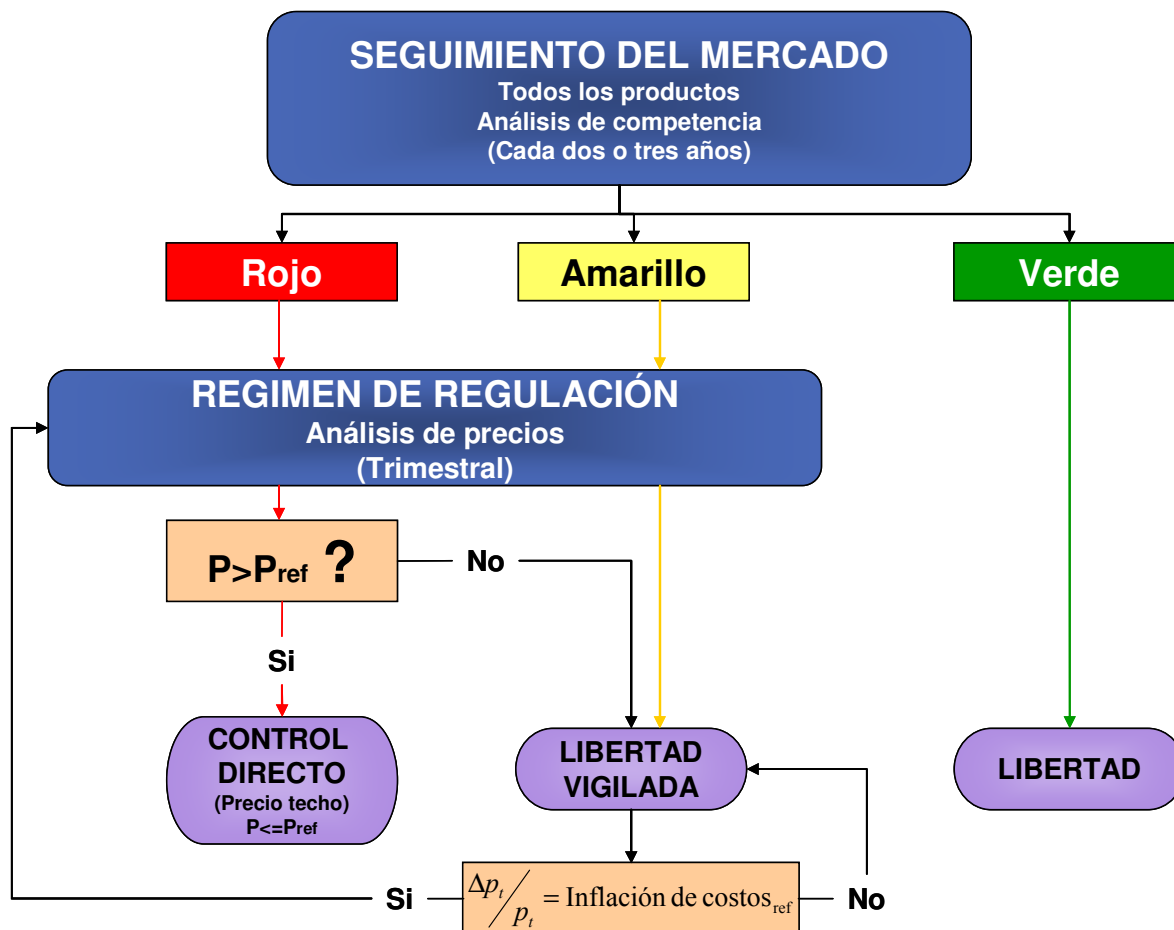
Se propone también el cambio en los criterios que históricamente se han manejado en Colombia para la definición del universo de productos que deben ser objeto de un régimen de regulación. El criterio único es que los medicamentos tengan poder de mercado independientemente de que se trate de productos de alto costo, esenciales o con los cuales se trate de resolver problemas de salud pública. En la investigación se encontraron medicamentos con estas características pero sin poder de mercado y sin peligro de abuso de posición de dominio. Se impone un solo criterio, el poder de mercado. Con este criterio productos que ingresan por primera al mercado no tendrían por qué pasar a un régimen de regulación, mientras no se demuestre que han adquirido poder para fijar precios en su mercado relevante.

La propuesta de Econometría es que cada dos o tres años se haga un seguimiento del mercado para examinar el estado de la competencia, con base en información como la que reporta mensualmente IMS. Este examen clasificaría los productos de venta en el canal privado de droguerías en tres categorías: Rojo (poder dominante de mercado), Amarillo (alerta) y verde (suficiente competencia). Sólo los productos en Rojo o Amarillo entrarían a un régimen de regulación. Los productos en verde podrían fijar libremente los precios y el regulador no los vigilaría. En todo momento cualquier agente de oferta (laboratorio) o de demanda puede solicitar a la comisión la reclasificación de cualquier producto farmacéutico, argumentando las razones para ello, y ésta debe dar una respuesta oportuna a este requerimiento.

Los productos sometidos a regulación entrarían trimestralmente en un proceso de vigilancia de precios. Si el precio de mercado está por encima del precio de referencia en ese momento, con base en un “benchmarking” internacional, el producto entraría en la modalidad de control directo, con el precio techo fijado por el Regulador. Si el precio de mercado está por debajo del precio de referencia entraría a la modalidad de libertad vigilada y tres meses después se sometería al mismo proceso, si sus precios aumentan por encima de la previsión que tenga la Comisión de la inflación de costos en el sector.

El esquema de vigilancia y control propuesto se presenta en el siguiente Diagrama:

MODELO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS



ESTUDIO DE LA POLÍTICA DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA

CONTENIDO

	PÁGINA
INTRODUCCIÓN	1
1. CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR	5
1.1 EVOLUCIÓN DEL MERCADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS	5
1.2 INDICADORES GENERALES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA	8
1.3 CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA DEMANDA	9
2. PAPEL DE LA DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS	15
2.1 CREACIÓN DE VALOR EN LA CADENA LOGÍSTICA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS	15
2.1.1 LA CADENA LOGÍSTICA EN EL SECTOR DE MEDICAMENTOS	15
2.1.2 CONFORMACIÓN DE LA CADENA DE NEGOCIOS	20
2.2 ESTRUCTURA DE LA DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA	24
2.2.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES	25
2.2.2 EVOLUCIÓN DE LOS ESQUEMAS DE DISTRIBUCIÓN E INTERMEDIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA	26
2.2.3 EVOLUCIÓN DE LAS VENTAS DE LOS LABORATORIOS SEGÚN CANAL DE DISTRIBUCIÓN	30
2.2.4 EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS DEL SECTOR DE DROGUERÍAS	31
2.3 MÁRGENES DE INTERMEDIACIÓN Y DESCUENTOS	35
2.3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS	35
2.3.2 EL MERCADO DE VENTAS DIRECTAS AL CONSUMIDOR FINAL	37
2.3.3 EL MERCADO DE VENTAS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA	41
2.3.4 EL MERCADO INSTITUCIONAL	44
2.4 INFLUENCIA DE LOS CANALES DE DISTRIBUCIÓN EN LA FORMACIÓN DE PRECIOS	51
2.4.1 AL INTERIOR DE LOS CANALES PRIVADOS	51
2.4.2 CANAL INSTITUCIONAL VS. CANALES PRIVADOS	52

	PÁGINA
2.5 HÁBITOS DE COMPRA DEL CONSUMIDOR	53
2.5.1 METODOLOGÍA DE DISEÑO DE LA MUESTRA	53
2.5.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA	54
3. DINÁMICAS DE LA FORMACIÓN DE PRECIOS EN EL SECTOR	61
3.1 DINÁMICA DE PRECIOS EN EL CANAL INSTITUCIONAL	62
3.2 DINÁMICA DE PRECIOS EN EL CANAL PRIVADO DE VENTA AL PÚBLICO	64
3.2.1 METODOLOGÍA DE AGREGACIÓN DE PRODUCTOS Y DE CÁLCULO DE PRECIOS	64
3.2.2 DINÁMICA DE LOS PRECIOS EN EL MERCADO PRIVADO DE DISTRIBUCIÓN MINORISTA	67
3.2.3 ANÁLISIS DE LOS PRECIOS AL CONSUMIDOR	77
3.3 ANÁLISIS DE PRECIOS INTERNACIONALES	81
3.3.1 COSTO DE UNA CANASTA COMÚN DE MEDICAMENTOS DE LABORATORIOS INNOVADORES EN LOS SEIS PAÍSES	82
3.3.2 TAMAÑO RELATIVO DE LOS SEIS MERCADOS	85
3.3.3 BENCHMARKING DE PRECIOS INTERNACIONALES USANDO TASAS DE CAMBIO DE PARIDAD	88
4. ESTRUCTURA INDUSTRIAL Y ANÁLISIS DE COMPETENCIA	93
4.1 INTRODUCCIÓN	93
4.2 DEFINICIÓN DE UNA MEDIDA DE CONCENTRACIÓN	93
4.3 LOS MERCADOS RELEVANTES	96
4.3.1 CONSIDERACIONES GENERALES	97
4.3.2 LOS MERCADOS RELEVANTES PARA MEDICAMENTOS	101
4.4 ANÁLISIS DE COMPETENCIA EN MERCADOS RELEVANTES	103
4.4.1 EL CASO DE LAS FLUORQUINOLONAS	105
4.4.2 NIVELES DE COMPETENCIA EN EL SECTOR FARMACÉUTICO COLOMBIANO	107
4.5 PROPUESTA DE SEGMENTACIÓN DEL MERCADO PARA PROPÓSITOS REGULATORIOS	109
4.5.1 APLICACIÓN DEL EJERCICIO PROPUESTO	110
4.5.2 COMPORTAMIENTO DE LOS PRECIOS DE LOS PRODUCTOS DE ACUERDO CON SU NUEVA CLASIFICACIÓN	111

	PÁGINA
5. EL PAPEL DE LA REGULACIÓN DE PRECIOS PARA EL SECTOR	113
5.1 MARCO CONCEPTUAL PARA LA REGULACIÓN	113
5.2 LA ACTUAL POLÍTICA DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS	115
5.3 PROPUESTA DE ECONOMETRÍA PARA LA REGULACIÓN DE PRECIOS EN EL SECTOR FARMACÉUTICO COLOMBIANO	119
5.3.1 CRITERIOS PARA LA REGULACIÓN DE PRECIOS	120
5.3.2 DEFINICIÓN DE MERCADOS RELEVANTES	122
5.3.3 DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS DE VIGILANCIA Y CONTROL EN EL RÉGIMEN REGULATORIO	122
5.3.4 DETERMINACIÓN DE LOS PRECIOS TECHO PARA EL CONTROL DIRECTO DE PRECIOS	125
5.3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN	127
5.3.6 ASPECTOS OPERATIVOS DEL NUEVO ESQUEMA DE REGULACIÓN PROPUESTO PARA EL CANAL DE VENTA AL CONSUMIDOR FINAL	127
5.3.7 VENTAJAS DEL NUEVO SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL PROPUESTO	131
5.3.8 RÉGIMEN DE TRANSICIÓN	132
BIBLIOGRAFÍA	136

ANEXOS

ANEXO 1	CARACTERIZACIÓN DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA NACIONAL
ANEXO 2	LISTA DE CLASES TERAPÉUTICAS
ANEXO 3	ACTORES EN LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN
ANEXO 4	EL CASO DE LAS FUORQUINOLONAS
ANEXO 5	LISTA DE PRODUCTOS QUE ENTRARÍAN A UN RÉGIMEN DE REGULACIÓN EN EL PERÍODO DE TRANSICIÓN
ANEXO 6	SISTEMA DE INFORMACIÓN DEL MERCADO
ANEXO 7	LA POLÍTICA DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS

INTRODUCCIÓN

En el presente Estudio se abordan cinco grandes temas que se consideran relevantes para la definición de una política de precios de medicamentos: i) la caracterización de la industria farmacéutica colombiana y de su entorno interno y externo; ii) la estructura, funcionamiento y tendencias de los canales de distribución; iii) los procesos de formación de precios de los medicamentos y sus tendencias, teniendo en cuenta las estructuras existentes; iv) La estructura industrial e institucional de los agentes de oferta y demanda que actúan en el mercado y los grados de competencia o concentración que estas estructuras generan; y v) el marco legal, reglamentario y de política existente en este sector. Paralelamente, el Estudio realizó una actualización de las cifras que caracterizan la industria y, en general, el mercado de medicamentos en el país, tanto en su parte privada como institucional. Se pretende con esta indagación, que el Estudio arroje los elementos de juicio suficientes para modificar, si así lo consideran las autoridades, la actual política de precios de medicamentos.

Con este objetivo final en mente, el estudio dedicó parte de los recursos disponibles a la evaluación del alcance y posible impacto de las políticas de control sobre el comportamiento de los precios y sobre la demanda en el mercado nacional en el período 1994 – 2004; y, con base en esta experiencia y en los análisis realizados, presentamos, como propuesta de ECONOMETRÍA a los gremios de la producción y al Gobierno Nacional, el marco conceptual y metodológico que consideramos debe orientar la política de regulación de precios de medicamentos en el futuro.

La presentación de este estudio está organizada de la siguiente manera:

El Capítulo 1. Presenta la caracterización del sector de medicamentos en Colombia en términos de los agentes que intervienen en él por el lado de la oferta y la demanda, de las tendencias del mercado en los diferentes segmentos considerados y el entorno en el cual se ha desarrollado en los últimos 10 años, tanto en términos del marco macroeconómico general y de políticas sectoriales en el cual se inscribe, como en términos de los importantes cambios que han ocurrido por el lado de la demanda, con el gran avance de cobertura que ha tenido la seguridad social en salud en este período, especialmente para los segmentos más pobres de la población; teniendo en cuenta los efectos que estas transformaciones han tenido sobre la estructura industrial del sector y sobre los canales de distribución para llegar a nivel del consumidor final. Entre los productos de este análisis se encuentran la caracterización de la industria farmacéutica con sede en el país, el estimativo del posible tamaño del mercado nacional de medicamentos y la segmentación de la oferta por tipo de laboratorio.

El Capítulo 2. Se ocupa de describir el importante papel que juega la cadena de distribución y comercialización de medicamentos en la formación de precios al consumidor final. Para ello se tienen en cuenta tanto las estructuras de intermediación existentes y su evolución en la última década, como los hábitos de formulación y patrones de compra de medicamentos por parte del consumidor final, o su agente el médico. Como producto final de este análisis figuran los estimativos que podemos hacer de los márgenes, descuentos o diferenciales de precios de compra de canastas de medicamentos éticos entre los dos segmentos de mercado considerados (minoristas privados y sector institucional) y en diferentes puntos de la cadena de distribución, hasta llegar a nivel del consumidor final. Se concluye que a nivel de los grandes compradores del sector institucional, los ahorros en la compra de medicamentos que se pueden obtener con mecanismos transparentes que den igualdad de oportunidades a todos los oferentes, permitirían tener más recursos para gastar en otros insumos del proceso de atención en salud (médicos y paramédicos, material médico-quirúrgico, equipos y ayudas diagnósticas, infraestructura, etc.) o reducir los costos totales de atención y, eventualmente, en el caso del SGSSS, la UPC que se les reconoce a los aseguradores. El beneficio para el usuario final se podría traducir en una mayor calidad y eficacia de la atención en salud o en una mayor cobertura del aseguramiento o en una combinación de ambos.

El Capítulo 3. Se ocupa fundamentalmente de describir las dinámicas de formación de precios en diferentes segmentos del mercado nacional y la influencia sobre estas dinámicas del grado de competencia que existe en los “mercados relevantes”; pero también compara los niveles de precios de medicamentos en Colombia, con los precios en otros cinco países Suramericanos (Venezuela, Ecuador, Perú, Chile y Argentina), para identificar posibles influencias de factores macroeconómicos, o de cobertura del aseguramiento y de la atención en salud, sobre estas dinámicas de precios. Una de las conclusiones centrales de este análisis es que la gran dispersión de precios observada no tiene, sin otros elementos de juicio, implicaciones regulatorias; y que para su análisis riguroso se requiere separar los costos de desarrollo de las moléculas que ese usan como materia prima, de los costos de fabricación de los productos que las usan, por un lado; y separar los costos ex-fábrica o de importación, de los costos de distribución y comercialización de los productos, no solo en términos del valor agregado en la logística, almacenamiento, transporte, dispensación y servicios al cliente en toda la cadena, sino también en términos de los altísimos costos en que incurren los laboratorios en la promoción y comercialización de sus productos.

El Capítulo 4. Se ocupa de la estructura industrial e institucional que han desarrollado los agentes de oferta y demanda que actúan en el mercado y los grados de competencia o concentración que estas estructuras generan, medidos por varios indicadores. El punto de partida para este análisis es la segmentación del mercado en dos grandes categorías: los medicamentos del segmento popular o libre, que no requieren formulación médica para su venta y los medicamentos llamados éticos, que requieren formulación médica. La situación de competencia y la formación de precios en el segmento popular o libre se analizan en forma separada del resto. Este segmento es 100% atendido por el sector minorista privado.

Por otro lado, el mercado de medicamentos éticos se desagrega en dos grandes segmentos de demanda: i) el sector minorista de droguerías privadas, que venden directamente al consumidor final, y ii) el sector institucional de aseguradores y prestadores de servicios (EPS/ARS, Medicina Prepagada, otros seguros privados e IPS, integradas por los hospitales y clínicas públicas y privadas), que conforman el sistema de atención en salud a nivel nacional. De aquí en adelante, todo el análisis gira en torno a los medicamentos éticos, en los dos segmentos de mercado considerados: el sector ventas minoristas en droguerías y el sector institucional.

Los principales productos de este capítulo son: i) un análisis de los grados de competencia existente entre oferentes en el sector minorista de droguerías privadas, tanto para el segmento popular como para el segmento ético del mercado; este último clasificado por clases terapéuticas y por principios activos o moléculas, como dos aproximaciones a lo que sería el “mercado relevante” para identificar, en un primer nivel de seguimiento, posibles posiciones dominantes de los oferentes, que sugieran la necesidad de una vigilancia particular para propósitos regulatorios; y ii) un análisis de las condiciones de competencia existentes en el segmento institucional del mercado, donde se demuestra que las dinámicas de la formación de precios en este segmento son muy diferentes a las existentes en el sector minorista privado y por lo tanto, requirieron tratamientos diferentes en materia de regulación de precios, y más bien sus acciones deben estar dirigidas hacia el conocimiento y medición en los procesos de contratación, de forma tal que se garanticen suficientes condiciones de transparencia e igualdad de oportunidades a todos los oferentes.

El Capítulo 5. Se ocupa del producto final de esta consultoría; es decir, de las recomendaciones al Gobierno y la presentación a los gremios de la producción, de los elementos conceptuales, teóricos y metodológicos en que, según nuestro concepto, se debería fundamentar la regulación de precios en el sector; y, en términos más generales, los mecanismos de seguimiento, vigilancia, inspección y control que se deberían adoptar para la regulación de precios en el sector, para la regulación de los procesos de compra en el sector institucional, para la regulación de la calidad de los medicamentos ofrecidos y las políticas de fomento a la producción o importación de productos genéricos que se deberían adoptar de las relaciones comerciales del país con el resto del mundo. Se muestra en este capítulo que un paquete más integral de la acción pública, como el que se propone, podría lograrse simultáneamente la conciliación de los intereses de los productores y los consumidores en un escenario de crecimiento y desarrollo del sector farmacéutico y de la seguridad social en salud. En este escenario, el documento señala el papel que le cabe a la regulación de precios en un país pequeño como Colombia, en el contexto más amplio de la globalización mercado.

Finalmente, toda la presentación detallada del desarrollo de los diferentes temas tratados se encuentra en anexos, para que el lector que quiera, pueda entrar en más detalle sobre los elementos de juicio y las metodologías que sustentan nuestras recomendaciones finales.

Anexo 1. La política de Precios de Medicamentos

Anexo 2. Caracterización de la Industria Farmacéutica Nacional

Anexo 3. Lista de Clases Terapéuticas

Anexo 4. Actores en la Cadena de Distribución y Comercialización.

Anexo 5. El Caso de las Fluorquinolonas

Anexo 6. Lista de Productos por Modalidad de Control

Anexo 7. Sistema de Información del Mercado Farmacéutico

CAPÍTULO 1

CARACTERIZACIÓN DEL SECTOR

1.1 EVOLUCIÓN DEL MERCADO EN LOS ÚLTIMOS DIEZ AÑOS

En los últimos 10 años el mercado nacional de productos farmacéuticos ha experimentado tres grandes transformaciones en su estructura. Por el lado de la oferta se ha reducido el número de laboratorios extranjeros con plantas en el país y ha aumentado el número de laboratorios nacionales; esto ha sido acompañado por una mayor apertura externa del sector, con aumento tanto en la tasa de penetración de importaciones, como en la tasa de apertura exportadora. Por el lado de la demanda ha habido un crecimiento muy significativo en la cobertura del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), que se ha reflejado en un incremento en la participación de genéricos de menor costo en la demanda total, a costa de productos de marca más costosos, lo que ha conducido a un cierto estancamiento del valor de las ventas, a pesar de un aumento significativo en las unidades de dosis vendidas.

Una aproximación a la estimación de la evolución de la demanda en los últimos diez años por productos farmacéuticos de consumo humano en Colombia, tanto producidos en el país como importados, se puede obtener de las cifras sectoriales reportadas por el DANE. Por un lado, se tiene las cifras de comercio exterior (importaciones CIF y exportaciones FOB de productos terminados) para 1995-2004; y por el otro se tienen las cifras de producción bruta, a precios al productor, de la Encuesta Anual Manufacturera para el período 1995-2002. El consumo aparente (producción bruta + importaciones CIF – exportaciones FOB) es una medida adecuada del tamaño de la demanda nacional por productos farmacéuticos¹. El consumo aparente para el año 2004 se estimó sobre la base de los cálculos de IMS², y el año 2003 se interpoló, con el supuesto de que el tamaño del mercado en ese año era apenas el 97.5% del cálculo IMS. La producción bruta se estimó para estos dos años a partir de las cifras estimadas del consumo aparente nacional, sumando el saldo neto de comercio exterior (exportaciones FOB – importaciones CIF).

¹ El cálculo de consumo aparente realizado no consideró, por falta de información, el efecto del cambio de inventarios de un año a otro. Por lo tanto, las cifras presentadas están sujetas a un error coyuntural por este concepto.

² IMS además de reportar las ventas al distribuidor minorista privado, solicita todos los años información a los laboratorios sobre la proporción de las ventas al sector institucional y al resto del mercado (sector minorista privado que vende en droguerías) y, con base en las ventas finales en este último sector por laboratorio, estima el tamaño global del mercado sumando las ventas totales de cada laboratorio, calculadas como: ventas minoristas/% de ventas totales a minoristas. Para el cálculo del tamaño global del mercado se dividió el valor de las ventas a minoristas a precios de minorista, reportadas por el IMS para el 2004, por 1.15, como indicador del margen promedio del distribuidor mayorista, para poner las ventas minoristas a precios del productor y poder compararlas con el valor de la producción bruta y con las cifras de comercio exterior.

Los cálculos del tamaño del mercado farmacéutico colombiano (convertidos a US dólares constantes de diciembre de 2004) se presentan en el Cuadro 1.1. Para el año 2004, el tamaño de este mercado fue del orden de US\$1,116 Millones y en el último decenio ha crecido en dólares constantes a una modesta tasa promedio de 2.4% por año, pero con grandes fluctuaciones de un año a otro. Por otro lado, el comercio exterior de productos terminados ha crecido a tasas mucho más altas (10.8% las importaciones y 8.8% las exportaciones), lo que muestra la gran apertura que ha tenido este sector en la última década, como una expresión más de la globalización de la economía colombiana. Este fenómeno tiene una gran importancia para la formación de precios de los medicamentos en el mercado interno, como se verá más adelante.

CUADRO 1.1
TAMAÑO DEL MERCADO
CONSUMO APARENTE Y SUS COMPONENTES
1995 – 2004 /a

Valores en Millones de Dólares Constantes de 2004										
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Producción Bruta (Q)	1,535	1,521	1,569	1,569	1,222	1,208	1,215	1,172	1,000*	1,166*
Importaciones de Bienes terminados (MT) /1	149	193	247	348	297	308	336	355	340	335
Exportaciones de Bienes Terminados (XT) /2	105	141	196	211	185	214	248	235	206	200
Consumo Aparente – DANE (C = Q + MT - XT)	1,579	1,573	1,621	1,706	1,334	1,302	1,303	1,292	1,135*	1,302*
Importaciones de Insumos (MI) /3	65	67	85	85	64	67	66	64	63	83

Fuente. DANE – Cálculos Econometría S.A.

* Estimaciones Econometría SA.

/1 Valores CIF – Con base en la clasificación de partidas arancelarias de la Cámara Farmacéutica de la ANDI.

/2 Valores FOB – Con base en la clasificación de partidas arancelarias de la Cámara Farmacéutica de la ANDI.

/3 Valores CIF – Con base en la clasificación de partidas arancelarias de la Cámara Farmacéutica de la ANDI. Incluye importaciones de materia prima y productos semiterminados.

La intensidad de esta apertura del sector a la competencia internacional en la última década está ilustrada por los indicadores de competitividad mostrados en el Cuadro 1.2. Por un lado, la producción nacional, tanto de laboratorios nacionales como extranjeros, localizados en el territorio nacional, que en 1995 abastecían 90.6% del mercado interno, en el 2004 sólo abastecían 74.3%. En contrapartida, las importaciones de productos terminados, que en 1995 abastecían 9.4% del mercado, en el 2004 abastecían 25.7%. Al mismo tiempo, la apertura exportadora también ha sido muy significativa: Mientras en 1995 sólo se exportaba 9.4% de la producción nacional, en el 2004 se exportó 17.1%, tasa que hubiera sido más alta si no hubiera habido revaluación en el 2004, como muestra la cifra de 20.6% alcanzada en 2003.

Esta apertura al comercio exterior es en parte un reflejo de la relocalización de la producción a nivel regional de los laboratorios internacionales; y en parte del aumento de la demanda por genéricos para complementar la producción nacional. Los principales orígenes de las importaciones son Europa (43.4%), otros países de América Latina, como Argentina, Brasil, México y Venezuela (29.7%), Estados Unidos (11.9%), y Asia, India y China (5.9%). Mientras en 1995 tenían plantas en Colombia 32 laboratorios internacionales y 100 laboratorios nacionales, en 2004 quedaban 12 laboratorios internacionales con plantas en Colombia y los laboratorios nacionales habían aumentado a 126 (Ver Anexo 1).

Por otro lado, la importación de materias primas (moléculas) y productos semi terminados representa una baja proporción del valor de la producción bruta, aunque el coeficiente de importaciones de insumos ha venido aumentando. De este total de importaciones los productos semi terminados representaron en 2004, 78% del total de importación de insumos de la producción; adicionalmente, este porcentaje viene aumentando en los últimos 10 años (en 1995 era de 66%). Esta relación es un indicador de las transformaciones que se vienen operando en la industria farmacéutica, que han llevado a un menor valor agregado por unidad de producción. Con la salida de muchos laboratorios internacionales a fines de la década pasada y con la entrada marginal de muchos pequeños laboratorios nacionales en toda la década, en el sector como un todo se ha reducido la presencia de procesos manufactureros más integrales, en que el laboratorio importa la materia prima y fabrica el producto final y ha aumentado la participación de procesos en que se importan bienes semi terminados y se le agrega muy poco valor, en la forma de excipientes, empaque, etc., sin entrar en la manufactura del producto como tal.

CUADRO 1.2
APERTURA DEL SECTOR
INDICADORES DE COMPETITIVIDAD DEL SECTOR FARMACÉUTICO
1995 – 2004

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
Tasa de Penetración de la Producción Nacional ((Q - XT)/C)	90.6%	87.7%	84.8%	79.6%	77.7%	76.3%	74.2%	72.5%	70.0%*	74.3%*
Tasa de Penetración de Importaciones (MT/C)	9.4%	12.3%	15.2%	20.4%	22.3%	23.7%	25.8%	27.5%	30.0%*	25.7%*
Tasa de apertura exportadora (XT/Q)	6.8%	9.3%	12.5%	13.5%	15.1%	17.7%	20.4%	20.0%	20.6%*	17.1%*
Coeficiente de importación de insumos (MP/Q)	4.2%	4.4%	5.4%	5.4%	5.3%	5.5%	5.4%	5.4%	6.3%*	7.2%*

Fuente. DANE – Cálculos Econometría SA.

* Estimaciones Econometría SA.

1.2 INDICADORES GENERALES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

En el Cuadro 1.3 de la página siguiente, se muestran los indicadores generales de la producción de la industria farmacéutica localizada en el territorio nacional, para el período posterior a 1994, según la reporta el DANE en la Encuesta Anual Manufacturera. Vale la pena destacar varios resultados:

En primer término, entre 1995 y 1997 el empleo directo generado por el sector se redujo en cerca de 1,500 personas, una caída de 7.8%, con respecto al empleo existente en 1995, a pesar de que el número de laboratorios pasó de 132 a 135 en el mismo período. En el 2002 el sector generó los mismos empleos que ya había alcanzado en 1997. Esto condujo a un aumento en la productividad laboral (VA/trabajador) que se mantuvo hasta el 2002.

Posteriormente, entre 1997 y 1999 se redujo el número de laboratorios existentes de 135 a 118, en parte explicado por el cierre de cerca de 20 plantas de laboratorios multinacionales, que se localizaron en otros países para abastecer desde allí la demanda regional o subregional; paralelamente, como resultado de la caída en la demanda agregada en la economía, la producción tuvo una contracción de 4.3%, similar a la caída de la demanda agregada en ese período. En los años posteriores, tanto el número de laboratorios como la producción se han recuperado y en el 2002 ya habían superado los niveles alcanzados en 1995. El crecimiento global de la producción entre 1995 y 2002, sin embargo, fue muy lento, 1.2% por año. Esto se explica por la caída de la producción de productos de marca más costosos, compensada parcialmente por el aumento de la producción de genéricos de menor costo.

En términos de la estructura de costos se observan dos fenómenos que vale la pena destacar: Por un lado, el valor agregado como proporción del valor de la producción bruta se redujo en 2001-2002, con respecto a los niveles observados en 1995-1999. Esto significa que los costos de los insumos intermedios, entre ellos la materia prima para la producción de medicamentos (principios activos), aumentaron con relación al valor de la producción bruta. Por otro lado, el personal dedicado a administración y ventas, como proporción del empleo total es muy alto, llegó a 53.3% en 1997, y aunque esta proporción cayó en 2001 y 2002, sigue siendo muy alta en comparación con otros sectores. En 2002 la remuneración de este personal representó 60.7% de la remuneración total al personal y 10% del valor de la producción bruta. Este resultado es preocupante, en la medida en que incrementa el costo total de los medicamentos producidos por ellos, contribuyendo a incrementar el precio con que llegan al consumidor final.

CUADRO 1.3
INDICADORES GENERALES DE LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA
(PRECIOS DE DICIEMBRE DE 2004)

	1995	1997	1999	2001	2002	2003
No de establecimientos /4	132	135	118	127	134	138
Producción Bruta /1	2,840.2	2,879.7	2,754.0	3,151.9	3,089.0	ND
Valor Agregado /1	1,729.1	1,797.3	1,705.4	1,854.0	1,833.0	ND
Remuneración al personal /1	571.7	539.4	498.8	507.8	511.7	ND
Personal Ocupado /2	19,292	17,778	16,928	17,935.0	17,837	ND
Personal en Ventas y Administrativo /2	10,213	9,474		8,021	8,347	ND
Valor Agregado / Producción	60.9%	62.4%	61.9%	58.8%	59.3%	ND
Valor Agregado Mensual por empleado /3	7.5	8.4	8.4	8.6	8.6	ND
Remuneración al personal / Valor Agregado	33.1%	30.0%	29.2%	27.4%	27.9%	ND
Personal en Ventas y Administrativo / Personal Ocupado	52.9%	53.3%		44.7%	46.8%	ND
Remuneración al personal en ventas y administrativo / Remuneración al personal	62.0%	58.9%	60.2%	60.7%	60.7%	ND
Remuneración al personal en ventas y administrativo / Valor de la producción	12.5%	11.0%	10.9%	9.8%	10.0	ND

Fuente. Encuesta Anual Manufacturera – DANE, Cálculos Econometría S.A.

/1 Miles de millones de pesos de diciembre de 2004

/2 No de personas

/3 Millones de pesos de diciembre de 2004

/4 Para el año 2003 la fuente es la Nota Económica.

1.3 CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA DE LA DEMANDA

Por el lado de la demanda de medicamentos en el mercado nacional, el hecho más importante que ha ocurrido en la última década ha sido la reforma al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) plasmado en la Ley 100 de diciembre de 1993. Dos han sido los grandes aportes de esta reforma: i) el crecimiento notable de la cobertura del aseguramiento en salud, y ii) la introducción del Plan Obligatorio de Salud, conocido como POS, que en términos de la demanda por medicamentos significó una reducción considerable de los medicamentos demandados al interior del sistema, frente al universo de productos y formas de presentación existentes en el mercado; y un desplazamiento de la demanda hacia productos genéricos de menor costo, cuando ello era posible.

En primer término nos referiremos al aumento de cobertura del aseguramiento y, posteriormente a la introducción del POS.

El SGSSS estableció tres regímenes diferentes de aseguramiento: el Régimen Contributivo (para asalariados y otras personas con capacidad de pago), el Régimen Subsidiado (para personas de escasos recursos clasificadas en los niveles 1 y 2 del Sisbén) y los regímenes especiales de las FFAA, la Policía Nacional, el Magisterio, ECOPETROL y algunas otras entidades públicas, para atender a sus propias clientelas. La ley estableció la obligación de lograr cobertura universal, lo cual no se ha alcanzado hasta el momento, pero la expansión

de cobertura si ha sido muy grande. En 1993 la cobertura del sistema escasamente superaba 22% de la población y estaba casi totalmente concentrada en la población asalariada formal, con contrato de trabajo y patrón que respondiera por ella. La expansión de la cobertura en esta población ha sido limitada, pero la cobertura del resto de la población no afiliada ha sido enorme.

Como indica el Cuadro 1.4, en el año 2000 la cobertura ya había alcanzado 57.2% de la población: 31.7% en el régimen contributivo, 22.5% en el régimen Subsidiado y 3.1% en regímenes especiales. Entre 2000 y 2004 la cobertura del régimen Contributivo aumentó muy poco, pero la del régimen Subsidiado ganó 12.2 puntos porcentuales, cubriendo 34.3% de la población; y los regímenes Especiales ganaron 0.8 puntos porcentuales, por el crecimiento de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional. En el 2004 la Seguridad Social en Salud cubría 70.2% de la población, con 31.8 millones de personas aseguradas. Esto significa que en 2004 sólo quedaban unos 13.5 millones de personas no afiliadas a la Seguridad Social en Salud, menos de 30% de la población total.

CUADRO 1.4
AFILIACIÓN AL SGSSS

TIPO DE RÉGIMEN	2000	%	2002	%	2004	%
Contributivo /1	13,409,000	31.7%	13,165,000	30.0%	14,460,000	31.9%
Subsidiado	9,511,000	22.5%	11,444,000	26.1%	15,553,000	34.3%
Sub-total SGSSS	22,920,000	54.2%	24,609,000	56.1%	30,013,000	66.2%
Regímenes Especiales (FFAA, Policía, Magisterio, ECOPETROL)	1,300,000	3.1%	1,463,000*	3.3%	1,789,000	3.9%
Población Afiliada	24,220,000	57.2%	26,072,000	59.5%	31,802,000	70.2%
Población Total	42,321,000	100.0%	43,834,000	100.0%	45,325,000	100.0%
Población No Afiliada /2	18,101,000	42.8%	17,762,000	40.5%	13,523,000	29.8%
% Cobertura	57.2%		59.5%		70.2%	

Fuente. Ministerio de Protección Social – Dirección General de Seguridad Económica y Pensiones; y Proyecciones de Población DANE.

* Estimado

/1 Un 5% no usa los servicios de EPS, sino que usa MP y otros seguros o servicios de salud privados.

/2 Un 85% atiende a la Red Pública de Salud y el 15% restantes a IPS privadas

El SGSSS está organizado alrededor de los aseguradores que son las EPS, en el RC, las ARS en el RS y los fondos de salud en los regímenes especiales. Muchas de estas entidades tienen sus propias Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud, o IPS (hospitales, clínicas y centros de atención), aunque el sector privado independiente y el sector público, este último a través de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud, manejan la gran mayoría de las IPS existentes y subcontratan con los aseguradores la prestación de servicios, especialmente los de hospitalización y cirugía. De la población no afiliada, cerca de 85% es atendida por la red pública de hospitales y centros de atención, en manos de los Departamentos y Distritos, red en la cual los hospitales más grandes y algunas redes locales, se han constituido en ESEs (Empresas Sociales del Estado), con un alto grado de

autonomía en sus compras. Algo similar ha ocurrido con la escisión del ISS en una EPS y una red de 7 ESEs regionales para prestar servicios de salud.

De acuerdo con cálculos de Econometría, la red pública de salud atiende aproximadamente 85% de los no afiliados al SGSSS, especialmente los más pobres, a 60% de los afiliados al Régimen Subsidiado y a 10% de los afiliados al régimen Contributivo. Adicionalmente, el ISS, como asegurador público, atiende 100% de su clientela en las ESEs escindidas y los regímenes especiales, públicos, atienden en sus propias IPS a cerca del 70% de su clientela. Por otro lado, cerca de 5% de los afiliados al régimen contributivo y otros no afiliados, no usan la red de EPS/IPS sino que están afiliados a sistemas privados de medicina prepagada (MP), pólizas de hospitalización y cirugía o pagan de su bolsillo la atención de salud en IPS privadas, son aproximadamente 2.7 millones de personas. Esto significa que la red pública de salud, incluyendo al ISS y los regímenes Especiales, atienden a cerca de 56% de la población nacional y las IPS o seguros de salud del sector privado atienden al 44% restante.

El gran aporte del SGSSS fue la cobertura de los procesos de hospitalización y cirugía para la población afiliada, que es lo más costoso de la atención en salud. Estos procesos, sin embargo tienen una baja incidencia en la población total. De acuerdo con la encuesta de Calidad de Vida del DANE en 2003 (ECV-DANE-2003), la probabilidad de hospitalización en los últimos 12 meses para la población en general es de 6.56%. Esto contrasta con la probabilidad de tener problemas de salud que no impliquen hospitalización, que, de acuerdo con la misma fuente, tiene una incidencia mensual en la población total de 11.5%. A raíz de este problema de salud 7.95% de la población consulta al mes a un médico o institución de salud y 0.5% consulta a un boticario o farmaceuta. Esto significa que en doce meses habría cerca de 0.954 consultas al médico/habitante y cerca de 0.06 consultas al boticario o farmaceuta/habitante; es decir habría 1.01 consulta/habitante-año. Es decir, que en un año hay 15.4 consultas externas por cada hospitalización. Naturalmente los costos de atención y de medicamentos por hospitalización son mucho mayores, en promedio, que los costos de atención y medicamentos de una consulta externa, pero el sistema de aseguramiento promedia estos dos tipos de eventos, de forma tal que toda la población asegurada financia con sus contribuciones o con los subsidios del Estado la atención de los tratamientos más costosos. La población no afiliada es atendida en una alta proporción, como ya se señaló, por la red pública de salud, con niveles de atención que en las grandes ciudades pueden no estar muy por debajo de los que recibe la población afiliada, pero que en el resto del país sí son mucho más bajos, como lo testifica la ECV-DANE-2003.

La alta cobertura alcanzada por la seguridad social en salud y el mejoramiento de la atención en salud de la población no afiliada, al menos en las grandes ciudades, colocan a Colombia como un país de avanzada en la atención en salud, que tiene importantes implicaciones para la demanda de medicamentos, como se discutirá más adelante.

Una de estas implicaciones está asociada con la introducción del POS, que es muy similar en todos los regímenes, que tuvo como consecuencia una drástica reducción en el espectro de presentaciones y principios activos (moléculas) demandados por el SGSSS y de clases

terapéuticas atendidas, como muestra el Cuadro 1.5. Del total de cerca de 14,000 presentaciones existentes en el mercado, según IMS³, el POS lista 618 productos, con un total de 3.741 presentaciones diferentes, que representan 27% del total. De 1.447 principios activos existentes en el mercado, el POS sólo incluye 420, 29%; y del total de 259 clases terapéuticas de tercer nivel, consideradas por IMS, según la clasificación ATP, el POS sólo atiende 197, el 76%. Esto significa que cerca de 71% de los principios activos diferentes existentes en el mercado no son demandados por el POS y 24% de las clases terapéuticas no son atendidas por el SGSSS. El recorte más grande fue en formas farmacéuticas o presentaciones del mismo producto, para las cuales el POS ha tratado de escoger las que tuvieran mayor bio disponibilidad para las patologías más frecuentes. Esta reducción del espectro puede tener importantes ahorros en términos de los gastos de promoción y venta de los laboratorios, como ya se nota en la proporción del personal asignado a estas funciones.

Por otro lado, en la selección de los medicamentos POS, que cubren los medicamentos básicos requeridos en usos ambulatorios, hospitalarios y especializados y en programas especiales (salud pública y otros)⁴, se ha tenido en cuenta la relación efectividad / costo de los medicamentos. Esto ha llevado a privilegiar la compra de productos de bajo costo en el SGSSS, dentro de las moléculas y presentaciones incluidas en el POS.

CUADRO 1.5
EFFECTO DE LA REDUCCIÓN DEL ESPECTRO DE MEDICAMENTOS
DEMANDADOS POR EL POS /1

	IMS	POS /2	% POS	% No POS
Presentaciones	14,022	3,741	27%	73%
Principios Activos	1,447	420	29%	71%
Clases terapéuticas de 3er Nivel	259	197	76%	24%

Fuente: IMS y acuerdo 228.

/1 POS son lo productos incluidos en el Acuerdo 228

IMS son los productos vendidos en el sector de minoristas privados de droguerías en el quinquenio 2000 – 2004. Algunas presentaciones pueden haber salido del mercado en los últimos 5 años.

/2 El POS especifica 420 principios activos con una o más presentaciones especiales para cada uno lo que suma el total de 618.

Por esta razón, el POS genera fuertes incentivos a la producción o importación de genéricos de la molécula original de menor costo y esos incentivos han funcionado en la última década, como lo ilustran el fuerte crecimiento de las importaciones de productos terminados, ya discutida, y la expansión de la producción de genéricos por parte de los laboratorios nacionales y de su importación desde terceros países.

³ Ver Anexo 2 Lista de Clases Terapéuticas

⁴ El universo de productos de IMS, sólo incluye los productos vendidos en droguerías; excluye, por lo tanto, medicamentos de uso exclusivamente hospitalario, que no se venden en droguerías; este conjunto, sin embargo, debe ser un número pequeño de moléculas y presentaciones. Por otro lado, el POS, vía tutelas, incluye otros medicamentos a los considerados por el Acuerdo 228, que es el que rige la selección. Ver Anexo 3 Lista de Clases Terapéuticas.

Efectivamente, la Ley 100 ha incentivado la entrada de nuevos productos de laboratorios nacionales no innovadores y productos importados de laboratorios extranjeros no innovadores al mercado de productos éticos en la última década. También los laboratorios innovadores han introducido nuevos productos al mercado, pero en menor proporción.

Estos resultados están ilustrados en el Cuadro 1.6, que muestra la distribución de los productos vendidos en el sector privado de droguerías en el último quinquenio, por fecha de entrada del producto al mercado⁵.

En primer lugar, de los 7103 productos indagados, el 87% corresponden a productos del segmento ético, que requieren formulación médica y 13% son productos del segmento popular, de venta libre (conocidos como OTC por su expresión en inglés “over the counter”). De estos últimos, cerca de 40% se introdujeron al mercado colombiano antes de 1970 y cerca de 60% se introdujeron antes de 1990; es decir, son productos que en su mayoría tienen más de 25 años de antigüedad en el mercado. De los productos éticos, por el contrario, el pico de ingreso al mercado está en el quinquenio 1995-1999, cuando entró 31.1% de los productos actualmente vendidos y en el quinquenio 2000-2004, 26.3%. En otras palabras, después de la Ley 100 ha entrado 57.4% de los productos éticos vendidos en droguería en el último quinquenio.

En segundo lugar, cuando se observan las ventas en el mercado de productos de diferente origen, se encuentra que 66% corresponden a productos de laboratorios nacionales, 10% a productos de laboratorios extranjeros no innovadores, que en total suman 76%, y, 23% restante son productos de laboratorios internacionales innovadores, algunos de ellos con plantas en el país. Es decir, el mercado nacional está fuertemente sesgado hacia productos de laboratorios no innovadores, más baratos.

En tercer lugar, cuando se observan las distribuciones por fecha de entrada al mercado nacional de productos de diferente origen, se encuentra que los productos de laboratorios internacionales innovadores tuvieron su pico de entrada en el periodo 1970-1989 (31.6%), mientras que los productos de laboratorios no innovadores lo tuvieron en el quinquenio 1995-1999, después de la Ley 100. Sumando los productos ingresados al mercado en el decenio 1995-2004, los laboratorios nacionales no innovadores introdujeron cerca de 60% de los productos que actualmente venden; y los laboratorios extranjeros no innovadores introdujeron en ese período más de 50% de lo que actualmente venden; mientras que los laboratorios internacionales innovadores solo introdujeron en los últimos 10 años cerca de 36% de los productos que actualmente venden. Ver Anexo 1 “Caracterización de la Industria Farmacéutica Nacional”.

⁵ Ver Anexo 1 Caracterización de la Industria Farmacéutica Nacional.

CUADRO 1.6

**FECHA DE ENTRADA AL MERCADO DE PRODUCTOS DE VENTA EN DROGUERÍAS SEGÚN
SEGMENTO DE OFERTA**

SEGMENTO DE OFERTA	TOTAL PRODUCTOS	(%)	FECHA DE ENTRADA				
			ANTES DE 1970	1970-1989	1990-1994	1995-1999	2000-2004
Mercado Ético	6.187	(87%)	8.9%	16.0%	17.6%	<u>31.1%</u>	26.3%
Mercado popular	916	(13%)	<u>39.7%</u>	21.1%	17.0%	12.4%	9.7%
Laboratorios Internacionales innovadores	1.626	(23%)	18.9%	<u>31.6%</u>	13.6%	22.6%	13.3%
Laboratorios Internacionales no innovadores	673	(10%)	11.3%	17.2%	20.5%	<u>27.0%</u>	23.9%
Laboratorios Nacionales	4.681	(66%)	10.2%	11.6%	18.3%	<u>31.3%</u>	28.6%
TOTAL MERCADO	7.103	(100)	12.8%	16.7%	17.6%	<u>28.7%</u>	24.6%

Fuente: IMS, Cálculos Econometría S.A.

No se tienen información directa sobre las ventas de productos farmacéuticos en el segmento Institucional del mercado. Sin embargo, si se cruza la información del consumo aparente del DANE, con las ventas a droguerías reportadas por IMS, se pudo tener, por residuo un estimativo del tamaño de las ventas al sector institucional. Estos cálculos se presentan en el Cuadro 1.7, que muestra la segmentación del mercado en sus dos grandes tipos, el detallista en droguerías y el Institucional. A pesar de que las cifras indican una reducción en valores del mercado institucional la realidad es que se ha fortalecido gracias a la capacidad de negociación que ha permitido extraer excedentes del productor y que, además, debe traducirse en mayor cobertura y calidad de sus servicios.

CUADRO 1.7

**SEGMENTACIÓN DEL MERCADO FARMACÉUTICO POR TIPO DE COMPRADOR
(2000 - 2004) /1**

	2000	2001	2002	2003	2004
MERCADO TOTAL	1,302	1,303	1,292	1,135	1,302
Ventas Sector Detallista /2	784	808	828	758	891
Ventas Sector Institucional	518	495	464	377	410
Participación sector institucional	39.8%	38.0%	35.9%	33.2%	31.5%

Fuente: Interdata – IMS, Cálculos Econometría S.A.

/1 Valores en Millones de dólares constantes de Diciembre de 2004

/2 Las ventas IMS se deflataron por el 15% para ponerlas a precio de distribuidor mayorista.

CAPÍTULO 2

PAPEL DE LA DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN EN LA FORMACIÓN DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS

Los agentes intermediarios para la comercialización de productos farmacéuticos cumplen una función fundamental dentro de la cadena productiva. En el sector farmacéutico su labor descansa en la necesidad de garantizar la presencia en el mercado de todos los medicamentos en condiciones de calidad, cantidad y oportunidad de una manera eficiente. Los intermediarios eficientes agregan valor a la cadena productiva, los ineficientes encarecen los productos y perjudican a los consumidores finales.

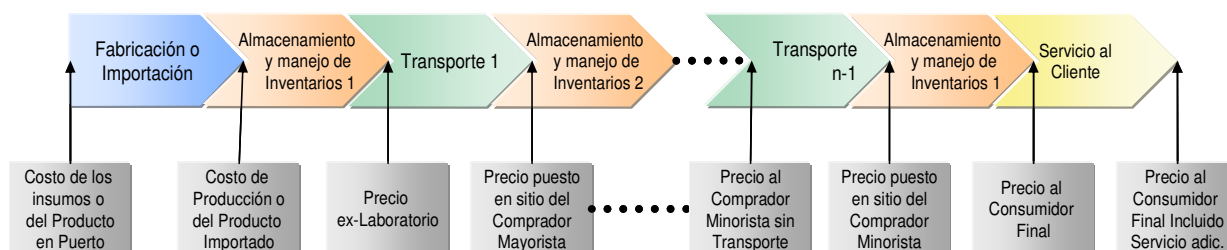
En Colombia, como en muchos países, los canales de distribución han venido evolucionando positivamente y cada vez es mayor el nivel de especialización con que cumplen los objetivos de abastecimiento a todo lo largo y ancho de la geografía nacional.

2.1 CREACIÓN DE VALOR EN LA CADENA LOGÍSTICA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

2.1.1 LA CADENA LOGÍSTICA EN EL SECTOR DE MEDICAMENTOS

La comercialización de medicamentos representa un buen ejemplo de la dinámica de creación de valor en la cadena logística tanto por el nivel de competencia que se presenta como por el dinamismo de las estructuras. El siguiente diagrama presenta un prototipo de proceso de agregación de valor asociado a la cadena logística para la comercialización de medicamentos.

DIAGRAMA 2.1



La cadena se compone de una serie de actividades que van desde la fabricación del medicamento hasta su utilización por el consumidor final.

2.1.1.1 Formación de precios en la Cadena Logística

El precio al cual vende el laboratorio (ex fábrica) tiene dos componentes:

- El costo de ex fábrica del medicamento, o el costo de importación y transporte hasta el sitio principal de almacenamiento, en el caso de los importadores. Para los laboratorios innovadores los costos de fabricación a partir de los principios activos son una proporción pequeña de este costo. Para todos los productores, una componente muy importante de este costo es el gasto en promoción de sus productos. Para productos recientes de laboratorios innovadores, pesan mucho los costos de investigación y desarrollo del principio activo que utilizan, que se difieren durante la vida productiva del medicamento, y que incide más sobre el precio unitario entre menor sea el tamaño de su mercado a nivel mundial⁶; los laboratorios no innovadores, o productos que ya han recuperado estos costos, y que no incurren en estos gastos, pueden salir al mercado con precios más bajos.
- El costo logístico de manejo de inventarios, que en la mayoría de los casos puede reducirse al almacenamiento de materias primas, producto en proceso, y producto terminado, con las condiciones de temperatura, humedad, iluminación y demás condiciones necesarias para el mantenimiento de la calidad. Sin embargo en algunos casos el laboratorio podría preferir subcontratar el manejo de estos inventarios con un tercero si el costo que ello implica es menor que el que tendría que incurrir para hacerlo por cuenta propia. El laboratorio o el importador pueden reducir este componente de costo con una adecuada planeación de la producción y de la compra de insumos, así como una buena coordinación e intercambio de información entre el área comercial y las áreas involucradas en el resto del proceso.

Los siguientes eslabones en la cadena logística dependen mucho de la ubicación final de la demanda, en cuanto a cercanía de los centros de producción, volúmenes demandados, y dificultades de acceso para el transporte. Para que llegue un medicamento desde el laboratorio a un sitio de difícil acceso con poco volumen de demanda, posiblemente pasará por varios puntos de almacenamiento y por lo tanto tendrá el mismo número de tramos de transporte.

En cada eslabón de almacenamiento se generan los siguientes costos:

- Costos de manipulación (manejo del producto en bodega, acondicionamiento especial o refrigeración si se requieren, etc.)
- Costo del sitio de almacenamiento: Costo del servicio de almacenamiento si es subcontratado o costos de adecuación y mantenimiento, control de plagas, aseo,

⁶ Esta es la razón por la cual productos innovadores para el tratamiento del cáncer, el sida y otras enfermedades de muy baja incidencia en la población, y que han requerido grandes inversiones en investigación y desarrollo, tienen costos unitarios muy altos.

amortización de edificios y terrenos, remuneraciones al trabajo, impuestos, etc. si se presta por cuenta propia por parte de quien detenta la propiedad del medicamento a almacenar

- Riesgo de pérdida: si un porcentaje de los medicamentos transportados se pierden frecuentemente (probabilidad de pérdida) por deterioro de su calidad o por robo, y quien lo almacena debe responder por la totalidad, o es de su propiedad, el costo del porcentaje que se pierde es un costo que debe tener en cuenta al ofrecer o utilizar el servicio. En muchas ocasiones un mayor costo de manipulación o un mayor costo del sitio de almacenamiento pueden reducir la incidencia de ese riesgo y por lo tanto del costo asociado.

En cada eslabón de transporte se generan los siguientes costos:

- Costos de manipulación (cargue y descargue, empaque especial o refrigeración si se requieren, etc.)
- Costo del medio de transporte: Costo del servicio de transporte si es subcontratado o costos de combustible, amortización de vehículos, remuneraciones al trabajo, peajes, impuestos, etc. si se presta por cuenta propia por parte de quien detenta la propiedad del medicamento a transportar
- Riesgo de pérdida: si un porcentaje (probabilidad) de los medicamentos transportados se pierden frecuentemente por deterioro de su calidad o por robo, y quien los transporta debe responder por la totalidad, el costo del porcentaje que se pierde es un costo que debe tener en cuenta al ofrecer el servicio. También en este caso puede darse que un mayor costo de manipulación o un mayor costo del medio de transporte, reduzcan la incidencia de ese riesgo y por lo tanto del costo asociado. También puede presentarse que este costo sea asumido por un agente especializado (compañía de seguros) que cobre por asumir el riesgo.

2.1.1.2 El componente de promoción en el precio ex fábrica

Está demostrado empíricamente en muchos estudios a nivel mundial el impacto positivo de la fuerza de ventas de los laboratorios sobre sus ventas. Un laboratorio que reduzca unilateralmente su fuerza de ventas, vende menos y pierde participación de mercado. En Colombia está permitida la propaganda en medios masivos de medicamentos OTC de venta libre, pero está prohibida esta propaganda para productos éticos que requieran formulación médica. En este caso, los laboratorios promueven la venta de sus productos a través de una fuerza muy grande de visitantes que, aunque no venden directamente, se encargan de explicar o detallar las ventajas de sus productos a los médicos y esperan con ello persuadirlos de formular los medicamentos que promueven, a través de procesos de educación continuada. Dada la enorme cantidad de principios activos, productos y formas farmacéuticas existentes y la dinámica de ingreso de nuevos productos en el mercado, esto

genera naturalmente grandes diferencias en la información que maneja cada médico; y el médico es el agente del paciente para estos propósitos.

El primero que reduzca su esfuerzo de ventas pierde participación de mercado, a menos que sus competidores hagan lo mismo; y si todos cooperan esto podría interpretarse como una forma de competencia desleal y serían penalizados. Este dilema puede entenderse como una imperfección del mercado que ameritaría una regulación pública, de la cual todos se beneficiarían, incluyendo los consumidores finales, por la reducción de costos que esto generaría. La regulación debería contemplar dos formas de acción, que podrían ser complementarias:

- ❖ Una sería “socializar” el proceso de promoción a través de sistemas de información que permitan una educación continuada del médico y de los aseguradores sobre las opciones de productos existentes en el mercado por clase terapéutica, donde se especifique el principio activo que utiliza, las formas farmacéuticas en que se presenta, el laboratorio que lo produce y, de ser posible, el precio promedio esperado en droguerías. A partir de esta información, la fuerza de ventas de los laboratorios podría organizarse para dar información a los agentes que intervienen en el mercado (médicos, EPS/IPS, etc.) sobre las ventajas y restricciones de los productos que venden.
- ❖ La otra sería la regulación del gasto en esta componente, a través de topes máximos a nivel nacional, que se convertirían en topes máximos a los laboratorios, sobre la base de un tope proporcional a las ventas totales en el mercado, de forma tal que cada laboratorio pueda definir el tamaño de su fuerza de ventas, dentro de este límite, sujeto a una verificación posterior con base en sus ventas reales.

2.1.1.3 El componente de Comercialización en el resto de la cadena

La promoción de las ventas es responsabilidad de los laboratorios, individual o colectivamente organizados; la otra componente de la comercialización es la distribución en el resto de la cadena. De acuerdo con las ventajas competitivas que tengan diferentes agentes en la prestación de los servicios de transporte y almacenamiento, pueden entrar a ofrecer este servicio a quien detente la propiedad de los medicamentos que se quieren ubicar en un sitio específico en un momento del tiempo y en unas condiciones mínimas especificadas de calidad. En la medida que estos agentes cobren por sus servicios un precio inferior al costo marginal que el que tendría el propietario de los medicamentos, para llevar a cabo estas actividades, para este será beneficiario contratar estos servicios.

Tener la propiedad de unos medicamentos para ser comercializados tiene también unos costos específicos.

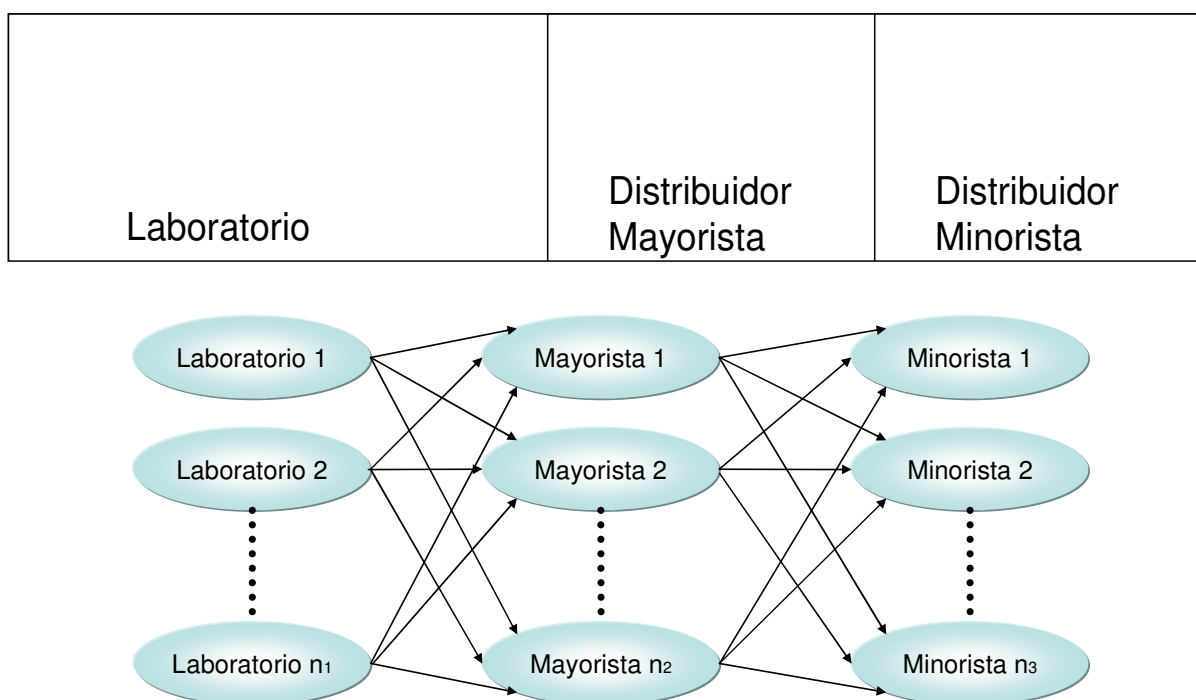
- Riesgo de incumplimiento de proveedores de servicios: si el propietario del medicamento subcontrata los servicios de transporte y almacenamiento enfrenta el riesgo de que el transportador o el almacenista, no respondan por las pérdidas de producto o por la calidad y oportunidad de entrega de los mismos. Para calcular este riesgo sería necesario conocer la incidencia de este evento (probabilidad de incumplimiento) y multiplicarla por el valor de la mercancía expuesta al riesgo. También en este caso el riesgo se puede cubrir mediante pólizas de seguros, en la cual un tercero asume enfrentar ese riesgo a cambio del pago de una prima
- Riesgo de mercado: Consiste en el riesgo que incurre un oferente al enfrentarse a un mercado competitivo. Se revela cuando el precio al cual se puede vender el producto es inferior a los costos en que se incurrieron para poder ofrecerlo. La forma de cubrirse contra este riesgo es diversificar el portafolio de productos que maneja, tratando de tener productos cuyos precios no estén correlacionados, de manera que pérdidas en unos productos sean compensadas por ganancias en otros. Así pues será difícil encontrar comercializadores especializados en un solo tipo de medicamento y no será raro encontrar comercializadores que combinen la distribución de medicamentos con otros productos como, productos de aseo y belleza cuando atienden droguerías y productos hospitalarios complementarios cuando atiendan mercado institucional. Otra forma de diversificar es buscar atender simultáneamente clientes privados e institucionales.
- Otros riesgos operativos: la operación de un comercializador consiste básicamente en comprar y vender, lo cual es aparentemente simple. Sin embargo, cuando se debe determinar cuánto comprar y donde (y cuándo) vender, las decisiones se vuelven complejas porque requieren un ejercicio de previsión del comportamiento de los diferentes mercados en que interviene. Una decisión equivocada en los volúmenes de compra se puede reflejar en mayores costos de almacenamiento. Si decide vender en mercados alejados y poco abastecidos podrá obtener una mayor capacidad de negociación (por su posible posición de dominio) y por lo tanto mejores precios, pero correrá con el riesgo de tener unos mayores costos de transporte (bien por la lejanía o por el uso de capacidades de transporte superiores a las necesarias). Si se compromete a distribuir en un momento determinado del tiempo podrá obtener mejores precios por la mayor disposición a pagar de los clientes por un medicamento oportuno, pero deberá arriesgarse a incurrir en costos adicionales de transporte y almacenamiento. Errores operativos en estas actividades de programación de las compras y las ventas pueden acarrearle sobre costos de corto y largo plazo (como por ejemplo el riesgo en su reputación y para asegurarse contra estos riesgos puede invertir en mecanismos de control de calidad y capacitación, así como ayudas tecnológicas y computacionales, o simplemente enfrentar el riesgo y correr con las consecuencias

2.1.2 CONFORMACIÓN DE LA CADENA DE NEGOCIOS

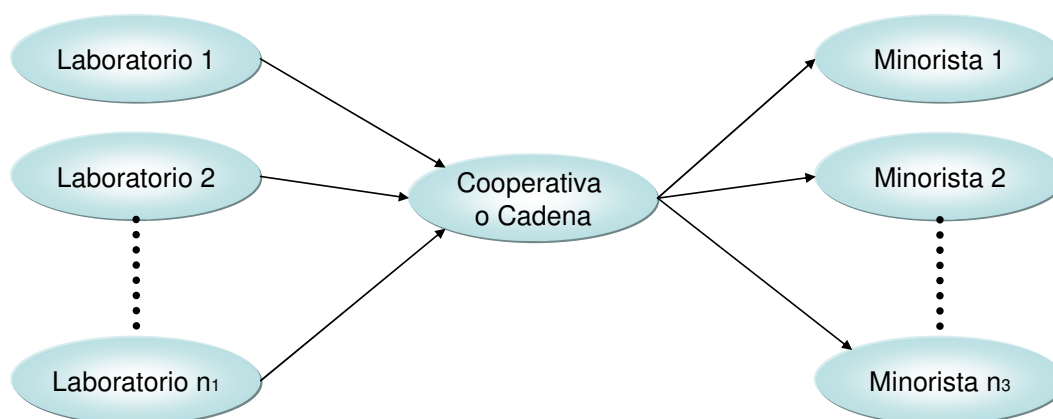
Tanto el componente almacenamiento como el de transporte y el de comercialización puede ser llevado a cabo por cualquiera de los agentes del mercado si en determinado tiempo y dadas unas condiciones coyunturales o de largo plazo, se presentan economías suficientes para competir en cada una de estas actividades. Así pues se pueden presentar diferentes esquemas de comercialización de los cuales se presentan a continuación varios ejemplos, los cuales no pretenden ser exhaustivos:

Ejemplo 1: Cadena de tres eslabones. El laboratorio vende a distribuidores mayoristas, y les entrega en sus instalaciones (las de los mayoristas). El distribuidor mayorista, que puede haber comprado a varios laboratorios, vende a distribuidores minoristas (por ejemplo farmacias y droguerías) y entrega los medicamentos en el local de estos últimos. Finalmente, el minorista o institución de salud, que pudo haber comprado a uno o varios mayoristas, vende o usa el medicamento y presta servicios complementarios al cliente final

DIAGRAMA 2.2

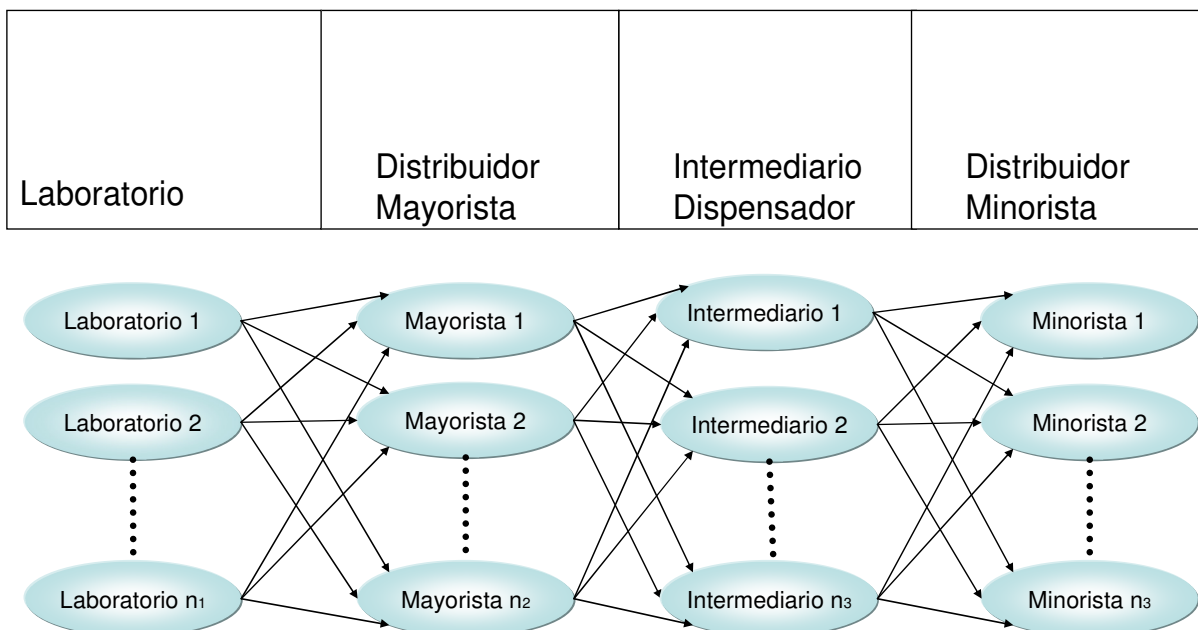


Este ejemplo puede tener variaciones como cuando un conjunto de distribuidores minoristas se agrupa en una cadena de droguerías (también supermercados y/o cajas de compensación), en una asociación de instituciones de salud o en una cooperativa, para lograr capacidad de negociación y por lo tanto mejores precios frente a los laboratorios.

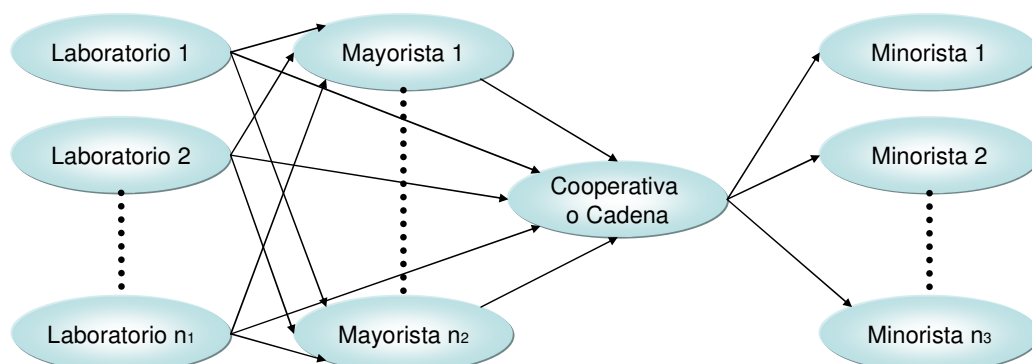


Ejemplo 2: Cadena de cuatro eslabones. Los Laboratorios entregan a los mayoristas (o podrían llamarse también Grandes Mayoristas) los medicamentos en las bodegas de estos últimos. Estos mayoristas distribuyen por regiones en los principales centros urbanos y venden entre otros a unos intermediarios de menor tamaño que se encargan de llevar los medicamentos a municipios pequeños o a sectores de las ciudades con dificultades de acceso y volúmenes de compra menores, en donde los vende a distribuidores minoristas y a pequeñas instituciones de salud.

DIAGRAMA 2.3

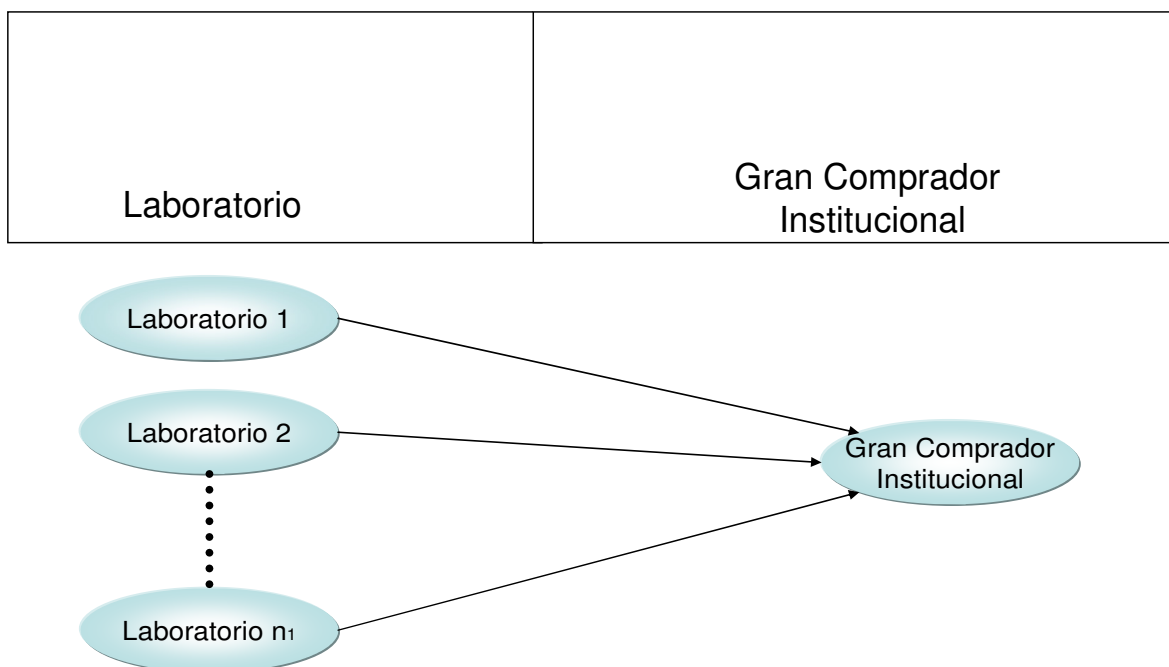


También puede encontrarse una cadena de tres o cuatro eslabones cuando en el caso de la existencia de cadenas o cooperativas, estas compran en unos casos directamente al laboratorio y en otros casos a otros distribuidores mayoristas.

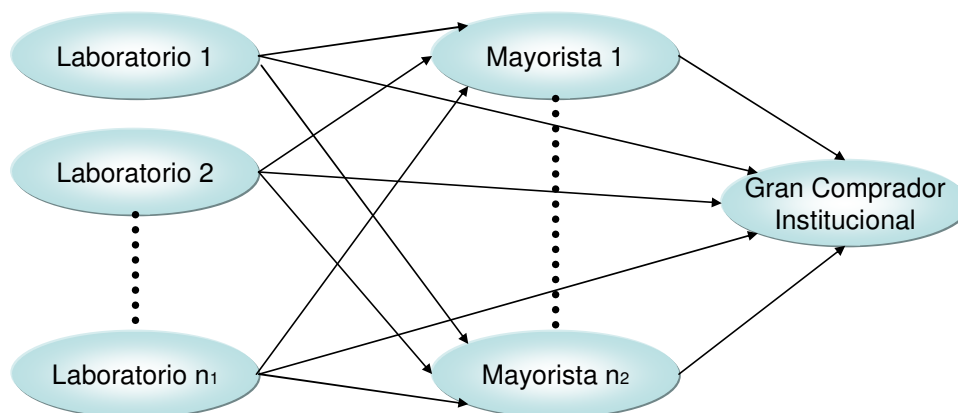


Ejemplo 3. Gran comprador institucional, cadena de dos eslabones. En este caso el comprador institucional abre una convocatoria para la compra de determinados medicamentos puestos en su sitio y se encarga de toda la logística necesaria para llevar los medicamentos hasta el sitio en donde los van a requerir. El poder de negociación en este caso está completamente del lado del comprador y los vendedores deben competir entre ellos para poder colocar sus productos.

DIAGRAMA 2.4

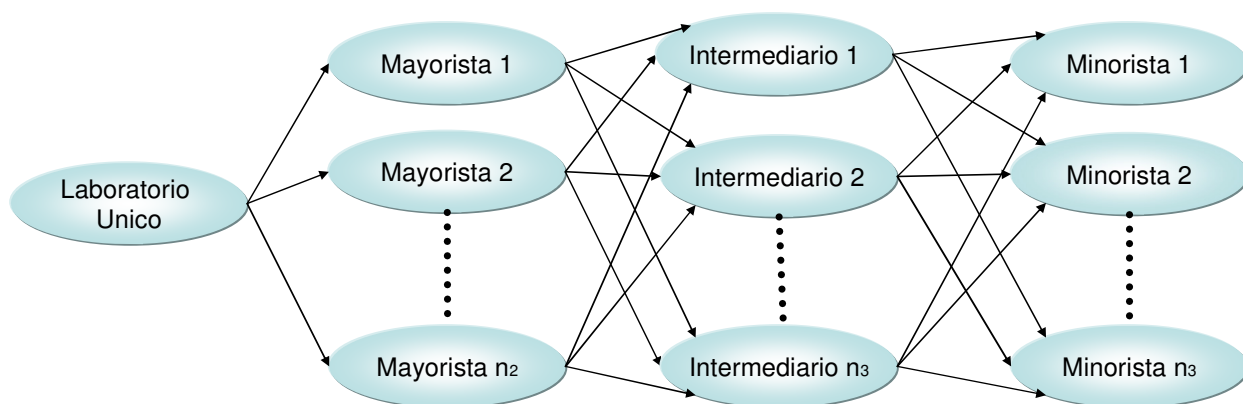


En este caso también pueden presentarse un caso intermedio de cadenas de dos y tres eslabones en el caso en el cual algunos distribuidores mayoristas tengan economías suficientes en actividades de transporte, almacenamiento y comercialización que les permitan competir con los laboratorios en la convocatoria del gran comprador institucional.



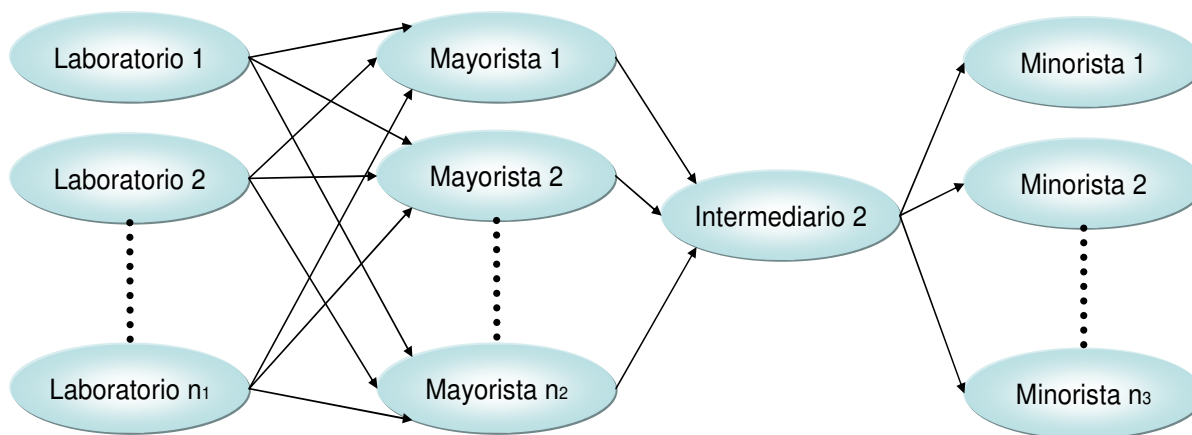
Ejemplo 4 Laboratorio con poder de mercado. Se trata del caso en el cual un laboratorio produce un medicamento con un bajo nivel de sustituibilidad (no existen tratamientos alternativos usando otros principios activos con igual o similar efectividad) y no hay en el mercado otros oferentes del mismo principio activo. Puede darse el caso en algunos productos innovadores con patente o protección de datos de prueba, o puede ser el caso de medicamentos cuya producción solo es económicamente viable a grandes escalas de producción. En el primer caso se presentan unos costos de investigación y desarrollo que podrían ser diferibles a largo plazo y en el segundo caso se presentan mayores costos por el tamaño de inversiones en capital fijo que también podrían diferirse a largo plazo. Sin embargo, la concentración de la oferta en el mercado llevará al laboratorio monopolista a acceder a un poder de dominio sobre los precios que le permitirá, en ausencia de control estatal, amortizar mucho más rápidamente esos costos de largo plazo y de esta manera cubrir los riesgos asociados con este tipo de inversiones.

DIAGRAMA 2.5



Ejemplo 5. Intermediario con poder de mercado. En casos aislados de mercados regionales con dificultades de acceso y problemas de orden público puede suceder que sea un solo distribuidor el que haga la dispensación de los distribuidores minoristas de un área geográfica. En muchos casos enfrentará riesgos de incrementos en insumos como combustibles y riesgos de pérdidas por robos o por daño en determinados productos por interrupción de vías, mal estado de las mismas, altas temperaturas, humedad o demasiada iluminación. Pero dada su posición de dominio puede cubrirse contra estos riesgos haciendo uso de su poder de dominio sobre los precios.

DIAGRAMA 2.6



Conclusiones. Desde una perspectiva teórica, la posibilidad de que estas estructuras de comercialización se presenten en la práctica genera una serie de interrogantes sobre su eficiencia relativa, y sobre el valor agregado que aportan al consumidor final. Algunas de ellas podrían incluso no generar valor y contribuir más bien a un encarecimiento de los medicamentos. La respuesta sólo puede provenir de la experiencia empírica. Si existe libertad de entrada y suficiente competencia, estas situaciones serían transitorias, y tendencias a corregirse en la medida en que entren operadores más eficientes.

2.2 ESTRUCTURA DE LA DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA

Partir de la Ley 100 como marco normativo es una buena guía para identificar la evolución y estado actual de la estructura de distribución y comercialización de medicamentos en Colombia.⁷ Son varios los esquemas de distribución que se presentan en el mercado de medicamentos. Dependiendo de los agentes que intervienen en el mercado o en cada negociación, como se explicó en el marco teórico anterior, es posible su tipificación o, al

⁷ Intermediación de Medicamentos en el Sistema de Salud Colombiano; Manuel Ramírez Gómez; Comisión Nacional de Medicamentos; X Foro Farmacéutico de La Andí; Cartagena de Indias, junio, 2003

menos, la de los procesos más comunes. Para el efecto, el primer paso es la identificación de todos los actores que acuden al mercado. Una vez identificados, se observa el tipo de relaciones entre ellos y, finalmente, una aproximación general hacia donde tienden los procesos de intermediación en el sector farmacéutico nacional.

2.2.1 IDENTIFICACIÓN DE LOS ACTORES

Por el lado de la oferta, el INVIMA reporta 109 laboratorios en el país, el DANE reporta 134 laboratorios productores y la Nota Económica reporta 138, laboratorios productores en el país, de los cuales 12 son de origen externo y el resto de capital nacional.

CUADRO 2.1
PRINCIPALES ACTORES DE LA CADENA DE DISTRIBUCIÓN DEL SECTOR FARMACÉUTICO EN COLOMBIA⁸

OFERTA	✓ Laboratorios Productores	109 - 138
	✓ Comercializadores de productos farmacéuticos	170
DEMANDA	✓ Entidades Promotoras de Salud (EPS)	30
	✓ Medicina Prepagada (MP)	10
	✓ Cajas de Compensación Familiar (CCF)	58
	✓ Cadenas de Droguerías	23
	✓ Droguerías	14,208 -16,471

Por el lado de la oferta también se identifican cerca de 170 entidades comercializadoras de productos farmacéuticos, muchas de ellas, en representación de laboratorios que antes producían directamente en Colombia y que han reacomodado sus plantas productivas en otros países⁹. En total existen un máximo de 308 entidades oferentes de medicamentos en el mercado colombiano entre productores y comercializadores. Ver Anexo 2.

Por el lado de la demanda de medicamentos están en primer término las Entidades Promotoras de Salud, EPSs, 30 en total; las Cajas de Compensación, 58; los almacenes de cadena o hipermecados, en donde, según el DANE, los productos farmacéuticos tienen una participación en el total de sus ventas entre 7 y 9% en los últimos años y, las Entidades de Medicina Prepagada que son 10 actualmente en el mercado.

Otros actores desde el punto de vista de la demanda son las Administradoras del Régimen Subsidiado, ARSs; las Instituciones Prestadoras de Servicios IPSs y los Regímenes Especiales, que también ofrecen los servicios del Plan Obligatorio de Salud. Son muy importantes en el sector farmacéutico las Cadenas de Droguerías, que se estiman en unas

⁸ Ver Anexo 3 Actores en la Cadena de Distribución y Comercialización.

⁹ Vademécum de Mercados 2005; La Nota Económica; Julio de 2004.

23¹⁰, algunas de las cuales tienen su zona de influencia en todo el territorio nacional y otras, muy localizadas.

Finalmente, está la red de droguerías de venta directa al consumidor final, cuyo número oscila entre 14.208 según el censo nacional de 2003 y 16.471, según otras fuentes, repartidas en todo el territorio nacional. La mayor parte de ellas localizadas en la ciudad de Bogotá, 5.120; en el departamento de Antioquia 1.209; y en el departamento de Cundinamarca, 1.540, hasta registrar departamentos como el Vaupés donde solo figuran 2 droguerías.

Como parte fundamental en la intermediación de la cadena se encuentran los Distribuidores Mayoristas, en total, cerca de 82 en las principales ciudades del país¹¹. Completan esta estructura de intermediación del sector farmacéutico los grupos de compras de EPSs y de IPSs que se han venido consolidando como un fuerte actor desde el ángulo de la demanda. Entre ellos, la Federación Colombiana de Cooperativas de Hospitales de Colombia – Feredsalud, la red más grande de cooperativas de hospitales del país con cerca de 600 hospitales afiliados, y Epsifarma – Farma Cien que suma la demanda de medicamentos del Grupo Saludcoop (Saludcoop, Cruz Blanca y Cafesalud), que ya tiene más afiliados que el ISS, y es la EPS más grande del país.

2.2.2 EVOLUCIÓN DE LOS ESQUEMAS DE DISTRIBUCIÓN E INTERMEDIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA

Antes de la Ley 100, lo usual era que los hospitales públicos y privados realizaran las negociaciones directamente con los laboratorios. Algunos hospitales municipales las hacían a través de distribuidores mayoristas en razón a su bajo nivel de compras y, posiblemente, a la eventualidad de mayores facilidades en la financiación. El mercado institucional estaba caracterizado por ser relativamente reducido. El Instituto de los Seguros Sociales jugaba como el principal actor de la parte institucional y el negociador que obtenía los mayores descuentos del mercado, en razón a su tamaño de compras y a su especialización en este tipo de negociaciones.

Lo mismo sucedía con algunas EPS¹² que también tenían sus negocios directamente con los laboratorios en donde los procesos de transporte, almacenamiento, distribución y dispensación eran operaciones normales dentro del objeto social de estas Entidades Prestadoras de Servicios. Sin embargo, la comercialización de medicamentos ha venido evolucionando de una manera significativa, de tal manera que, los niveles de especialización en la intermediación juegan un papel cada vez más trascendental en la cadena productiva y, específicamente, del negocio en sí de los medicamentos. Muchas de las funciones que en el pasado eran normales para las aseguradoras o entidades prestadoras

¹⁰ Globalpharma, 2004.

¹¹ Datos de Globalpharma.

¹² Caso de Susalud.

del servicio de salud, pasan hoy, gracias a los nuevos modelos de intermediación, a manos de los distribuidores mayoristas, o de otros agentes, con la capacidad física y la posibilidad de asumir los riesgos hasta el último eslabón de la cadena.

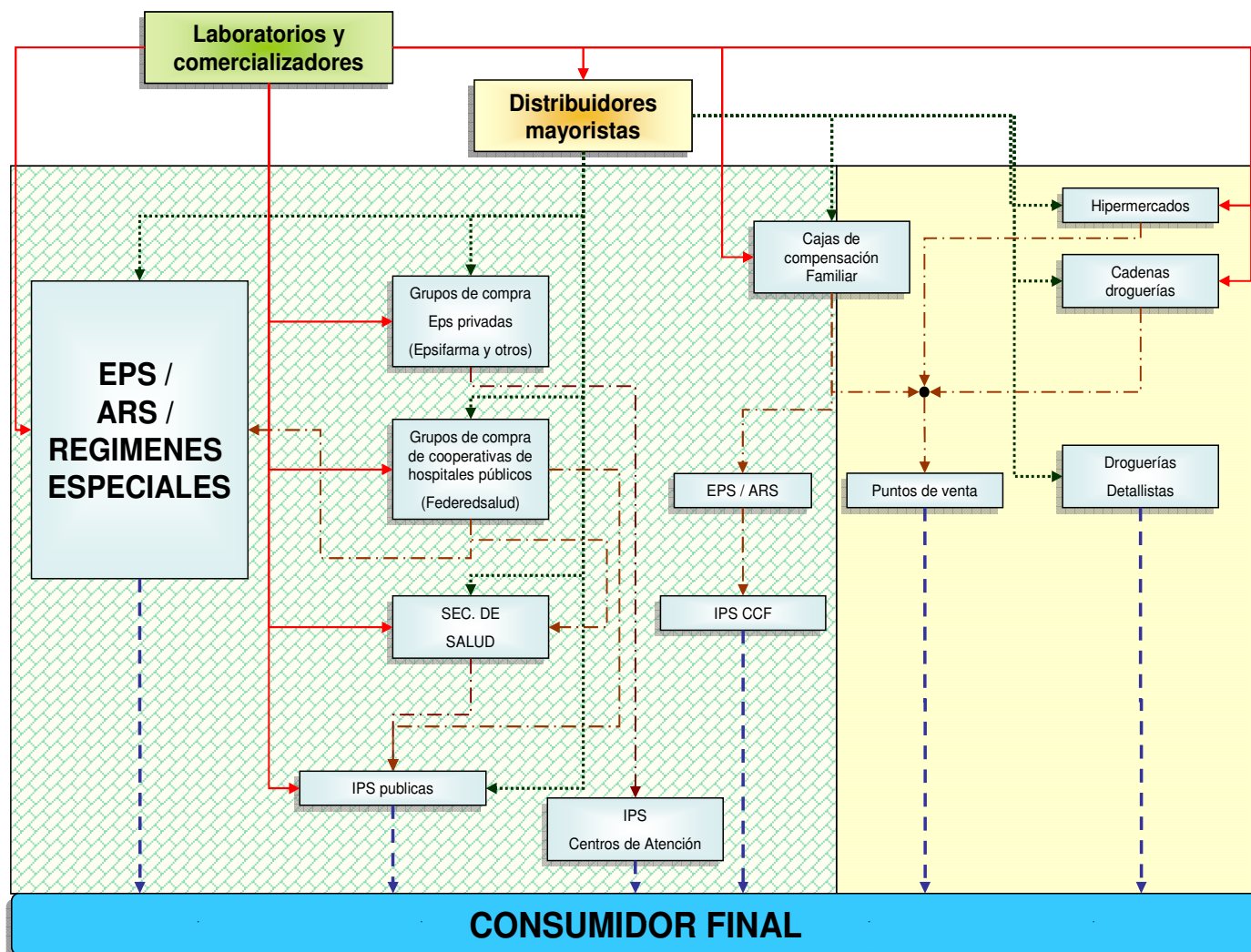
Es así como, hoy, en el mercado farmacéutico existen diferentes modelos de comercialización hasta llegar al usuario final. Se trata de los modelos de integración vertical en donde las aseguradoras buscan los distribuidores eficientes que aporten valor agregado a la cadena, gracias al mejor conocimiento que puedan tener del mercado de medicamentos y, al mismo tiempo, garanticen un manejo adecuado en materia de transporte, almacenamiento, distribución y dispensación¹³.

¿Hasta donde están dispuestas las EPSs a valorar, dentro sus paquetes de comercialización, aspectos como la infraestructura y la capacidad de manejo del nivel de riesgo que implica llegar hasta el final de la cadena?. Es una pregunta, que parece, se remonta a los orígenes de las diferentes Entidades Prestadoras de Servicios en Salud. Si éste responde a especialistas en materia de aseguramiento, la respuesta puede ser: hasta el nivel final de la cadena. Si, su origen responde a especialistas en salud, seguramente, los procesos de intermediación serán más estrechos y los riesgos serán asumidos por las propias entidades prestadoras de servicios en salud. Estas circunstancias, ya implican que existan en el mercado una variedad de modelos de negociación que hacen difícil y comprensible un flujo gram o, más exactamente, un esquema de relaciones comerciales entre los actores de toda esta actividad de intermediación.

Los esquemas van desde los más simples y tradicionales, hasta los de mayor reconocimiento de las capacidades individuales de los intermediarios en el mercado. En últimas, es el mercado mismo el que se encarga de reconocer y de validar estas actuaciones a través del tiempo. Difícilmente cabe una regulación en este sentido. Es muy difícil que el legislador sea más eficiente que los actores del mercado en buscar sus soluciones.

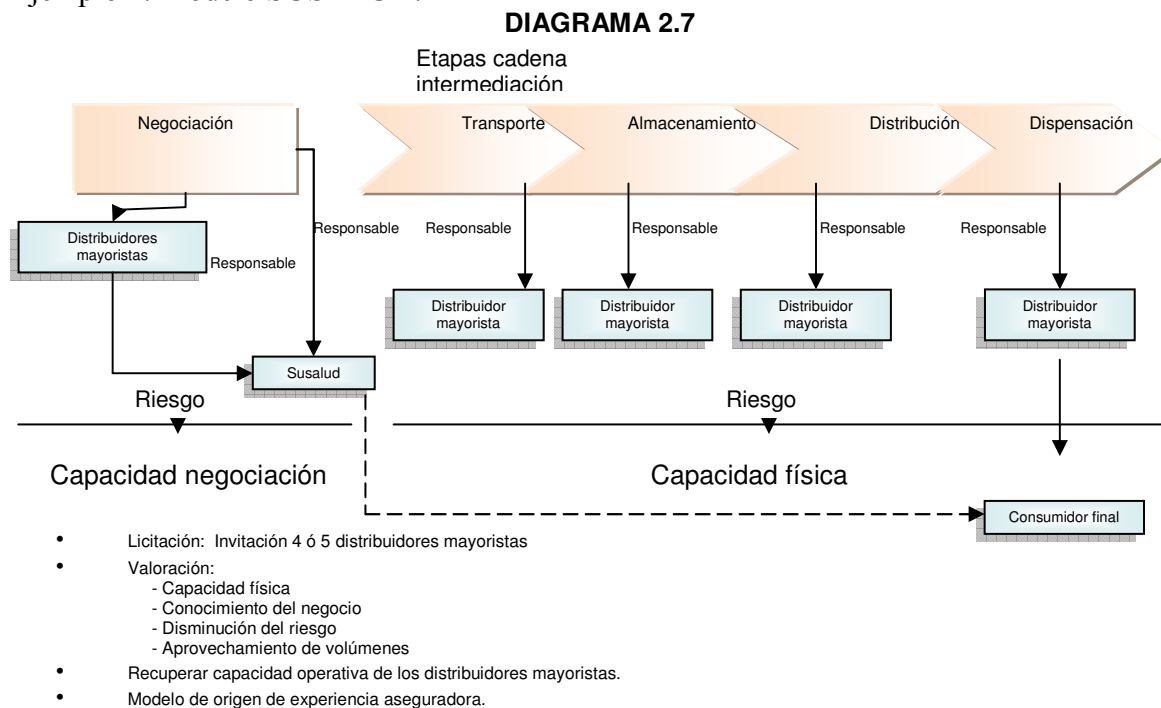
¹³ El modelo de Susalud parte de las experiencias por largos años del ISS. Como lo explicó al Equipo Consultor su Gerente General, Dr. Mauricio Vélez C., desde hace unos tres años han implantado un proceso, que para Susalud, ha resultado más eficiente. En primer lugar, procedieron a mejorar los manuales de compras del ISS; por lo general cada año extienden invitación a 4 o 5 Distribuidores Mayoristas, a los que se les presenta una relación de productos que necesita Susalud para la atención de sus afiliados. Los Mayoristas presentan todas las propuestas de cada droga en el mercado. Un grupo de expertos en Farmacovigilancia, realiza una selección y descarta medicamentos que según su criterio no deben pertenecer al portafolio de los servicios de la EPS; por múltiples razones, entre ellas, la calidad de los medicamentos ofrecidos. Los precios se analizan y se negocia el pago por unidad de dosis entregada en los puntos de atención. Los precios incluyen el riesgo asumido por el distribuidor mayorista, desde el proceso de selección de los medicamentos, la compra de los mismos, el transporte hacia los centros de atención y la dispensación del producto. Nótese que en este modelo de intermediación, Susalud descarga el riesgo en empresas de infraestructura con su red de servicios y que considera tienen más experiencia que ella en los procesos diferentes al aseguramiento que es su fuerte. Bien podría decirse que la experiencia de sus dueños es el aseguramiento de personas y no la atención en salud y por eso prefieren descargar la mayor parte del riesgo de la operación de intermediación.

ESQUEMA ACTUAL DE INTERMEDIACIÓN DE MEDICAMENTOS EN COLOMBIA

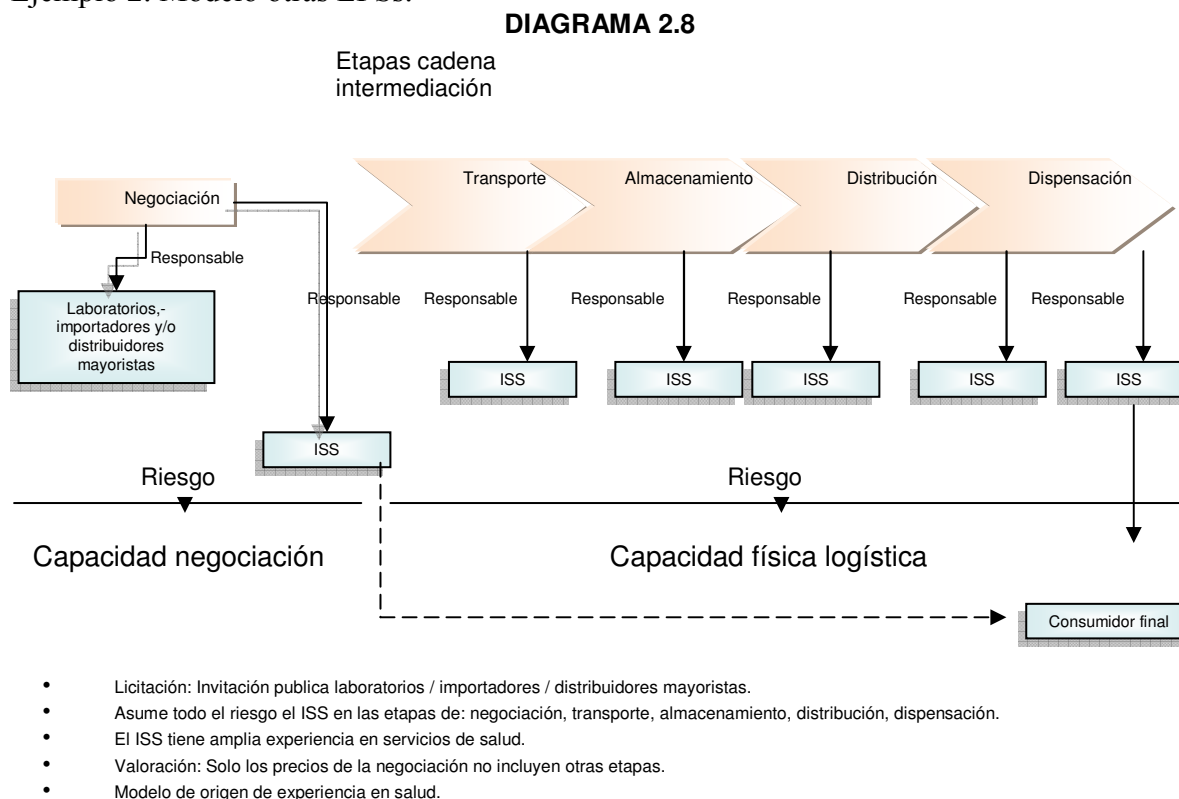


Fuente: Econometría S.A.

Ejemplo 1. Modelo SUSALUD.



Ejemplo 2. Modelo otras EPSs.



2.2.3 EVOLUCIÓN DE LAS VENTAS DE LOS LABORATORIOS SEGÚN CANAL DE DISTRIBUCIÓN

Como se puede ver en el cuadro siguiente los laboratorios comercializaban sus productos en el 2003 directamente con mayoristas (36%); con cadenas de droguerías y grandes superficies (32%); con cajas de compensación familiar (7,3%); droguerías detallistas (1,8%); hospitales, clínicas y centros de atención públicos (5,1%); ISS (3,0%) y otras Aseguradoras del sector privado EPSs e IPSs (14,5%).

Son manifiestos varios cambios que indican la tendencia en la distribución y comercialización de medicamentos. Lo primero que se concluye es que los distribuidores mayoristas pierden participación en el mercado. En 1999 eran responsables de 45,2% de la intermediación de medicamentos; en el 2003 habían perdido más de 9 puntos. La entrada de las grandes superficies parece ser la explicación, si se observa que entre éstas y las cadenas de farmacias habían ganado más de 10 puntos en el mismo lapso. Las cajas de compensación familiar, que deberían estar clasificadas con las grandes superficies, pierden casi la mitad del mercado que antes tenían. Caso similar les pasa a las farmacias independientes o droguistas detallistas, sin que esto signifique un problema, si se entiende que para este tipo de negocios detallistas es más ventajoso apoyarse en los distribuidores mayoristas, que pueden ofrecerle mejores condiciones en cuanto volúmenes, plazos, etc.

Con respecto a lo que sucede en el sector institucional es necesario reconocer un fenómeno, que si no es nuevo, por lo menos, tiene un mayor énfasis en los últimos años, como es el de la organización por parte de las EPSs públicas y privadas con respecto a las compras. En el renglón de las EPSs privadas puede verse un aumento de las negociaciones de manera directa con los laboratorios; de 5,76% en 1999, pasaron a 14,57% en el 2003. Los hospitales públicos y privados, sin embargo, parecen estar utilizando el canal de los distribuidores mayoristas con mayor celeridad.

De todas formas, en la medida en que las EPS o las entidades prestadoras de servicios de la salud, evalúen sus posibilidades y sus capacidades dentro del proceso de distribución y comercialización de medicamentos, es posible que se imponga la división del trabajo y la tendencia pueda ser a una mayor utilización de los agentes especializados, como se vio en apartes anteriores.

CUADRO 2.2
VENTAS DIRECTAS DE LABORATORIO

INTERMEDIARIO	1999	2000	2001	2002	2003
MAYORISTAS	45,26	39,15	40,35	37,38	36,15
CADENAS DE FARMACIAS Y GRANDES SUPERFICIES	19,93	24,21	26,31	28,56	31,96
CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR (COOPERATIVAS)	13,47	13,7	9,66	8,48	7,35
FARMACIAS INDEPENDIENTES	3,5	2,48	2,13	1,9	1,8
HOSPITALES, CLÍNICAS Y CENTROS DE ATENCIÓN AL PÚBLICO. (INSTITUCIONES DEL GOBIERNO)	8,29	6,02	7,55	6,43	5,13
ISS	3,79	5,72	4,62	3,33	3,04
EPS / IPS SECTOR PRIVADO (OTROS)	5,76	8,72	9,38	13,92	14,57
	100	100	100	100	100

Fuente: Interdata – IMS, 2005.

2.2.4 EVOLUCIÓN Y TENDENCIAS DEL SECTOR DE DROGUERÍAS

No cabe duda de la importancia del papel que cumplen los droguistas detallistas en la cadena de distribución de los medicamentos. Tanto la Asociación Colombiana de Droguistas, ASOCOLDRO, la Federación Colombiana de Comerciantes FENALCO como GLOBALPHARMA, entre otras, han estudiado la evolución y la tendencia de este tipo de intermediación en los últimos años. Se trata del último eslabón de cadena que ha jugado a favor de los consumidores un papel trascendental, sobre todo, por su cubrimiento y forma de atención al público¹⁴ en lugares donde jamás llegarían otros actores de la cadena.

La razón de ser del droguista detallista esta justificada y no es posible su desaparición, precisamente por el papel que cumple frente a la comunidad en muchos lugares donde los otros actores no encuentran satisfactoria su participación. El negocio de las droguerías detallistas sigue teniendo un espacio para pequeños comerciantes. En las grandes ciudades los nuevos formatos de farmacia vienen allanando el terreno de muchos droguistas pequeños, lo que no sucede en localidades de menor población e infraestructura física. Pero aún, en las propias ciudades grandes, sobretodo, en zonas residenciales o en aquellos lugares donde definitivamente, las grandes superficies no tienen cabida, por múltiples razones¹⁵, las droguerías detallistas tienen su mercado.

¹⁴ En este caso hacemos referencia al testimonio del Director Ejecutivo de Asocoldro, que afirma, entre otras cosas, que este tipo de negocios se ve obligado a vender en forma fraccionada las prescripciones médicas, por falta de capacidad de pago de las personas, que hacen el esfuerzo diario para cumplir con las indicaciones médicas. Esto no sucede con las grandes cadenas u otro tipo de negocios más sofisticados donde los fraccionamientos de mercancías no están considerados.

¹⁵ Son muchas las zonas de las ciudades donde es imposible que el mercado lo asistan los grandes almacenes de cadena o los nuevos formatos de farmacia, que tratan de cubrir toda una gama de productos relacionados con el cuidado personal abarcando: medicamentos, belleza, salud corporal y toda clase de aditamentos relacionados con el aspecto físico y la salud, en general.

2.2.4.1 ¿De dónde vienen y para dónde van?

Todos los estudios recientes sobre el sector droguerías detallistas indican que, a pesar de que éste sigue siendo el mayor canal de evacuación de las ventas de medicamentos en el país, ha venido cediendo terreno frente a otros canales. En 1996 las farmacias independientes o droguerías detallistas eran responsables de 37,6% de la dispensación de medicamentos. Hoy en día, sin dejar de ser aún el mayor canal dispensador, la tendencia es a perder participación frente a las grandes cadenas de almacenes y otras EPSs. En el 2002 las droguerías detallistas habían perdido cerca de 7 puntos de participación que ganaron las grandes cadenas¹⁶.

CUADRO 2.3
DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS AL CONSUMIDOR FINAL SEGÚN CANAL

CANALES DE DISTRIBUCIÓN	1996	2002
Autoservicios y Cajas de Compensación	16.8	17.5
Cadenas de Droguerías	18.5	22.4
Droguerías Detallistas	37.6	30.1
Hospitales y Clínicas	10.0	9.5
ISS	11.1	5.9
Otras Cadenas	6.0	14.6

Fuente: Interdata

2.2.4.2 Características y Evolución de los Canales Minoristas

Existen fenómenos ajenos a la industria que inciden en el comportamiento y evolución de los sistemas de comercialización de productos en el mercado. La modernización de las ciudades y el cambio en los hábitos del consumidor influyen en las decisiones a la hora de realizar las compras. En el interior de la industria los sistemas van evolucionando en la medida en que nuevos actores incursionan en el mercado o los participantes proponen nuevos esquemas y formatos de comercialización y de atención al público.

Según DANE¹⁷ existían en el país 16.471 droguerías en 1990. Las droguerías se definen como negocios dedicados a la venta al por menor de productos farmacéuticos y medicinales, instrumentos y dispositivos quirúrgicos, ortopédicos, artículos de tocador, cosmetología y perfumería, en resumen, algo no muy distinto a lo que proponen los nuevos formatos de farmacia. La diferencia con otros formatos radica en espacios, decoración, facilidades de otras compras, seguridad, parqueo, cajeros comerciales, es decir, algo similar a lo que sucede con los grandes almacenes en algunos sitios de la ciudad.

¹⁶ El estudio de FENALCO “Comercialización y distribución del sector farmacéutico en Bogotá: grandes formatos comerciales vs detallista”.

¹⁷ Ver “Comercialización y Distribución del sector farmacéutico en Bogotá: grandes formatos comerciales VS detallista”; FENALCO, Bogotá, 2002, página 12.

En el año 2003, según Globalpharma, el número de estos establecimientos era de 14.208. De estas 36% se encuentran en Bogotá; 11% en Cundinamarca; 8,5% en Antioquia; 2,7% en el Valle; 2,6% en el departamento de Santander y así, sucesivamente, hasta encontrar los departamentos con localidades más apartadas donde el número de droguerías es más reducido, como es el caso de Vichada con 18 establecimientos y el caso del Vaupés con 2.

Las cifras de Interdata hablan de un total de 15.862 farmacias en Colombia en el 2003. Asocodro¹⁸ según A.C. Nielsen indica que entre 1997 y 2001, el número de droguerías en Colombia pasó de 15.997 a 17.133.

Independientemente del número de droguerías detallistas que manejen las diferentes fuentes, la concepción general es que este eslabón de la cadena de distribución afronta una competencia cada vez más aguda.

Varias son las razones que se aducen al respecto:

- En primer lugar, la incursión de las grandes cadenas de hipermercados incluidas las cajas de compensación que han ganado el mercado que los droguistas independientes han perdido.
- En segundo lugar, los nuevos esquemas de comercialización de medicamentos en donde se pueden identificar procesos de integración hacia delante y hacia atrás o, integración vertical, como más comúnmente se conoce en el sector. El primero se tipifica cuando los distribuidores mayoristas extienden una red de puntos de venta al consumidor que compiten con el tradicional droguista detallista. El segundo cuando, en vía contraria, las cadenas de droguerías desempeñan el papel de distribuidores mayoristas y pueden facilitar las operaciones de sus puntos de venta y afectar de manera lícita a los competidores. Algo similar sucede cuando las EPSs extienden sus redes hasta los puntos de venta al público.
- La oferta de productos de los droguistas independientes es diferente a la que pueden manejar otros dispensadores con mayor capacidad financiera. En algunos casos, las drogas de alto costo son solicitadas por el droguista al momento de la venta. En otros casos los inventarios son reducidos.
- A pesar de que la red de droguerías independientes sigue siendo el canal más importante en dispensación de medicamentos por su presencia en los 1.098 municipios del país, sus volúmenes de ventas de medicamentos se han reducido en los últimos años. La participación de éstos en la estructura de las ventas totales es menor actualmente que hace unos años; de 37,6% en 1996 ha pasado a 30,1% en 2002, como se vio anteriormente.

¹⁸ Maximio A Visbal: "El Papel de las Droguerías Detallistas en la Comercialización de los Medicamentos en Colombia"; X Foro Farmacéutico de la Andi; Cartagena, junio 2003.

2.2.4.3 Perspectivas de la Comercialización

No hay mucho que se pueda aportar a lo que han dicho y examinado con detalle los gremios que agrupan esta actividad. En realidad se trata de un panorama donde la competencia arrecia. Pero no todo se queda ahí.

Si se observan las cifras mundiales del número de farmacias por habitante y lo comparamos con el panorama que tenemos en cada departamento en Colombia, vemos que, en la mayoría de ellos, se presenta una oportunidad de negocio. En departamentos como Antioquia, Atlántico, Bolívar, Cauca, Córdoba, Chocó, Huila, Magdalena, Norte de Santander, Nariño, Putumayo, Santander, Tolima, Valle del Cauca, Vichada y Vaupés, el promedio de habitantes por farmacia supera ampliamente el estándar internacional que está por debajo de los 3.500.¹⁹

Por otro lado, bien actúan los gremios al señalar que son muchas las ventajas comparativas y las acciones que se deben emprender para lograr que los droguistas detallistas permanezcan en sus negocios por más tiempo y logren una recompensa proporcional al servicio que prestan a la comunidad.

El sector de droguerías detallistas tiene su espacio y, para ocuparlo de una manera adecuada, las directrices están trazadas: Capacitación; locales aptos en decoración y presentación; portafolio de servicios; búsqueda permanente de mayores márgenes y, apoyo gubernamental en materia de créditos. Son estos los planteamientos de los gremios, lo importante es que cada agremiación o cooperativa de afiliados pueda poner en práctica estos programas.

En todas las actividades económicas los detallistas tienen mayores costos por unidad de producto y, por lo tanto, se tienen que ver reflejados en los precios. Son los detallistas de cada sector de la economía quienes deben evaluar con gran sentido comercial las ventajas de cada negocio por su localización, la presentación de sus productos, preparación de quienes atienden el negocio y la competencia que los acompaña.

Ya no solo se trata de vender, sino de saber vender lo que implica conocer los gustos, anhelos y sentimientos de los consumidores, para poder tener clientes satisfechos. Un ejemplo claro de esta práctica, son las cadenas de farmacias, que se diversifican y expanden a un ritmo constante, tal como lo han demostrado Farmacity (Argentina), Locatel (Venezuela), Farmacias Ahumada (Chile) y Farmatodo (Venezuela). Su experiencia internacional, muestra como los planes de mercadeo se focalizan en el refuerzo del posicionamiento de marca y en las promociones. Farmacity llegó a Colombia con la intención de competir actualmente no sólo con el mercado de las droguerías, sino también

¹⁹ Solamente se tienen en cuenta los departamentos con más de 4.000 habitantes por farmacia. Si se hace más rigurosa, son más los departamentos que entran en esta lista. Sin embargo, mirada desde un punto global el promedio de Colombia está muy ajustado con el internacional. Es un problema de regiones.

con el de las perfumerías, tiendas naturistas, importadores de productos cosméticos y de belleza y hasta con el propio retail.

Un último punto. En Estados Unidos y algunos países europeos se permite que el farmacéuta sea el prescriptor de algunos productos éticos²⁰ en farmacias, cuando el encargado es un farmaceuta graduado y certificado²¹. Esto permite que el consumidor final pueda tener acceso no sólo a la información terapéutica del medicamento sino a los precios relativos de diferentes productos equivalentes, de forma tal, que pueda tomar una decisión de compra más racional. Esta situación no existe en Colombia, dado el bajo nivel de formación que tienen los droguistas, en promedio; pero, hacia el futuro se podría diferenciar un segmento de farmacias, donde estas condiciones si se cumplan y un segmento de droguerías donde no se cumplan y, por lo tanto, en las últimas no se podría vender este tipo de productos sin prescripción médica. Con el tiempo, esto puede tener un impacto positivo sobre la calidad del servicio, en la medida en que el número de farmacias aumente con relación al número de droguerías y un impacto significativo sobre la substitución en el consumo en este segmento del mercado, de productos más caros por productos más baratos, con la misma eficacia terapéutica.

2.3 MÁRGENES DE INTERMEDIACIÓN Y DESCUENTOS

2.3.1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

No existe información confiable sobre los márgenes de intermediación que tienen los distribuidores mayoristas y minoristas en el segmento privado de venta al público, ni sobre los precios de compra de medicamentos en el sector Institucional de EPS/IPS. La información con la que se contó para este estudio fue la información muy detallada de IMS de los precios de compra de los distribuidores minoristas (cadenas de farmacias y grandes superficies, cajas de compensación familiar y droguerías de barrio) y los precios de compra de un conjunto de seis instituciones públicas, que suministraron información sobre cantidades y precios de la canasta de medicamentos comprada en el último año o en los últimos dos o tres años²²; esta muestra puede representar cerca de 25% de las compras del sector oficial y 12% de las compras de todo el sector institucional, aunque no es del todo una muestra representativa de ninguno de los dos grupos de instituciones, permite, sin embargo, estudiar los descuentos que están obteniendo, a través de los variados mecanismos de compra que utilizan y, dar luces, sobre la formación de precios en este segmento del mercado.

²⁰ El caso de la reciente medida de la Alcaldía de Bogotá de sólo vender antibióticos con fórmula médica, podría caer en esta categoría en estos países, para algunos tipos de antibióticos que no tengan prescripciones especiales.

²¹ Con un régimen parecido al que existe en Colombia para las notarías que se entregan en concesión.

²² Las seis instituciones que respondieron fueron: ISS (2003-2004), las Secretarías de Salud de las dos principales ciudades del país, Bogotá (2004) y Metrosalud (2003-2004), las Fuerzas Militares (2005), la Policía Nacional (2005) y el Instituto Nacional de Cancerología (2003-2005).

Adicionalmente, se cuenta con los reportes de los laboratorios a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos – CNPM – de precios de lista a distribuidor mayorista y de los precios sugeridos al público – PSP - para el período 2002-2004; y de los índices de precios de los medicamentos al consumidor final, que es una de las componentes del índice de precios de la salud que reporta mensualmente el DANE, como parte del IPC.

Esta sección utiliza toda la información disponible anteriormente descrita para hacer algunas consideraciones sobre las posibles tendencias de los márgenes de intermediación y para recomendar al Gobierno que mejore los sistemas de información existentes, con el objeto de poder, en un futuro, calcular con precisión estadística estos márgenes a lo largo de las diferentes cadenas de suministro de medicamentos.

Antes, sin embargo, una precisión metodológica. En el sector tradicionalmente se ha hablado de márgenes y descuentos para referirse a los diferenciales de precios en diferentes puntos de la cadena de distribución.

El margen (*m*) se mide como proporción del precio aguas arriba. Por ejemplo el margen del minorista es el que resulta de la siguiente ecuación:

$$P_{consumidor} = P_{minorista} * (1 + m)$$

El descuento (*d*) se mide como proporción de un precio de referencia aguas abajo. Por ejemplo, el descuento al consumidor, con respecto al precio máximo sugerido al público resulta de la siguiente ecuación:

$$P_{consumidor} = P_{m\acute{a}x\ sugerido\ al\ p\acute{u}blico} * (1 - d)$$

Los márgenes siempre se miden con respecto a precios reales de transacción; mientras que los descuentos se miden normalmente con respecto a unos precios de lista, que no son precios de transacción, pero que se utilizan para definir un precio de transacción, como en el ejemplo anterior.

En este estudio se utiliza también el concepto de descuento para medir el precio de compra de las instituciones en función de un precio de referencia, que puede ser el precio al cual compran otros agentes del mercado. Por ejemplo, los precios de compra del ISS se expresarán en función de los precios de compra de los distribuidores mayoristas, mediante la siguiente ecuación:

$$P_{ISS} = P_{mayorista} * (1 - d)$$

Con estas consideraciones pasamos a describir qué está ocurriendo en el mercado privado de droguerías y en el sector institucional.

Los laboratorios aplican descuentos a sus compradores sobre sus precios de lista en función de los volúmenes de compra, las condiciones de pago y los riesgos de recuperación de cartera que perciben. Estos precios de lista, en consecuencia, solo son precios de transacciones reales, en el mejor de los casos, para los compradores más pequeños, que representan una fracción mínima de las ventas totales de los laboratorios.

En opinión de los Distribuidores Mayoristas²³, las principales distorsiones del mercado de medicamentos en Colombia, viene dada desde un principio por los diferenciales de precios y descuentos que aplican los laboratorios a los diferentes canales de distribución. Si al caso anterior se le agrega la comercialización a través del canal institucional, los factores que distorsionan el mercado se acrecientan. Es corriente oír en los círculos de la industria que, las famosas “bajastas” en el mercado institucional, crean también un ambiente de distorsión. En este mercado el producto de las negociaciones, generalmente por licitación, puede dar como resultado descuentos de hasta 90%. Otros opinan que estos montos no llegan hasta ese punto y se habla de un rango entre 30% y 60 % de descuentos. Esta investigación pudo constatar que esos montos no están alejados de la realidad, como se verá a continuación. La distorsión surge en la medida en que el efecto de los grandes descuentos concedidos en el canal institucional, lo compensen los laboratorios con aumentos en los precios de venta a través del canal de mayoristas en el sector privado.

Todos los actores participantes en el mercado pueden verse beneficiados con mayores eficiencias en el proceso de intermediación. El gran ganador, el consumidor final. Cada vez es mayor el número de entidades del sector institucional que están comprando mediante licitación pública o privada e integrándose horizontalmente para este propósito, como en el caso de los hospitales públicos asociados en cooperativas departamentales, posteriormente federadas para la compra de medicamentos a nivel nacional en Feredsalud, como organismo cooperativo de segundo nivel. Estas tendencias se vienen reflejando en importantes descuentos en los precios de compra, que deben beneficiar al consumidor final. Algo similar puede estar ocurriendo en el canal privado con los distribuidores mayoristas. La evidencia de este efecto en el sector institucional se discutirá más adelante.

Antes, se analiza el funcionamiento de los mercados privados de ventas directas al consumidor final en droguerías y de ventas al distribuidor minorista por parte de los mayoristas.

2.3.2 EL MERCADO DE VENTAS DIRECTAS AL CONSUMIDOR FINAL

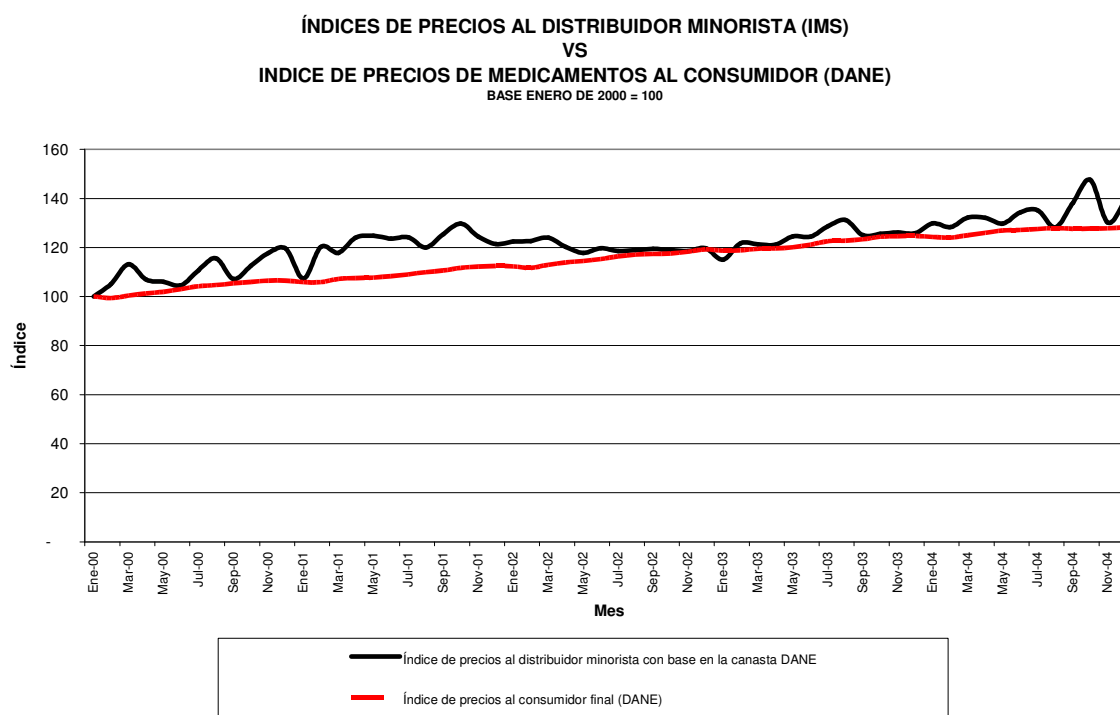
Los precios al consumidor final no se encuentran disponibles en ninguna base estadística. El DANE, que es la entidad que oficialmente lleva estadísticas de precios al consumidor, ha diseñado su investigación para la medición del comportamiento de índices de crecimiento de los precios, pero no reporta los niveles absolutos de los mismos. Esta información sólo

²³ Globalpharma

puede ser comparada con otros índices de precios para analizar su dinámica, pero no permite saber cuál es la magnitud del precio promedio al consumidor final.

Con el objeto de investigar la tendencia de los márgenes de intermediación que tiene el minorista (droguería) en sus ventas al consumidor final, se evaluó el costo de la canasta de medicamentos que usa el DANE a precios de minorista en los últimos 60 meses, comparado con la canasta IMS, teniendo en cuenta las ponderaciones constantes que usa el DANE para calcular el índice de precios de los medicamentos. De esta forma se están comparando las tendencias del precio promedio al consumidor final (DANE), con las tendencias del precio promedio al que compra el minorista esa canasta (IMS). Los resultados de esta comparación se presentan en la Gráfica 2.1.

GRÁFICA 2.1



Como puede observarse, los dos índices de precios tuvieron una tendencia similar en el quinquenio 2000-2004, siendo la tendencia del precio al consumidor final más estable que la tendencia de los precios de compra de los minoristas. Esto significa que los márgenes de intermediación del minorista son variables en el tiempo, pero no muestran tendencia en este período. Cualquiera que hubiera sido el margen en enero del 2000, en noviembre de 2004 estaban operando con el mismo margen de intermediación; es decir, los precios reales al minorista crecieron a la misma tasa en este período que los precios al consumidor final.

Por otro lado, en este mercado existen muchos compradores (11 millones de hogares) y muchos vendedores (entre 14 y 16 mil droguerías, ampliamente distribuidas en todo el territorio nacional), lo que indica que existen las condiciones de amplia competencia en este nivel del mercado, que garantizan que el margen con que operan los oferentes cubran sus costos y dejen como utilidad a sus dueños el mínimo necesario para remunerar el riesgo que están asumiendo. Cualquier intento de regular estos márgenes podría llevar a la quiebra a muchas droguerías. En otras palabras, los bajos costos de entrada al negocio han generado una amplia oferta de establecimientos, que ha tenido como efecto reducir las ganancias extraordinarias a cero.

¿Pero cuáles son estos márgenes? Con la información disponible no se puede responder esta pregunta. Sobre la base de que lo que se conoce con bastante precisión son los precios de compra de los distribuidores minoristas (IMS 2000-2004), y que, se cuenta con los precios máximos sugeridos al público, reportados trimestralmente por los laboratorios a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (2003-2004), lo que sí se puede establecer es una relación lineal entre el descuento que recibe el consumidor final, con respecto a los precios máximos sugeridos al público y los márgenes de intermediación de los minoristas (droguerías), mediante el siguiente sistema de ecuaciones:

$$(1) \quad p_{\text{consumidor}} = p_{\text{máx sugerido al público}} * (1-d)$$

$$(2) \quad p_{\text{consumidor}} = p_{\text{minorista}} * (1 + m).$$

Despejando d se obtiene:

$$(3) \quad d = 1 - \left[(p_{\text{minorista}} * (1 + m)) / p_{\text{máx sugerido al público}} \right]$$

El Cuadro 2.4 muestra los descuentos que puede estar obteniendo el consumidor final sobre los precios máximos sugeridos al público, para dos posibles valores del margen de intermediación del minorista (25% y 33%). El ejercicio se hizo tomando los precios promedio por dosis de la canasta común de medicamentos que se pudo obtener con las bases de datos a nivel de producto de IMS y de la canasta de precios máximos al público, reportados por los laboratorios a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, que cruzó con ella, ponderando ambas canastas por las cantidades vendidas a minoristas, según IMS.

Como puede observarse, en el período 2003-2004, si el margen de intermediación de los minoristas fuera de 33%, los descuentos al consumidor final, sobre los precios máximos sugeridos al público hubieran fluctuado alrededor del 38.6%; y si este margen fuera de 25%, los descuentos hubieran fluctuado alrededor de 42.4%.

CUADRO 2.4

DESCUENTOS OBTENIDOS POR EL CONSUMIDOR FINAL CON RESPECTO A LOS PRECIOS MÁXIMOS SUGERIDOS AL PÚBLICO (\$ POR DOSIS)

PRECIOS CONSTANTES DE DICIEMBRE DE 2004

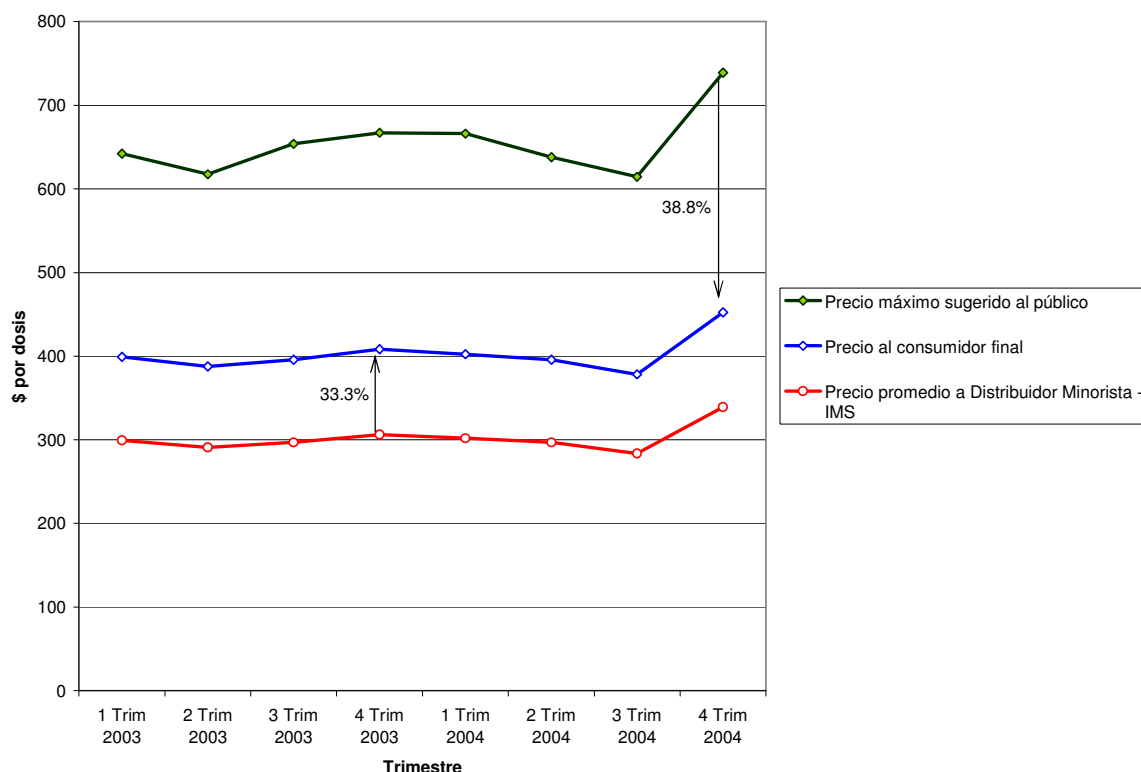
TRIMESTRE	A PRECIO MÁXIMO SUGERIDO AL PÚBLICO	B PRECIO PROMEDIO A DISTRIBUIDOR MINORISTA - IMS	C PRECIO AL CONSUMIDOR FINAL		D DESCUENTO AL CONSUMIDOR FINAL	
			M=25%	M=33%	M=25%	M=33%
1 Trim 2003	642,1	299,4	374,3	398,2	41,7%	38,0%
2 Trim 2003	617,3	290,8	363,4	386,7	41,1%	37,4%
3 Trim 2003	653,9	296,8	371,1	394,8	43,3%	39,6%
4 Trim 2003	667,1	306,3	382,9	407,4	42,6%	38,9%
1 Trim 2004	666,0	301,8	377,3	401,4	43,4%	39,7%
2 Trim 2004	637,8	296,8	371,0	394,8	41,8%	38,1%
3 Trim 2004	614,4	283,7	354,6	377,3	42,3%	38,6%
4 Trim 2004	738,9	339,2	424,0	451,1	42,6%	38,9%

Fuente. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos; Interdata IMS; Cálculos Econometría SA.

- A. Precio máximo declarado por los laboratorios a la CNPM
- B. Precio reportado a IMS por los distribuidores mayoristas
- C. Precio al Consumidor = Precio al Minorista (1 + margen)
- D. Valor calculado con la fórmula $P. \text{ consumidor} = (1 - \text{descuento}) * P. \text{ Máx. sugerido al público}$

GRÁFICA 2.2

COMPARACIÓN DEL PRECIO MÁXIMO SUGERIDO AL PÚBLICO CON EL PRECIO AL CONSUMIDOR FINAL



¿Qué se concluye de este análisis? Por un lado, que los precios máximos sugeridos al público están muy altos con respecto a los precios efectivos de venta al consumidor final calculados dentro de este estudio; y por el otro, que desde el punto de vista de la política de precios de medicamentos, estos precios máximos sugeridos al público no sólo no son útiles para regular los precios, sino que pueden tener el incentivo perverso de aumentar los precios efectivos en lugar de reducirlos. Desde el punto de vista de las técnicas de regulación, lo único que valdría la pena eventualmente es reportar los precios máximos al público de la lista de productos bajo el régimen de control directo.

2.3.3 EL MERCADO DE VENTAS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA

Este es el mercado donde los distribuidores mayoristas venden los productos farmacéuticos a los distribuidores minoristas (droguerías y puntos de venta al consumidor final), que son un grupo heterogéneo integrado por cadenas de droguerías y grandes superficies, cajas de compensación familiar y droguerías independientes. Según las cifras que maneja la industria²⁴, los mayoristas privados tendrían un margen de intermediación de 15%, las grandes superficies trabajarían con márgenes menores de 8%, porque su cadena de dispensación tiene menores costos, sus puntos de dispensación están dentro de la misma superficie al lado de grandes cantidades y variedades de productos y, las cajas de compensación familiar de 3%, porque sus cadenas de dispensación son menores y por lo general, tienen un ámbito departamental. Estas cifras, sin embargo, no tienen ninguna sustentación estadística. La verdad es que nadie sabe cuál es el margen promedio con el que trabajan estas instituciones y este estudio tampoco contó con información suficiente para ello.

Un ejercicio similar al realizado a nivel minorista, se puede realizar en este caso para evaluar la relación entre los márgenes de intermediación y los descuentos que obtiene el mayorista, como comprador. En este caso, se usan los mismos precios de venta a distribuidor minorista (reportados por IMS) y se cruza con los precios ex fábrica de venta al distribuidor mayorista reportados por los laboratorios, que para este análisis se supone que no son precios reales de transacción, sino precios de referencia sobre los cuales los laboratorios hacen descuentos según el tipo de comprador, como ya se discutió anteriormente. En promedio, la relación entre márgenes de comercialización y descuentos a nivel de mayoristas debe cumplir el siguiente sistema de ecuaciones:

$$(1) \quad p_{\text{mayorista}} = p_{\text{minorista}} / (1 + m)$$

$$(2) \quad p_{\text{mayorista}} = p_{\text{lista ex fábrica}} * (1 - d).$$

²⁴ Ver “Posición de la Industria frente a la distribución privada de medicamentos”, Emilio Sardi, Foro Farmacéutico de la Andi, Cartagena 2003.

Despejando **d** se obtiene:

$$(3) \quad d = 1 - \left[(p_{\text{minorista}} * (1 + m)) / p_{\text{lista ex fábrica}} \right]$$

El Cuadro 2.5 muestra los descuentos promedio que pueden estar obteniendo los distribuidores mayoristas sobre los precios de lista ex fábrica reportados por los laboratorios a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, para tres posibles valores del margen de intermediación del mayorista (15%, 20% y 25%). El ejercicio se hizo tomando los precios promedio por dosis de la canasta común de medicamentos que se pudo obtener con las bases de datos a nivel de producto de IMS y de la canasta de precios de lista ex fábrica, reportados por los laboratorios a la Comisión, que cruzó con ella, ponderando ambas canastas por las cantidades vendidas a minoristas, según IMS.

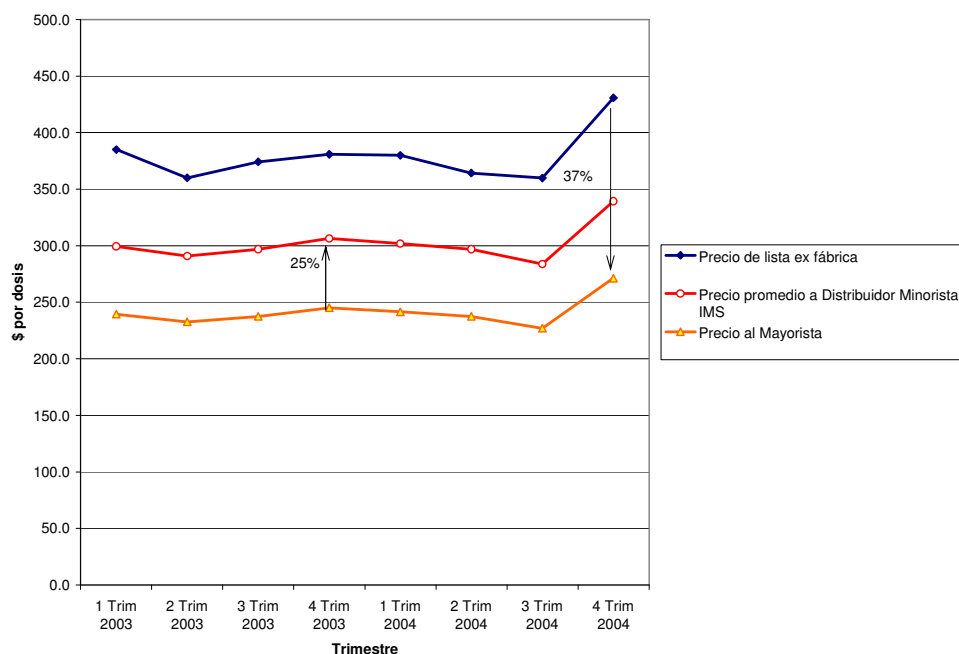
CUADRO 2.5
DESCUENTOS OBTENIDOS POR EL DISTRIBUCIÓN MAYORISTA CON RESPECTO A LOS
PRECIOS DE LISTA EX FÁBRICA

TRIMESTRE	A PRECIO DE LISTA EX FÁBRICA	B PRECIO PROMEDIO A DISTRIBUIDOR MINORISTA - IMS	C PRECIO AL MAYORISTA			D DESCUENTO DEL MAYORISTA		
			M=15%	M=20%	M=25%	M=15%	M=20%	M=25%
1 Trim 2003	385,1	299,4	260,4	249,5	239,5	32%	35%	38%
2 Trim 2003	359,9	290,8	252,8	242,3	232,6	30%	33%	35%
3 Trim 2003	374,2	296,8	258,1	247,4	237,5	31%	34%	37%
4 Trim 2003	380,9	306,3	266,4	255,3	245,1	30%	33%	36%
1 Trim 2004	380,0	301,8	262,4	251,5	241,5	31%	34%	36%
2 Trim 2004	364,2	296,8	258,1	247,3	237,4	29%	32%	35%
3 Trim 2004	359,9	283,7	246,7	236,4	227,0	31%	34%	37%
4 Trim 2004	430,8	339,2	295,0	282,7	271,4	32%	34%	37%

Fuente. Comisión Nacional de Precios de Medicamentos; Interdata IMS; Cálculos Econometría SA.

- A. Precio declarado por los laboratorios a la CNPM
- B. Precio reportado a IMS por los distribuidores mayoristas
- C. Precio al Mayorista = Precio al Minorista / (1 + margen)
- D. Valor calculado con la fórmula $P_{\text{mayorista}} = (1 - \text{descuento}) * P_{\text{Lista ex-fábrica}}$.

GRÁFICA 2.3
PRECIO PROMEDIO A DISTRIBUIDOR MAYORISTA VS PRECIO DE LISTA EX - FÁBRICA
(\$ POR DOSIS)
PRECIOS CONSTANTES DE DICIEMBRE DE 2004



Como puede observarse, en el período 2003-2004, si el margen de intermediación de los mayoristas fuera de 15%, los descuentos al mayorista, sobre los precios de lista ex fábrica hubieran fluctuado alrededor de 30.8%; si este margen fuera de 20%, los descuentos hubieran fluctuado alrededor de 33.6% y si el margen fuera de 25%, los descuentos hubieran fluctuado alrededor de un promedio de 36.4%.

Descuentos a los mayoristas privados entre 30 y 36%, sobre los precios de lista reportados a la Comisión, muestran que esos precios están también lejos de los precios reales de transacción en este mercado. En el futuro, para propósitos de seguimiento de los precios de los medicamentos, en diferentes puntos de la cadena de distribución, se necesita un mayor nivel de precisión en la información. Al momento, se cuenta con información bastante confiable sobre los precios de venta al distribuidor minorista que audita IMS. Con la información que no se cuenta es con la referente a los precios de venta de los laboratorios al distribuidor mayorista. Esta información de los precios reales de mercado son indispensables para los propósitos de análisis del margen de comercialización en el sector privado²⁵.

²⁵ En la circular 05 de 2002 de la CNPM se estableció que en “adelante el precio ex fábrica a reportar, será el precio promedio de venta a los diferentes canales de distribución”; pero no hizo precisión sobre cuáles eran esos canales, ni si incluían los precios de venta directa a grandes compradores Institucionales. Lo que se quisiera tener son los precios promedio de venta a mayoristas privados, definidos como el valor de las ventas totales/unidades de dosis vendidas de cada producto.

Por último, se espera que, gracias a la amplia competencia que existe en la dispensación de medicamentos, los precios al consumidor final no se alejen mucho de la tendencia observada por el DANE.

2.3.4 EL MERCADO INSTITUCIONAL

El mercado institucional es el mercado en el cual los laboratorios, los comercializadores y los importadores ofrecen medicamentos a las instituciones de salud, que los demandan tanto para consulta externa, como para usos hospitalarios (hospitalización y cirugía). Es un mercado en el que se presentan por lo general un grupo grande de oferentes gracias a los volúmenes que representa y al tipo de productos demandados, que por tratarse de la canasta POS, tiene muchos interesados.

Existe un grupo de medicamentos que no está suficientemente representado en la canasta de medicamentos de venta en droguerías, captada por el IMS. Son por lo general, medicamentos para el tratamiento de enfermedades de alto costo como quimioterapias (cáncer), VIH-Sida y otras patologías que, en su mayoría, se deben aplicar mediante hospitalización. Posiblemente, es aquí donde se presenta una mayor incidencia de situaciones de poder de mercado; medicamentos muy exclusivos producidos por un o máximo dos laboratorios.

A pesar de esta situación, es justamente en este mercado donde hay menos información sobre los costos de compra de los medicamentos, tanto en el sector público como privado²⁶. Hacia el futuro, una de las prioridades de la acción pública, con miras a una mayor vigilancia en el mercado, debe ser la conformación de un sistema de información sobre precios y cantidades compradas por medicamento en este sector, al cual las instituciones reporten periódicamente (deseable con frecuencia trimestral) las bases de datos de compras efectuadas durante el período. Pero no se trata sólo de un proceso de vigilancia sino de oportunidades de mercado de productos, que aún sin una protección legal, se encuentran muy solos en el mercado.

El mercado institucional está constituido por los aseguradores (EPS/ARS/Regímenes especiales, MP y otras pólizas de salud) y la red de IPS, públicas y privadas, que prestan servicios de salud. Los aseguradores atienden normalmente consulta externa y algunos tienen su propia red de hospitales y clínicas. Las IPS privadas independientes prestan servicios a los aseguradores y a su propia clientela; y las IPS públicas están organizadas en redes que dependen para sus compras de las Secretarías Departamentales y Distritales de Salud. De acuerdo con cálculos de Econometría, cerca de 54% de la población colombiana

²⁶ Las EPSs privadas como las públicas compran medicamentos de alto costo para este tipo de patologías, sin embargo, no se dispone de información sobre estos precios. Por un lado no los capta el mercado detallista en droguerías (IMS) y por otro, no están comprendidos en el POS. Cuando no los suministra la EPS, generalmente, la acción de tutela es la solución. En cualquier caso es una información valiosa para el mercado, no solo en función del control sino de oportunidades para la industria, en los casos e que ello sea posible.

(la mayoría de los afiliados a ARS y a regímenes especiales, todos públicos, vinculados y otros) son atendidos por la red pública de salud y 46% restante por EPS e IPS del sector privado. En los últimos años se observa una creciente integración horizontal de estas instituciones, especialmente IPS, para la compra de medicamentos; el ejemplo más claro es la agrupación de algunas redes departamentales de hospitales en Feredsalud, como cooperativa de segundo nivel. También se observan fusiones de EPS privadas, como el Grupo Saludcoop (Saludcoop, Cruz Blanca y Cafesalud), que es hoy día la EPS más grande del país y la disminución de la participación de las pocas EPS públicas existentes, con la liquidación de algunas de ellas (Caja Nacional de Previsión, Caprecom y otras) y la pérdida de clientela del ISS.

El otro desarrollo importante ha sido el fortalecimiento y ampliación de cobertura de los procesos de compra de medicamentos a través de procesos de licitación o concursos públicos o privados, con muchos oferentes y un solo comprador, de los cuales el más notorio es el de las famosas “bajastas” del ISS. La característica más importante de estos procesos es que, como está demostrado en la literatura internacional de mercados, estos esquemas de compra tienden a constituir un submercado eficiente que, en el límite, produce un resultado en términos de precios y cantidades similar al que produciría un mercado en competencia perfecta, con muchos compradores y muchos vendedores, por la regla de oro de asignar contratos a los oferentes que ofrezcan los productos al mínimo precio o, lo que es lo mismo, con los mayores descuentos sobre los precios de base. Hacia esta situación se tiende, teóricamente, entre más igualdad de oportunidades tengan los oferentes potenciales, entre mayores volúmenes de compra se demanden y entre menos riesgo de cartera se espere del cliente. Cuando los oferentes tienen poder de mercado en algunos productos, este procedimiento de compras permite extraer parte del excedente que el productor está obteniendo por su posible abuso de posición dominante en un mercado más abierto con muchos compradores independientes, como es el canal minorista privado.

Con base en la información reportada sobre precios y cantidades de medicamentos comprados en el último año, o en los últimos dos o tres años, por seis instituciones oficiales de salud²⁷, se puede calcular el descuento promedio obtenido en la compra de medicamentos, a través de los procesos de compra establecidos por cada una de estas instituciones, con respecto a dos canastas de precios, para las cuales se tiene información para los mismos años: Los precios de lista ex fábrica, reportados por los laboratorios a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos y los precios efectivos de venta a distribuidor minorista reportados por IMS. Sólo esta última comparación se hace sobre precios efectivos de transacción. La comparación se hizo sobre los precios promedio, ponderados por las cantidades compradas en cada institución, usando para este propósito la canasta de medicamentos que, después de la depuración de las bases de datos, estaban en ambas fuentes (la Institución y la base usada como referencia para cada comparación,

²⁷ Se recuerda que las seis instituciones que respondieron fueron: ISS (2003-2004), las Secretarías de Salud de las dos principales ciudades del país, Bogotá (2004) y Metrosalud (2003-2004), las Fuerzas Militares (2005), la Policía Nacional (2005) y el Instituto Nacional de Cancerología (2003-2005).

IMS). La proporción de las compras institucionales que cruzan con las canastas de precios de referencia varían según el tipo de institución y el año; por lo tanto, los resultados no son estrictamente comparables entre sí. En particular, hay muchos medicamentos hospitalarios que son comprados por las instituciones y no se venden en droguerías (sector minorista privado).

El cuadro 2.6 presenta los resultados de estas comparaciones, expresados en términos de los descuentos que obtienen las instituciones investigadas, con respecto a los dos precios de referencia usados para la comparación.

Antes de presentar los resultados, hay que observar que la proporción de productos comprados por las instituciones que cruzan con la base de datos de distribuidores minoristas (IMS) es alta para las FFMM (86%) y la Policía Nacional (74%); intermedia para el ISS, y las Secretarías de Salud de Bogotá y Medellín (entre 43 y 55%) y baja para el INC (entre 27 y 44%). Por otro lado, la proporción de productos comprados por las instituciones que cruzan con la base de datos de la Comisión fluctúan entre un máximo de 75% para la SDS de Bogotá y un mínimo de 30% para la Policía Nacional; y entre 34 y 54% por el resto de observaciones. En este caso el problema no son los medicamentos hospitalarios, que tienden a estar en ambas listas, sino la mala calidad de la base de datos reportados al Ministerio, que impidió un cruce mayor.

Un primer resultado es que las instituciones nacionales más grandes como el ISS, las FFMM y la Policía Nacional obtienen descuentos mayores que las Secretarías de Salud de Bogotá y Medellín; y estas a su vez obtienen descuentos mayores que el INC, que es más pequeño en sus compras que las anteriores y, además, no diversifica al tener que comprar fundamentalmente medicamentos oncológicos (quimioterapias). Efectivamente, mientras las primeras obtienen descuentos con respecto al precio de compra de distribuidores minoristas entre 72 y 78%, las Secretarías de Salud de Bogotá y Medellín, solo obtienen descuentos entre 48 y 58% y el INC solo obtiene descuentos entre 18 y 24%.

Al comparar los precios de compra de las instituciones, con los precios de compra de los minoristas, el descuento mide el efecto acumulado de la mayor competencia entre compradores y de las mayores economías de escala de estas instituciones. A medida que se observen las compras de instituciones de salud más pequeñas y sin la diversidad de oferentes que concurren a los mercados institucionales más grandes, el porcentaje de descuentos, con respecto al precio de compra de los minoristas debe caer; y en el caso de IPS pequeñas y aisladas que podrían tener que comprar en droguerías, podrían estar pagando precios cercanos a los que paga el consumidor final.

Un segundo resultado es que la comparación de los descuentos obtenidos es mucho más coherente si se realiza frente a los precios de venta del mercado minorista, que presenta precios reales de mercado, que frente a precios de lista de distribuidor mayorista, independientemente de la cobertura de medicamentos usados para la comparación. El ejemplo claro está en los casos del ISS (2004), de las FFAA y la SDS de Bogotá, cuyos

precios promedio de lista a distribuidor mayorista, para los productos que cruzan, está por encima del precio efectivo de venta a distribuidores minoristas, lo cual no tiene sentido.

CUADRO 2.6

DESCUENTOS EN LOS PRECIOS DE COMPRA DEL SECTOR INSTITUCIONAL /a

INSTITUCIÓN	Año	PRECIO DE REFERENCIA	
		PRECIO DE LISTA A DISTRIBUIDOR MAYORISTA /1	PRECIO PROMEDIO A DISTRIBUIDOR MINORISTA /1
Instituto de Seguros Sociales – ISS	2003	94.7% (0.43)	78.3% (0.55)
	2004	55.0% (0.34)	77.8% (0.41)
FFMM	2005	70.8% (0.54)	72.2% (0.86)
Policía Nacional	2005	72.8% (0.30)	73.8% (0.74)
Secretaría de Salud de Bogotá	2004	51.5% (0.75)	57.0% (0.50)
Metrosalud - Medellín	2003	81.8% (0.35)	48.1% (0.43)
	2004	81.0% (0.37)	58.4% (0.47)
Instituto Nacional de Cancerología	2003	45.0% (0.49)	24.6% (0.32)
	2004	49.8% (0.35)	18.1% (0.27)
	2005	41.5% (0.43)	22.2% (0.44)

Fuente: Cálculos Econometría S.A. – Empalme Pharmapró (Universidad de Antioquia – Medellín)

/a. Leyenda de la celda

Descuento % total (% de las ventas evaluado)

/1 El descuento se calcula con base a la siguiente ecuación

$$Desc = \left(1 - \frac{\sum P_i Q_i}{\sum P_{ref} Q_i} \right) \times 100$$

Dentro de la información disponible no se cuenta con estimativos del precio efectivo de compra de los distribuidores mayoristas a los laboratorios, ni de los márgenes de distribución con que trabajan. Siguiendo una metodología similar a la anterior, sin embargo, se puede establecer un rango de variación en los posibles márgenes de comercialización que tienen y con ello calcular, cuales podrían ser los márgenes de compra de las instituciones con respecto al precio mayorista. Este descuento debe ser positivo, dados los altos descuentos con respecto al precio al minorista observados en el cuadro anterior; lo que significaría que las instituciones están obteniendo descuentos de los

laboratorios, con respecto a los precios de lista ex fábrica, mayores que los obtenidos por los distribuidores mayoristas.

El descuento de las instituciones con respecto a los mayoristas debe cumplir con el siguiente sistema de ecuaciones:

$$(1) \quad P_{\text{Institucional}} = P_{\text{Mayorista}} * (1 - d_{\text{Inst/mayorista}})$$

$$(2) \quad P_{\text{Institucional}} = P_{\text{Minorista}} * (1 - d_{\text{Minorista}})$$

$$(3) \quad P_{\text{Mayorista}} = P_{\text{Minorista}} * (1 - d_{\text{Mayorista}})$$

$$(4) \quad d_{\text{Mayorista}} = m / (1 + m)$$

Con las tres primeras ecuaciones se obtiene el descuento que obtienen las instituciones con respecto al precio mayorista ($d_{\text{Inst/mayorista}}$):

$$d_{\text{Inst/mayorista}} = (d_{\text{Minorista}} - d_{\text{Mayorista}}) / (1 - d_{\text{Mayorista}})$$

Usando la ecuación (4) se puede calcular el descuento implícito del mayorista, con respecto al precio al cual le vende al minorista, para diferentes supuestos sobre el margen de ventas con que trabaja (m).

Los resultados de este ejercicio, para valores del margen del mayorista de 10%, 15% y 20%, se presentan en el Cuadro 2.7. El descuento con respecto al precio de compra del distribuidor mayorista es una referencia más adecuada para los grandes compradores institucionales; pero el descuento con respecto al precio de compra de los distribuidores minoristas puede ser más adecuado para los pequeños compradores institucionales; por eso se incluyen ambos. Si se observa el valor de este descuento para un margen del mayorista de 15%, que es el más probable²⁸, se constata que decrece proporcionalmente al descuento con respecto al precio de compra del distribuidor minorista, como indica la relación lineal entre estos dos coeficientes en la fórmula; pero su dispersión relativa con respecto al margen del mayorista no es lineal y es mayor a menor descuento con respecto al distribuidor minorista; por ejemplo, para el ISS (2003) la desviación relativa frente al promedio en el rango de 10 a 20% de margen es de 1.5%, y para el INC (2004), que tiene un descuento con respecto al minorista mucho menor, es de 70%.

²⁸ IMS reporta este valor medio en sus informes.

Cuadro 2.7

ESTIMACIÓN DEL DESCUENTO A INSTITUCIONES CON RESPECTO AL PRECIO A DISTRIBUIDOR

INSTITUCIÓN	AÑO	PRECIO DE REFERENCIA			
		PRECIO PROMEDIO A DISTRIBUIDOR MINORISTA	PRECIO PROMEDIO A DISTRIBUIDOR MAYORISTA /1		
			M=10%	M=15%	M=20%
Instituto de Seguros Sociales - ISS	2003	78.3%	76.1%	75.0%	73.9%
	2004	77.8%	75.5%	74.4%	73.3%
FFMM	2005	72.2%	69.4%	68.1%	66.7%
Policía Nacional	2005	73.8%	71.2%	69.9%	68.6%
Secretaría de Salud de Bogotá	2004	57.0%	52.7%	50.5%	48.4%
Metrosalud	2003	48.1%	42.9%	40.3%	37.7%
	2004	58.4%	54.2%	52.1%	50.0%
Instituto Nacional Cancerológico	2003	24.6%	17.1%	13.3%	9.6%
	2004	18.1%	10.0%	5.9%	1.8%
	2005	22.2%	14.4%	10.5%	6.6%

Fuente: Interdata – IMS, Cálculos Econometría S.A.

/1 Descuento calculado con base en la siguiente ecuación

$$D_{my} = \frac{d_{min} - d_{may}}{1 - d_{may}}$$

donde :

D_{my} = Descuento de la institución con respecto al distribuidor mayorista

d_{min} = Descuento de la institución con respecto al distribuidor minorista

d_{may} = Descuento del mayorista con respecto al distribuidor minorista

m = Margen de comercialización del distribuidor mayorista.

Observando los descuentos con respecto al precio de venta del distribuidor mayorista de la columna central (suponiendo un margen del mayorista de 15%), se tienen los siguientes resultados, a partir de los precios efectivos de compra reportados por las seis instituciones públicas investigadas:

El ISS obtuvo en sus “bajastas” de 2003 y 2004 descuentos del orden de 76% en sus compras, con respecto al precio de compra de los distribuidores mayoristas a los laboratorios. De la muestra de instituciones estudiadas, es el que obtiene los más grandes descuentos; lo cual puede relacionarse con cuatro atributos fundamentales del Instituto: su tamaño, que genera importantes economías de escala en las compras, la diversificación de sus compras de medicamentos para atender todas las patologías que se presentan en su población afiliada, la acumulación de experiencia ganada con las “bajastas” en el último quinquenio y la mejoría de su situación financiera, que ha llevado a mejorar la calificación de su cartera frente al riesgo de no pago.

Las FFAA obtuvieron descuentos del orden de 70%, seis puntos porcentuales por debajo del ISS, que es un Instituto que puede tener 2 o 3 veces el tamaño de las FFMM o la Policía Nacional, pero son grandes frente a otros compradores y deben tener una buena calificación de su cartera en el mercado

Las Secretarías de Salud de Bogotá y Medellín obtuvieron descuentos del orden de 51%, sobre los precios de compra de mayoristas, aunque en 2002 Metrosalud sólo obtuvo descuentos del orden de 40%. El valor de sus compras de medicamentos es menor que en las anteriores entidades de orden nacional y atienden sólo una clientela regional. Para Medellín se observan dos años y un aumento de cerca de 11 puntos porcentuales en los descuentos obtenidos entre 2003 y 2004, que muestran un posible efecto de aprendizaje en las prácticas de compra.

Por último, el caso del Instituto Nacional de Cancerología, para el cual se tienen datos de compras en los últimos tres años, es interesante. Es mucho más pequeño en sus compras que los anteriores y, por esta razón, los descuentos obtenidos son mucho menores que en los anteriores casos. Por otro lado, es menos diversificado, ya que la mayoría de sus compras están concentradas en productos oncológicos de reciente generación y donde hay un ritmo de innovación tecnológica muy alta, que se usan para quimioterapias de alto costo, hasta cierto punto experimentales y con eficacia terapéutica aun no totalmente comprobada. Estos productos son normalmente comprados a laboratorios innovadores que tienen poder de mercado. Esto último hace que el precio de referencia puede estar más cercano al precio de compra de distribuidores mayoristas que pueden trabajar con márgenes de comercialización mayores que el promedio, posiblemente sesgados hacia 20% o más. Si se mira la última columna del cuadro (con $m = 20\%$), los descuentos que están obteniendo, con respecto al precio de compra de estos mayoristas, no supera el 10% y, en 2004 llegaron a ser de sólo 1.8%.

Es necesario dejar sentado que los resultados anteriores tienen una salvedad: las canastas institucionales que se están comparando, solo cubren los productos que cruzan con la base de datos de distribuidores minoristas (IMS). Esta proporción de cubrimiento, como ya se señaló, es alta para las FFMM (86%) y la Policía Nacional (74%); intermedia para el ISS, y las Secretarías de Salud de Bogotá y Medellín (entre 43 y 55%) y baja para el INC (entre 27 y 44%). La principal causa de que no haya una cobertura total es la dificultad para identificar los productos comunes, por problemas de codificación y nomenclatura, pero su distribución por clases terapéuticas debe ser bastante aleatoria y no debe generar sesgos en los estimativos de los precios promedio. La otra causa, menor pero más importante, es que las canastas comunes incluyen sólo productos que también se venden en droguerías y, por lo tanto, excluyen productos que sólo se venden para tratamientos intra hospitalarios en el sector institucional, muchos de los cuales pueden ser productos innovadores de alto precio. El caso más notorio de los estudiados es el del Instituto Nacional de Cancerología. Los “descuentos” sobre la compra de estos productos no se pueden definir, porque no hay un precio de referencia con el cual se pueda comparar. Sobre este punto se volverá más adelante.

2.4 INFLUENCIA DE LOS CANALES DE DISTRIBUCIÓN EN LA FORMACIÓN DE PRECIOS

De las anteriores anotaciones sobre la forma en que operan los mercados en un sector como el de medicamentos, se puede llegar a las siguientes conclusiones, tanto al interior de los canales de distribución privados de venta al público general, como para el canal Institucional.

2.4.1 AL INTERIOR DE LOS CANALES PRIVADOS

- En la medida que las condiciones de ubicación y oportunidad son atributos importantes de los medicamentos, los consumidores los valoran de manera diferente en mercados alejados que en mercados cercanos a los centros de fabricación e importación. Esta valoración se da siempre y cuando las actividades logísticas que uno o varios agentes lleven a cabo para colocar los medicamentos en donde se les requieren, resulten menos costosas en tiempo, dinero y salud que un desplazamiento del consumidor que requiere de dichos medicamentos. Si se ordenan estas demandas de mayor a menor disponibilidad a pagar, se conforma la función de demanda por un medicamento dado en un sitio específico.
- Los costos que tiene ubicar un medicamento en un sitio en un momento dado no solo están dados por los costos de fabricación, transporte y almacenamiento, sino que incorporan la remuneración a diferentes riesgos operativos y de mercado que deben asumir los agentes involucrados en la cadena logística y de negocios requerida para poder hacer llegar el medicamento a dicho mercado.
 - ◆ Si estos costos y riesgos son bajos habrá un buen abastecimiento del mercado en cuestión y sólo podrán participar en él los agentes de la cadena logística con menores costos operativos y con mejor manejo de dichos riesgos, lo cual reducirá los precios al consumidor final a los niveles más bajos posibles a los cuales los productores marginales solo cubrirán sus costos variables de operación y deberán posponer el pago de sus activos fijos y demás costos de largo plazo.
 - ◆ Si los costos y riesgos involucrados en llevar un medicamento hasta un mercado específico son altos, solo los agentes con una mayor propensión al riesgo entrarán a competir en el mercado y se concentrará la oferta en unos pocos oferentes y en algunos casos en un sólo oferente. Esta situación hará que se suban los precios, debido a que se hará uso del poder de mercado, atendiendo las demandas de aquellos consumidores con mayor disponibilidad de pago. Este mayor precio servirá para cubrir el riesgo enfrentado por los agentes involucrados, pero adicionalmente se puede obtener una ganancia extraordinaria que superaría el costo asociado a dicho riesgo. Bajo condiciones de libertad de

entrada a los mercados, esta ganancia extraordinaria llevará a que agentes con menor propensión al riesgo se incorporen en el mercado, aumentando la oferta y accediendo a consumidores con una menor disponibilidad a pagar equilibrando el precio con las condiciones objetivas de costo.

- La situación de concentración de la oferta se puede dar también en la cadena logística de distribución, la cual se suma a la que existe a nivel de la fabricación. Tanto en un caso como en el otro es difícil cuantificar que parte del precio en un mercado concentrado corresponde a la remuneración de los riesgos enfrentados y que parte corresponde a un abuso de la posición de dominio sobre los precios, en la medida en que existe asimetría en la disponibilidad de la información de costos y el riesgo tiene componentes de carácter subjetivo.

En conclusión, aunque es posible que en algunos lugares alejados de los principales centros de consumo pueda existir poder de mercado para fijar precios por parte de los mayoristas que los abastecen, las condiciones generales de la competencia, tanto en el mercado minorista abastecido por los mayoristas, como en el mercado a nivel del consumidor final, abastecido por las cadenas de droguerías, las grandes superficies, las cajas de compensación familiar y las droguerías independientes, garantizan, por el alto número de agentes que participan, tanto por el lado de la oferta como de la demanda, que posibles configuraciones transitorias de poder de mercado, no prosperen, como resultado de la auto regulación que ofrece el mercado mismo. Estos mercados, por lo tanto, no requieren de ninguna regulación externa.

2.4.2 CANAL INSTITUCIONAL VS. CANALES PRIVADOS

Como se destacó en el numeral 2.3, para una muestra de instituciones públicas de salud (EPS/IPS), a diferencia de los canales privados de distribución, a través de una cadena de mayoristas y minoristas que llega al nivel del consumidor final con muchos compradores y vendedores en cada etapa, la distribución de medicamentos a través del canal institucional tiende a concentrarse en un conjunto de sub mercados donde las compras se hacen a través de procesos de compra por licitación o concurso, donde hay un solo comprador que toma decisiones con el criterio de mínimo precio y muchos vendedores que compiten por ganar los contratos de compra, dejando en la periferia un conjunto amplio de IPS pequeñas, que en su gran mayoría recurren al canal privado para sus compras. Como muestra la literatura internacional, los procesos de compra por licitación o concurso son mecanismos eficientes de mercado que permiten obtener, en el límite para grandes volúmenes, resultados en precios y cantidades muy similares a los que existirían si el mercado operara en condiciones de competencia perfecta, aun en presencia de poder de mercado por parte de los vendedores; fenómeno que no se presenta en los canales privados, porque los compradores son muy pequeños y no pueden contrarrestar el poder de mercado de los vendedores.

En la medida en que gane participación la integración horizontal en las compras de medicamentos, el sector institucional se puede blindar frente a los abusos de poder dominante en el mercado en la formación de precios. Se espera que el sector privado lo haga por decisión propia, en la medida en que esta integración sea conveniente; para el sector institucional público, la regulación, más que enfocarse hacia el control de precios, debería orientarse hacia la regulación de los mecanismos de compra, para garantizar transparencia en los procedimientos e igualdad de oportunidades a todos los oferentes potenciales.

2.5 HÁBITOS DE COMPRA DEL CONSUMIDOR

En los canales privados de distribución, la determinación de los precios depende de las estructuras del mercado y del comportamiento de los agentes de oferta y demanda. Por el lado de la oferta es necesario controlar los abusos de poder de mercado que pueden tener algunos oferentes. Por el lado de la demanda, es necesario mejorar la información en manos del consumidor final y su agente el médico para que en el momento de la decisión de compra tengan todos los elementos de juicio necesario, básicamente, las opciones terapéuticas alternativas existentes en el mercado y los precios unitarios de esas opciones, para que el comprador pueda elegir la que más le conviene.

Mejorar la información del médico es un tema para el sector institucional, a partir de la creación de un sistema de información público sobre el universo de opciones existentes por clase terapéutica y los precios de mercado, que pueda ser libremente consultado por todos. Mejorar la información del consumidor final que tiene que comprar los medicamentos en droguería, para que pueda tomar la decisión que más le conviene, dadas sus necesidades y su restricción de presupuesto, es más complejo. Requiere conocer previamente los hábitos de compra del consumidor para poder influir sobre ellos.

Con este objetivo en mente, el presente estudio realizó una encuesta de opinión en las cinco ciudades más importantes del país, con el fin de indagar por el grado de conocimiento que los consumidores tienen sobre las políticas de medicamentos y, más concretamente, para tener una idea de sus hábitos al momento de comprar los medicamentos. A continuación se presenta la metodología usada para el diseño de la muestra y los resultados obtenidos.

2.5.1 METODOLOGÍA DE DISEÑO DE LA MUESTRA

Se adelantó una encuesta telefónica sobre hábitos de compra de medicamentos y conocimiento de algunas normas regulatorias del mercado de los productos, en una muestra probabilística de hogares en los diversos estratos socioeconómicos, con servicio telefónico en Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla y Bucaramanga.

El diseño muestral es aleatorio simple de elementos. Los hogares con línea telefónica son los elementos. El tamaño total de la muestra efectivamente encuestada fue de 2.000 hogares. En cada hogar contactado telefónicamente, se encuestó a la persona adulta que estuviera disponible, preferentemente el jefe de hogar o su cónyuge. La muestra se seleccionó por estrato socioeconómico (tres grupos de estratos: bajo 1-2, medio 3, y alto 4-5-6) con afijación igual, vale decir, igual tamaño ($n = 667$ por estrato). La distribución por ciudad se hizo con afijación proporcional en función del tamaño de los universos respectivos.

El muestreo en cuestión, en consecuencia, fue con probabilidad final desigual para cada hogar encuestado para mejorar la eficiencia. En consecuencia, para la estimación insesgada de resultados, fue necesario ponderar los valores muestrales por el recíproco de la probabilidad de selección.

El Cuadro 2.8 presenta la composición de la muestra por ciudades y estrato. Como puede verse Bogotá concentra 52.4% de las encuestas.

CUADRO 2.8
ANÁLISIS DE LOS HÁBITOS DEL CONSUMIDOR
ENCUESTA TELEFÓNICA A HOGARES
COMPOSICIÓN DE LA MUESTRA

CIUDAD	TOTAL DE HOGARES	PARTICIPACIÓN EN EL TOTAL DE LAS 5 CIUDADES	ENCUESTA POR CIUDAD	ENCUESTAS POR ESTRATO		
				ESTRATOS BAJOS (1,2)	ESTRATOS MEDIOS (3)	ESTRATOS ALTOS (4,5 Y 6)
Barranquilla	280.654	7.6%	150	50	50	50
Bucaramanga	276.024	7.5%	150	50	50	50
Cali	604.411	16.4%	330	110	110	110
Medellín	590.224	16.0%	320	107	107	106
Bogotá	1.930.850	52.4%	1.050	350	350	350
Total 5 Ciudades	3.682.162	1	2.000	667	667	666

FUENTE: Encuesta de Calidad de Vida 2002 – DANE, Cálculos Econometría S.A.

En el operativo de campo fue necesario hacer 3.5 llamadas por encuesta efectiva, de las cuales el 12.5% fueron rechazos, muy concentrados en el estrato alto.

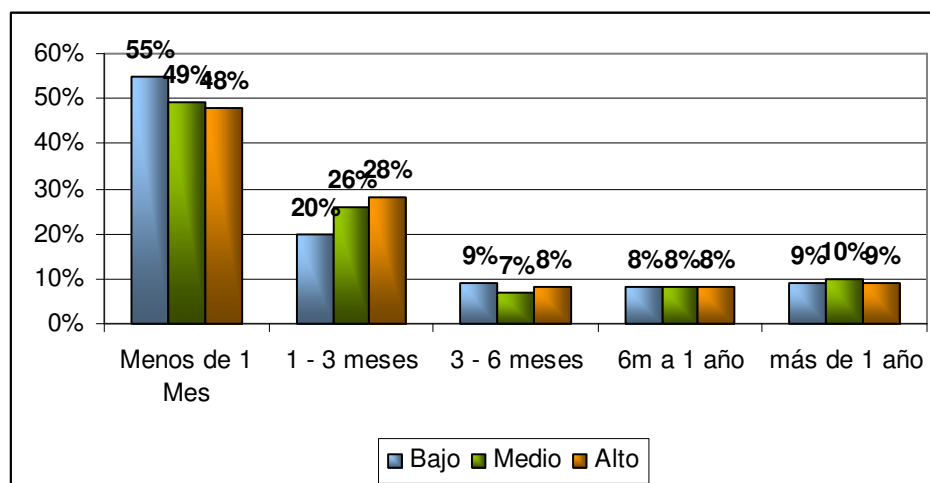
2.5.2 RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Los resultados se presentan por estrato socioeconómico. La discusión se hará sobre el estrato medio (estratos 3 y 4), que es el más numeroso y mide la tendencia central y se comentará sobre las desviaciones de los estratos bajo y alto frente a esta tendencia central.

Como muestra la Gráfica 2.4, la frecuencia de compra de medicamentos en droguería es alta. 49% de los hogares compró medicamentos en el último mes, y esta proporción aumenta con el estrato socioeconómico; y 26% adicional lo hizo en los últimos tres meses,

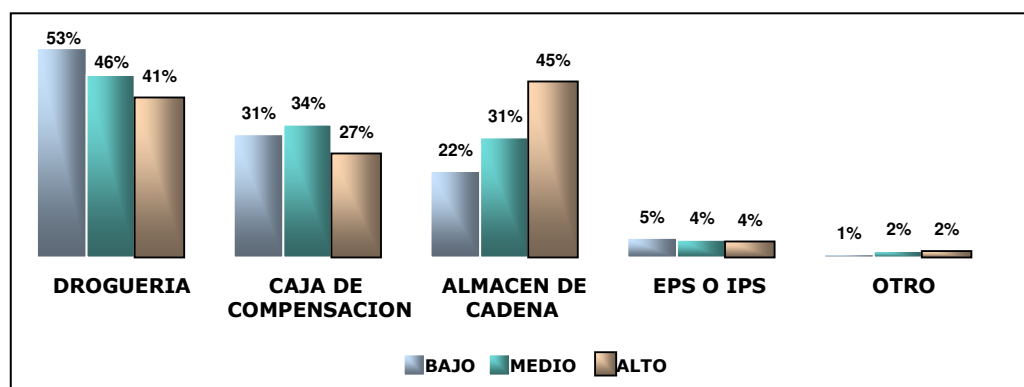
proporción que disminuye con el estrato socioeconómico. Sólo 25% de los hogares no compró medicamentos en los últimos tres meses.

GRÁFICA 2.4
¿CUÁNDO FUE LA ÚLTIMA VEZ QUE TUVO QUE COMPRAR EN SU HOGAR
MEDICAMENTOS FORMULADOS POR UN MÉDICO O UNA INSTITUCIÓN DE SALUD?



Los almacenes de cadena o grandes superficies, seguidos de las droguerías de barrio, son los sitios preferidos de compra de los estratos altos. Para los estratos medios y bajos, el sitio preferido de compra continúa siendo la droguería de barrio, seguida de las cajas de compensación familiar. La compra en puntos de venta de las EPS/IPS tiene una muy baja frecuencia en todos los estratos.

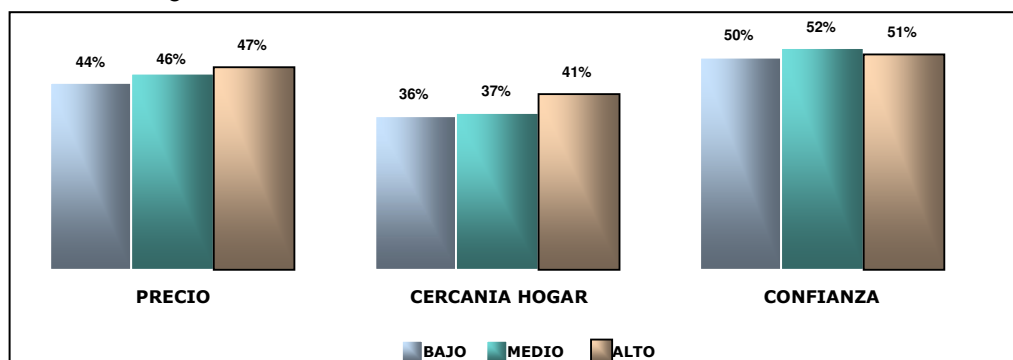
GRÁFICA 2.5
¿CUÁNDO LE SON FORMULADOS MEDICAMENTOS POR UN MÉDICO O INSTITUCIÓN DE
SALUD, Y ES USTED O ALGÚN MIEMBRO DEL HOGAR EL QUE DEBE COMPRARLOS,
DONDE HACEN HABITUALMENTE LA COMPRA?



La escogencia del sitio de compra depende más de la confianza en el sitio, lo que indica la importancia de la fidelidad del cliente en sus hábitos de compra, y menos del precio que es considerado como el criterio de selección por 46% de los hogares; paradójicamente este

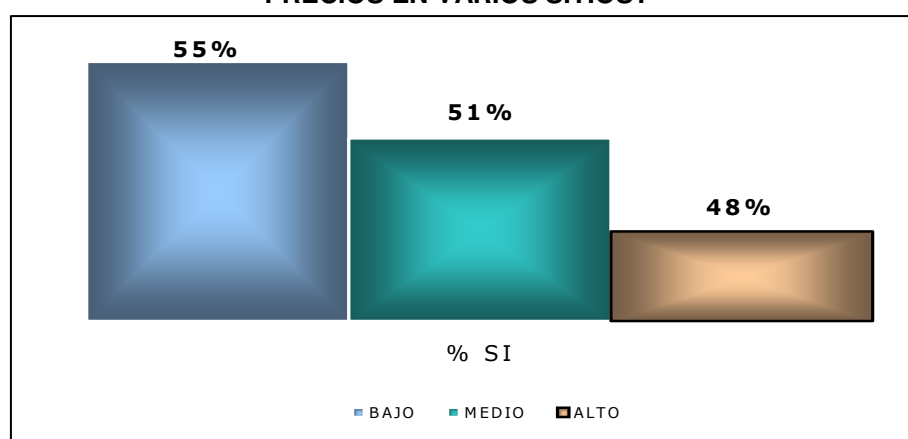
criterio es marginalmente más importante a mayor estrato socioeconómico; aunque, como se verá más adelante, los estratos bajos son los que más se interesan por comparar precios en diferentes sitios. La cercanía al hogar es un criterio de menor importancia, lo que muestra que, al menos en estas cinco grandes ciudades, no parece configurarse la posibilidad de tener cierto poder de mercado local del que habla la teoría de la competencia monopolística.

GRÁFICA 2.6
¿POR QUÉ COMPRA MEDICAMENTOS EN ESE SITIO?



51% de los hogares acostumbra a preguntar y comparar los precios en varios sitios. Esta sensibilidad a los precios es mayor a menor estrato socioeconómico.

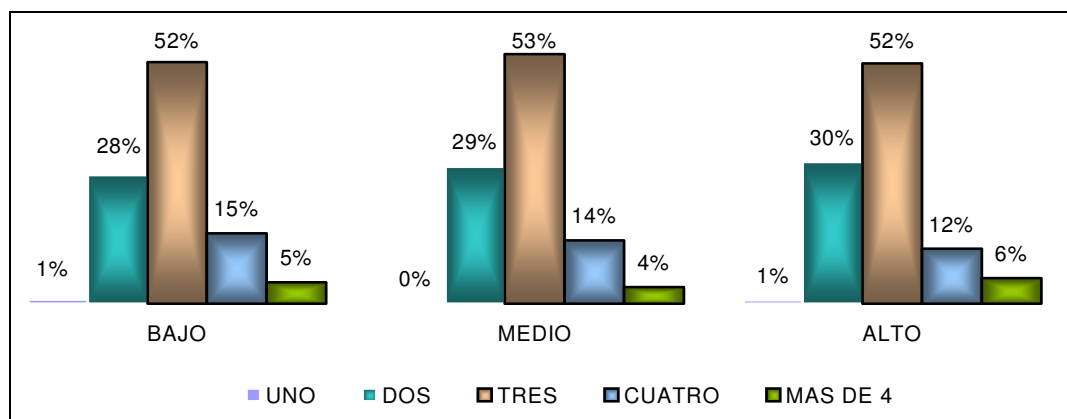
GRÁFICA 2.7
¿CUÁNDO COMPRA MEDICAMENTOS, ACOSTUMBRA PREGUNTAR Y COMPARAR PRECIOS EN VARIOS SITIOS?



A la pregunta: hasta cuántos sitios ha llegado a comparar precios a la hora de comprar medicamentos, la respuesta más frecuente es hasta en tres sitios, y esto es similar en todos los estratos socioeconómicos. La distribución de frecuencias se inclina más hacia preguntar en 2 sitios adicionales, que hacia indagar en cuatro a más sitios.

GRÁFICA 2.8

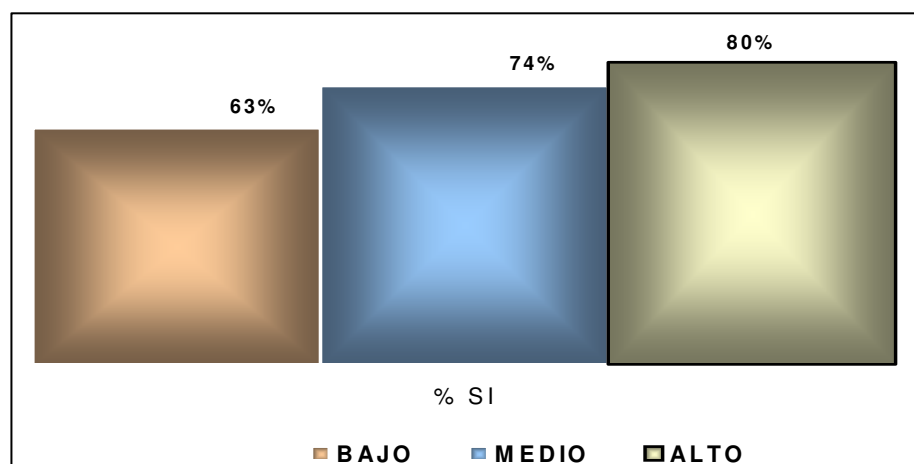
¿HASTA CUÁNTOS SITIOS HA LLEGADO A COMPARAR?



74% de los hogares sabe de la existencia de genéricos de menor precio. Esta proporción aumenta con el nivel de estrato socioeconómico, llegando a 80% en el estrato alto.

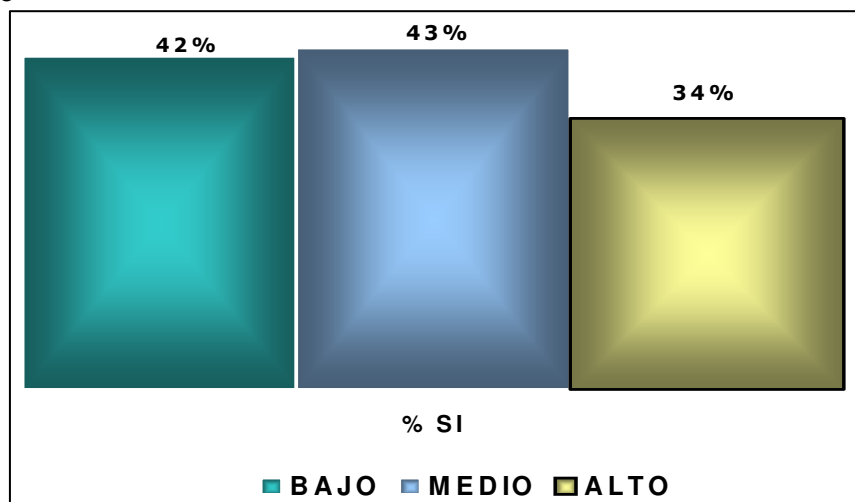
GRÁFICA 2.9

¿SABE USTED QUE EXISTEN MEDICAMENTOS GENÉRICOS QUE TIENE LA MISMA O SIMILAR EFICACIA QUE LOS MEDICAMENTOS DE MARCA Y TIENEN MENOR COSTO?



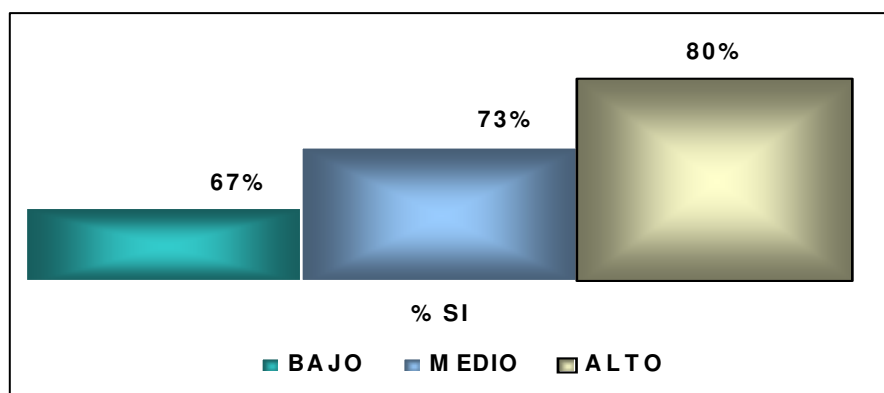
Sin embargo, a la pregunta: ¿Ha comprado medicamentos genéricos recientemente?, sólo 43% de los hogares dio una respuesta positiva, proporción que se reduce a 34% en los estratos altos. Este resultado muestra que, a pesar del conocimiento que se tiene de la existencia de productos genéricos de igual o similar eficacia a los productos de marca, los hogares continúan comprando, en mayor proporción los productos de marca, posiblemente, porque el droguista les ofrece productos de marca y, en menor medida, dada la norma cada vez más empleada de exigir al médico la formulación de medicamentos con el nombre genérico, porque el médico les receta productos de marca.

GRÁFICA 2.10
¿HA COMPRADO MEDICAMENTOS GENÉRICOS RECIENTEMENTE?



73% de los hogares sabe que el Gobierno controla la calidad de los medicamentos y esta proporción es mayor a mayor estrato socioeconómico.

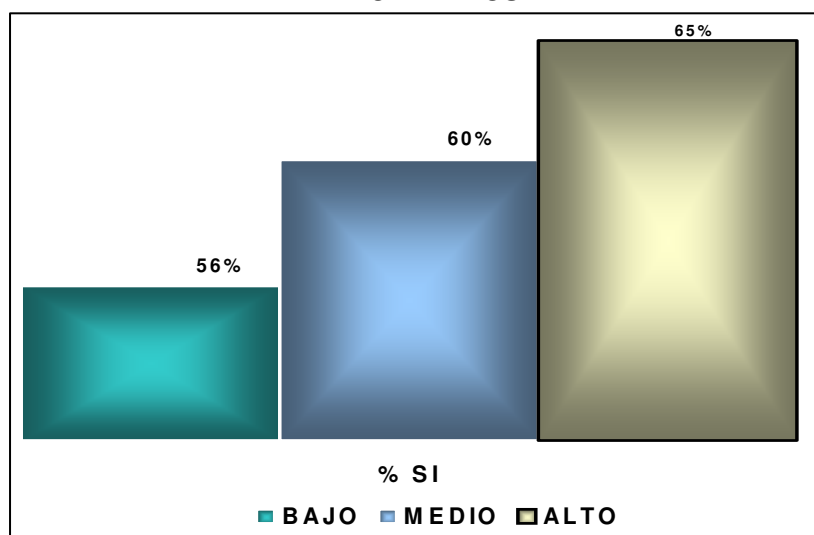
GRÁFICA 2.11
¿SABE USTED QUE EL GOBIERNO CONTROLA LA CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS?



El conocimiento que tiene la población sobre la libertad de precios es significativamente menor. Solo 60% de los hogares manifestaron en la encuesta tener conocimiento del asunto, aunque esta proporción aumenta con el nivel de estrato socioeconómico.

GRÁFICA 2.12

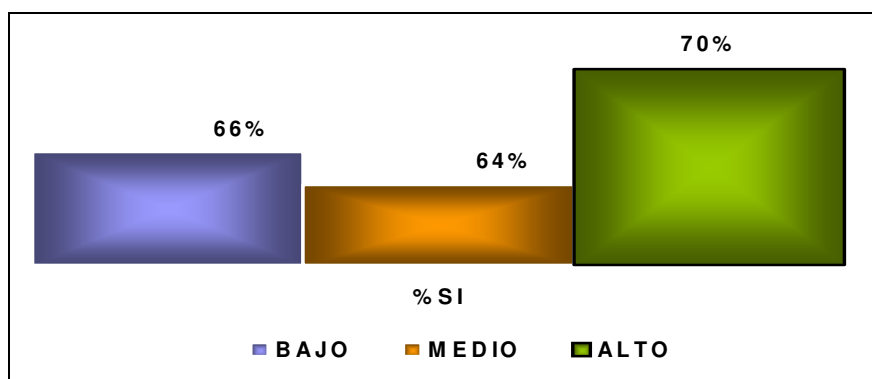
¿SABE USTED QUE, EN GENERAL, SE PUEDEN FIJAR LIBREMENTE LOS PRECIOS DE LOS MEDICAMENTOS?



También es relativamente bajo el porcentaje de hogares que sabe que se pueden poner quejas sobre irregularidades en el precio o calidad de los medicamentos y, curiosamente, tiende a ser menor en el estrato medio que en los estratos alto y bajo.

GRÁFICA 2.13

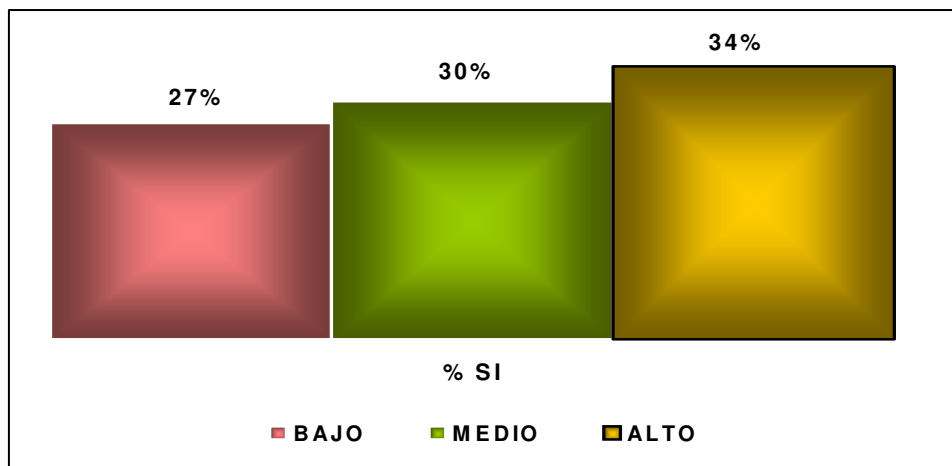
¿SABE USTED QUE SE PUEDEN PONER QUEJAS SOBRE IRREGULARIDADES EN PRECIOS O CALIDAD DE LOS MEDICAMENTOS?



Finalmente se indagó por la presencia de algún miembro del hogar que sufra un problema crónico de salud, que requiera la compra regular de medicamentos costosos. 30% de los hogares dieron una respuesta positiva, y esta proporción fue superior a mayor estrato socioeconómico. Los resultados también indican que estos hogares, muestrean más sitios que los hogares que no tienen personas con enfermedades crónicas; y, finalmente, manifiestan más sensibilidad a los precios que el resto de la población.

GRÁFICA 2.14

¿ALGUNO DE LOS MIEMBROS DE SU HOGAR PADECE UN PROBLEMA CRÓNICO DE SALUD, QUE REQUIERA CONSUMIR REGULARMENTE MEDICAMENTOS COSTOSOS?



CAPÍTULO 3

DINÁMICAS DE FORMACIÓN DE PRECIOS EN EL SECTOR

El comportamiento de los precios de los medicamentos se puede analizar desde varias perspectivas:

- Desde el punto de vista de las compras de EPS/IPS públicas dentro del canal institucional, y su comparación con la dinámica de precios en el canal privado de distribución.
- Desde el punto de vista de la dinámica de los precios al minorista en el canal de distribución privado, a nivel global, por clase terapéutica de primer nivel y por tipo de producto (ético/popular).
- Desde el punto de vista del tipo de laboratorio que lo produce (innovador/no innovador), como una Proxy por el diferencial de precios entre productos de marca y productos genéricos.
- Desde el punto de vista de la segmentación del mercado de acuerdo con los grados de competencia existentes por clases terapéuticas en el canal privado de venta al público.
- Desde el punto de vista internacional, comparando el precio promedio de los medicamentos en Colombia con los precios de esos mismos productos en otros países de Suramérica.

Las fuentes de información para este propósito son:

1. En primer lugar, la más importante, la base de datos comprada al IMS para los últimos cinco años, que reporta tanto los precios unitarios como las unidades de dosis vendidas mes a mes a distribuidores minoristas en el canal privado, para todos los productos y formas farmacéuticas existentes en el mercado, clasificados por clase terapéutica. Con base en esta fuente se tiene información comparable para Colombia y para cinco países de América Latina: Venezuela, Ecuador, Perú, Chile y Argentina, que son mercados similares a Colombia en muchos aspectos. Esta base de datos permite analizar la dinámica de la formación de precios en los mercados en los últimos sesenta meses (enero, 2000 a diciembre, 2004).

2. Las compras reportadas, tanto en unidades de dosis como de precios unitarios, por seis entidades públicas en Colombia que forman parte del canal institucional para la dispensación de medicamentos, que ya fueron analizadas en el capítulo anterior. Estos datos son anuales y cubren entre uno y tres años, comprendidos entre 2003 y 2005, según la fuente de información. Estas bases permiten comparar los descuentos que obtienen en sus compras las instituciones públicas estudiadas, con respecto a los mayoristas y minoristas que actúan en el canal privado de distribución.
3. Los índices de crecimiento de los precios de medicamentos al consumidor final, reportados mensualmente para los últimos 60 meses por el DANE como componente del IPC; y que se puede comparar con los índices de crecimiento de los costos de compra de los minoristas privados, ejercicio que ya fue presentado en el capítulo anterior.
4. Los precios de lista reportados por los laboratorios a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos por producto, a dos niveles: precios de lista ex fábrica para venta a mayoristas y precios máximos recomendados de venta al público; que aunque no son precios de transacciones efectivas, si sirven de base para la definición de precios efectivos de transacción, a través de los descuentos diferenciales que otorgan los vendedores.

Uno de estos análisis de precios ya fue presentado en el capítulo 2 (descuentos que obtienen algunas entidades públicas dentro del canal Institucional); y otro debe esperar a la discusión de la clasificación de productos por niveles de competencia que enfrentan en el mercado, que se desarrollará en el Capítulo 4. Este capítulo se enfoca en las otras perspectivas de análisis mencionadas. Primero se harán algunas consideraciones adicionales sobre la dinámica de precios en el canal institucional, a partir de los resultados encontrados en el Capítulo 2.

3.1 DINÁMICA DE PRECIOS EN EL CANAL INSTITUCIONAL

Desde el punto de vista de los tipos de mercado existentes en el sector farmacéutico, el institucional y el de distribución minorista privada, se presenta una primera segmentación importante en la medida en que, como se ha visto, estos dos tipos de mercado tienen características muy diferentes en la estructura de la demanda, que hace que los precios tengan un comportamiento diferente. En el mercado institucional, se presentan compradores de volúmenes importantes, lo cual les permite detentar un mayor poder de negociación que el que tienen los compradores minoristas, donde existe una amplia competencia de compradores.

A nivel del sector institucional se logró recopilar información anual de cantidades y precios compradas, en la mayoría de los casos para uno, dos o tres años y para un conjunto de seis instituciones públicas: ISS (2002-2004), como la mayor de las EPS públicas en funcionamiento; las Fuerzas Militares y la Policía Nacional (primer semestre del 2005), como las más grandes representantes de los regímenes Especiales Públicos del aseguramiento en salud; la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (2004) y Metrosalud de Medellín (2002-2004), como las dos más grandes secretarías de salud existentes; y el Instituto Nacional de Cancerología (2002-2005), como la única IPS pública de nivel Nacional existente. Estas seis instituciones pueden representar, según cálculos de Econometría, 25% del sector institucional público y 12% del sector institucional en su conjunto.

A pesar de los esfuerzos que se hicieron, no fue posible conseguir ninguna información sobre las compras de medicamentos de EPS/IPS del sector privado, ni de la red pública de salud, por fuera de Bogotá y Medellín, manejada por las Secretarías Departamentales de Salud en el resto del país. En particular, se hicieron esfuerzos infructuosos por conseguir información de las compras de medicamentos de Epsifarma, perteneciente al Grupo privado Coopsalud (que integra Coopsalud con las antiguas EPS de Cruz Blanca y Café Salud); y de las compras de medicamentos de Feredsalud, que integra cerca de 600 hospitales públicos departamentales en una Cooperativa de segundo nivel para la compra de medicamentos.

Los resultados obtenidos con la muestra de seis entidades públicas de salud, sin embargo, arroja unos patrones de comportamiento de los precios implícitos en sus compras de medicamentos, que podrían replicarse para otras entidades del sector Institucional. Es así como, el Grupo Coopsalud, por ejemplo, que es la EPS más grande del país, podría estar obteniendo descuentos mayores a los que está obteniendo el ISS, que puede tener, hoy día, la mitad de su clientela; o Feredsalud, que integra 600 hospitales públicos (IPS), podría estar obteniendo descuentos más grandes que el Instituto Nacional de Cancerología, que tiene una clientela mucho menor y cubre un espectro mucho más reducido de patologías.

Hacia el futuro, para poder hacer una buena vigilancia de precios en los canales institucionales de compra, es necesario que el Gobierno impulse la conformación de una base de datos sobre las compras institucionales, que se actualice periódicamente (sería recomendable con una periodicidad trimestral), donde las instituciones reporten las compras, en unidades y precios unitarios, con una codificación de productos y formas farmacéuticas que permitan su comparación con otras fuentes de datos. Ver anexo # 7, Sistema de Información.

3.2 DINÁMICA DE PRECIOS EN EL CANAL PRIVADO DE VENTA AL PÚBLICO

De acuerdo con el análisis macro presentado en el Capítulo 1, este segmento del mercado representó 60.2% del mercado nacional de medicamentos en el año 2000, participación que aumentó durante el quinquenio hasta llegar a 68.5% del mercado en el año 2004. El resto corresponde a las ventas en el sector Institucional, que disminuyen su participación en valor en el mercado, pero, lo aumentan en unidades de dosis compradas. Dos razones explican este comportamiento de las compras institucionales. El primero, la expansión de la Seguridad Social en Salud, y el segundo, que sus compras son cada vez a precios más bajos, debido al alto contenido de genéricos en su canasta.

Por otro lado, a pesar de sólo representar entre 60 y 70% del mercado nacional, los precios efectivos en este segmento privado de droguerías reflejan mucho más fielmente, que los precios del sector institucional, la disponibilidad de pago de los consumidores finales de medicamentos, de acuerdo con su curva de demanda. Los precios de compra del segmento Institucional, debido a los subsidios cruzados entre pobres y ricos y entre sanos y enfermos, reflejan un “precio” a nivel del consumidor final, que no identifican su disponibilidad de pago. Esta es una situación que se deriva del alto contenido de “aseguramiento” que existe en este segmento del mercado, ya sea dentro de las EPS/ARS del SGSSS, o al interior de la medicina prepagada, o de otros seguros de salud privados o, finalmente, de la atención subsidiada en salud de los llamados “vinculados”, atendidos por la red pública de salud.

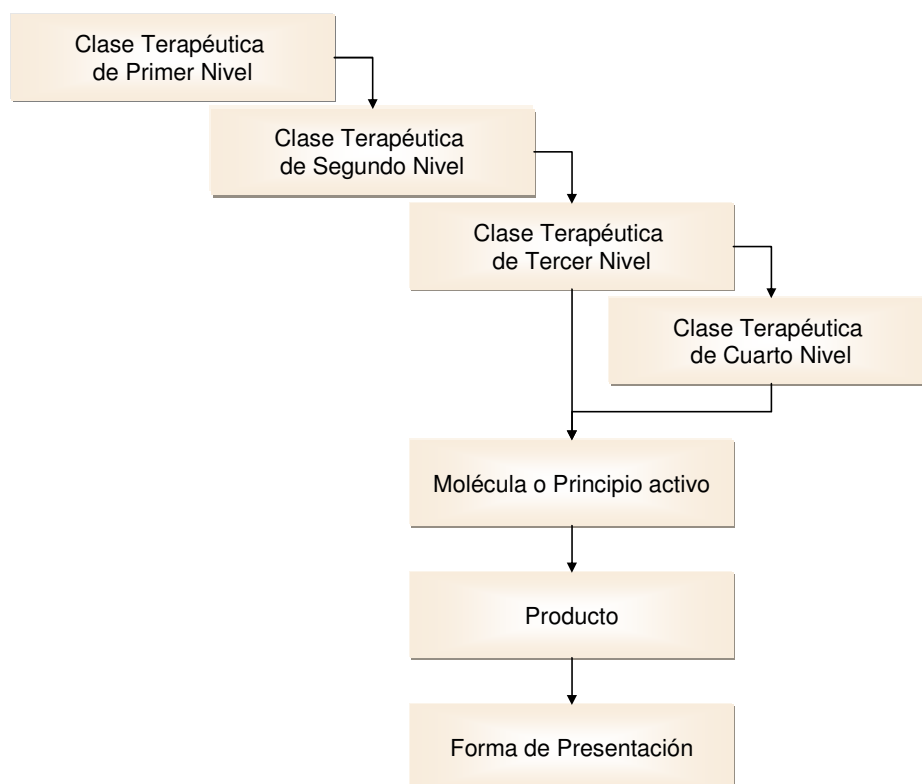
A continuación se discute la metodología utilizada para definir la agregación de productos por clases terapéuticas y otros conceptos; y para el cálculo de precios promedio para las diferentes canastas de productos analizadas.

3.2.1 METODOLOGÍA DE AGREGACIÓN DE PRODUCTOS Y DE CÁLCULO DE PRECIOS

Las bases de información consultadas para el desarrollo de este estudio, contienen en general tres tipos de información: precio unitario de la presentación de cada producto; valor de las ventas totales para dicha presentación y; cantidades vendidas de la presentación del producto. Específicamente, para la Base IMS los registros de información vienen clasificados según clases terapéuticas²⁹ de la forma que se muestra en el siguiente diagrama.

²⁹ Las clases terapéuticas de alto nivel de IMS coinciden con la clasificación internacional ATC (Anatomical Therapeutic Chemical Code) de la Organización Mundial de la Salud, pero en niveles más detallados de clasificación es diferente y para algunos casos puede cambiar de país a país.

DIAGRAMA 3.1



Las clases terapéuticas de primer nivel representan los diferentes sistemas del cuerpo humano, incluyendo tipologías sistémicas, como algunas infecciones, y cada una de ellas contiene a su vez clases terapéuticas de segundo nivel. Las clases de segundo nivel se clasifican según órganos específicos. En el tercer nivel se revelan tipos de medicamentos utilizados en terapias específicas y para algunos casos, se tiene un cuarto nivel para clasificar al interior de ellas. Las clases terapéuticas de tercero y cuarto nivel agrupan los medicamentos por principio activo, que es la molécula que efectivamente actúa en el organismo. Estos principios activos son en la mayoría de los casos fabricados por más de un laboratorio, e incluso el mismo principio activo puede producirse con diferentes formas farmacéuticas por el mismo laboratorio. De esta manera se puede decir que los principios activos pueden clasificarse por productos. Finalmente los productos se pueden vender en diferentes concentraciones y presentaciones (grajea, tableta, solución, jarabe, ampollita, etc.). Una descripción detallada de las clases terapéuticas de la base IMS se presenta en el anexo # 3: Lista de Clases Terapéuticas.

Para poder agregar la información y producir precios promedio que tengan un significado económico es necesario comenzar de abajo hacia arriba en la clasificación. El primer paso entonces es buscar una equivalencia entre las diferentes presentaciones, para lo cual se definió una unidad de dosis de referencia y se hicieron los cálculos del caso para expresar

los precios de las presentaciones en valores³⁰ por unidad de dosis y para expresar las cantidades compradas en términos de número de unidades de dosis.

Para calcular los precios promedio se utilizaron promedios ponderados por la participación en las cantidades vendidas y el cálculo se hizo de manera iterativa de la clasificación más detallada a la más general. Por ejemplo:

- Se calculó el precio de cada producto como el promedio ponderado de los precios de las diferentes presentaciones, y el ponderador en cada caso se calculó como la proporción de la cantidad de unidades de dosis vendidas en cada presentación sobre la cantidad de unidades de dosis totales vendidas del producto.
- Se calculó el precio de cada principio activo como el promedio ponderado de los precios de los diferentes productos que contienen dicho principio activo, y el ponderador en cada caso se calculó como la proporción de la cantidad de unidades de dosis vendidas en cada producto sobre la cantidad de unidades de dosis totales vendidas del principio activo.
- Se calculó el precio de cada clase terapéutica de cuarto nivel como el promedio ponderado de los precios de los diferentes principios activos que la componen³¹, y el ponderador en cada caso se calculó como la proporción de la cantidad de unidades de dosis vendidas de cada principio activo sobre la cantidad de unidades de dosis totales vendidas en la clase terapéutica de cuarto nivel. Esto aplica también para las clases terapéuticas de tercer nivel que no contienen clases de cuarto nivel sino directamente principios activos, y así sucesivamente.

La ecuación para el cálculo del precio a nivel agregado es entonces³²:

$$P_J = \sum_{i \in J} \left(\frac{q_i}{q_J} \right) P_i$$

Donde P_J es el Precio de la clase terapéutica (de un nivel más alto) que contiene a las clases terapéuticas i del nivel inmediatamente inferior cada una con precio P_i . q_J representa la cantidad de unidades de dosis vendida al interior de la clase terapéutica J de interés y los q_i representan las cantidades de unidades de dosis vendidas en las diferentes clases terapéuticas i que componen a J

³⁰ Para todos los análisis los precios se deflactaron para quedar expresados en pesos colombianos constantes de diciembre de 2004 (salvo los de precios internacionales que se expresan en dólares constantes de la misma fecha).

³¹ Así como las diferentes presentaciones de un producto se agregan mediante unidades de dosis para hacerlas más comparables y agregables, la Organización Mundial de la Salud ha definido el concepto de Dosis Diarias Definidas (DDD) como la cantidad promedio que se prescribe de un medicamento, en su principal aplicación, para ser usadas por un adulto durante un día. Este tipo de unidades son útiles cuando se quieren comparar medicamentos que son funcionalmente equivalentes o que son usados para el mismo propósito. En el caso del cálculo de precios promedio de las clases terapéuticas de tercero y cuarto nivel, no es aconsejable hacer nuevas transformaciones usando DDD en la medida que no todos los principios activos al interior de una misma clase terapéutica son necesariamente equivalentes funcionales.

³² Para una discusión técnica detallada, de porqué usar índices de precios con ponderación variable basada en cantidades en lugar de índices tradicionales como los de Laspeyres o Paasche, los cuales consideran una ponderación fija calculada en proporción a las ventas, ver el artículo de **Griliches and Cockburn**, 1994, "Generics and New Goods in Pharmaceutical Price Indexes", *The American Economic Review*, Vol 84, No 5 (dic. 94) pp 1213-1232.

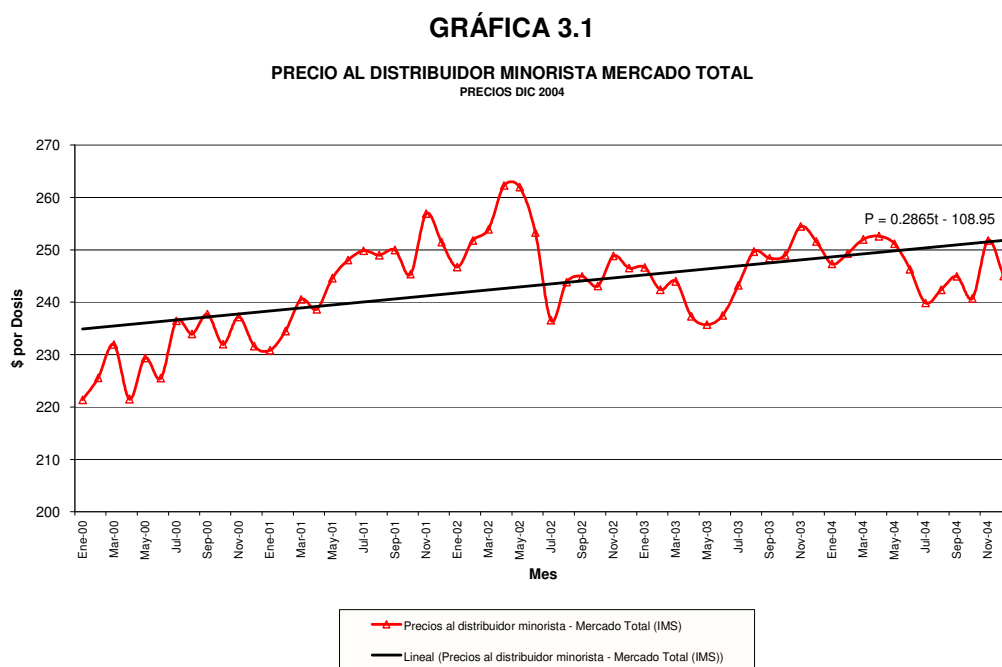
Finalmente se obtuvo un precio general para la totalidad de los medicamentos y en los casos en los que se analizaron otras clasificaciones y subconjuntos de medicamentos se aplicó un criterio análogo.

3.2.2 DINÁMICA DE LOS PRECIOS EN EL MERCADO PRIVADO DE DISTRIBUCIÓN MINORISTA

3.2.2.1 Comportamiento de los Precios a Distribuidor Minorista

MERCADO GLOBAL

Una vez realizados los cálculos que se han descrito anteriormente, para encontrar el precio promedio de todo el mercado, la Gráfica 3.1 muestra la tendencia global del precio medio por dosis para el mercado en su conjunto.



Como puede observarse, el precio promedio de una dosis en Colombia a nivel minorista, a precios constantes de diciembre de 2004, fluctuó entre \$230 y \$260 durante el periodo 2000-2005, con una tendencia promedio al alza de alrededor de 28 centavos por mes, o lo que es equivalente, un crecimiento promedio de 2% anual. El mayor crecimiento se presentó en la primera parte del periodo hasta mediados de 2002 y a partir de ese momento su media se ha mantenido estable por debajo de \$250. Esto significa que los precios de los medicamentos para venta directa al público han venido creciendo a un ritmo 2% por encima del crecimiento en el IPC y, por lo tanto, deben ser motivo de interés público las causas de

este fenómeno, por la incidencia que esto tiene en los presupuestos de los hogares colombianos.

MERCADOS POR CLASE TERAPÉUTICA DE PRIMER NIVEL

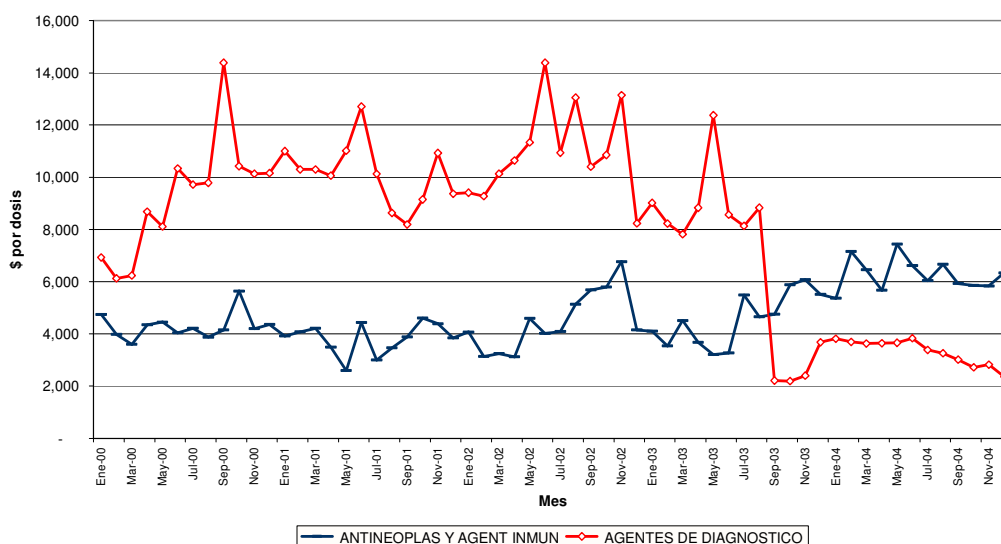
El análisis de la dinámica de los precios promedio por clase terapéutica de primer nivel es una primera aproximación al estudio de la influencia de la entrada de nuevos productos innovadores al mercado sobre la dinámica de los precios en el sector. Para ello, es necesario observar su comportamiento por rangos de precios, por razones de escala. Los siguientes son los rangos de presentación propuestos (precios a diciembre de 2004):

Rango 1	Clases terapéuticas de primer nivel con precio x dosis promedio mayor a \$2.500
Rango 2	Clases terapéuticas de primer nivel con precio x dosis promedio entre \$1.000 y \$2.500
Rango 3	Clases terapéuticas de primer nivel con precio x dosis promedio entre \$500 y \$1.000
Rango 4	Clases terapéuticas de primer nivel con precio x dosis promedio entre \$200 y \$500
Rango 5	Clases terapéuticas de primer nivel con precio x dosis promedio inferior a \$200

Los siguientes gráficos muestran el comportamiento de las clases terapéuticas de primer nivel en cada uno de los rangos definidos.

GRÁFICA 3.2

**PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA PARA LAS CLASES TERAPÉUTICAS DE PRIMER NIVEL
CON PRECIO x DOSIS PROMEDIO MAYOR A \$2.500**



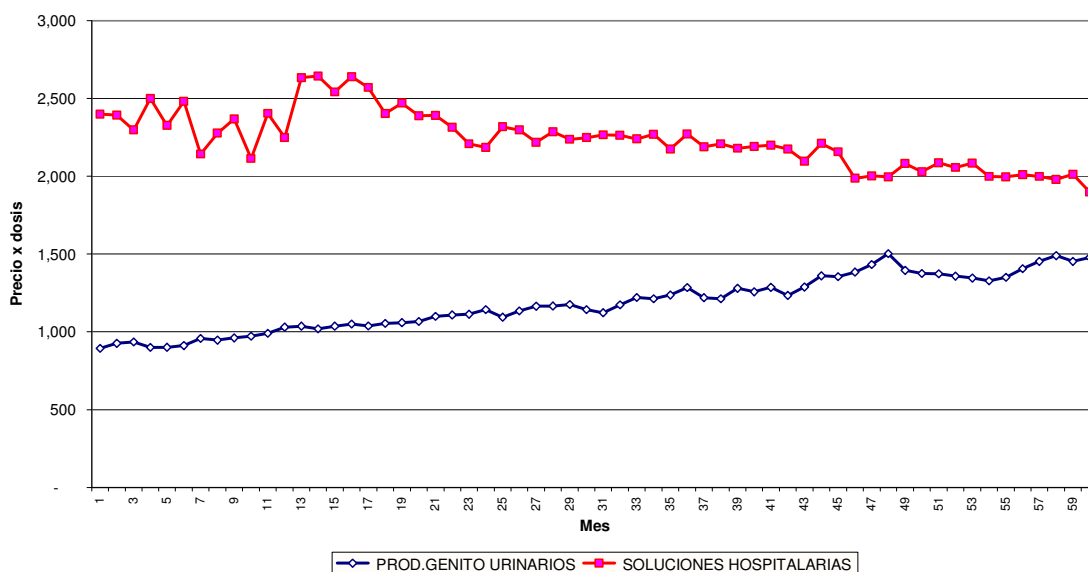
Este es el rango de precios más alto y en él aparecen dos clases terapéuticas de primer nivel:

- Los antineoplásicos y agentes inmunológicos
- Los agentes de diagnóstico

Los primeros son utilizados en los tratamientos contra el cáncer y los segundos son sustancias, en algunos casos radio activas utilizadas para realizar diagnósticos de laboratorio o mediante imágenes. Puede verse que los antineoplásicos representaban la clase terapéutica más costosa hasta septiembre de 2003 y en ese mes sus precios presentan una drástica caída para quedar por debajo del precio de los agentes de diagnóstico, que muestran al final del período analizado, una tendencia creciente. En ambas clases los precios reales están creciendo, lo cual es un indicador preliminar, de que la demanda está absorbiendo a lo largo del tiempo productos más costosos.

GRÁFICA 3.3

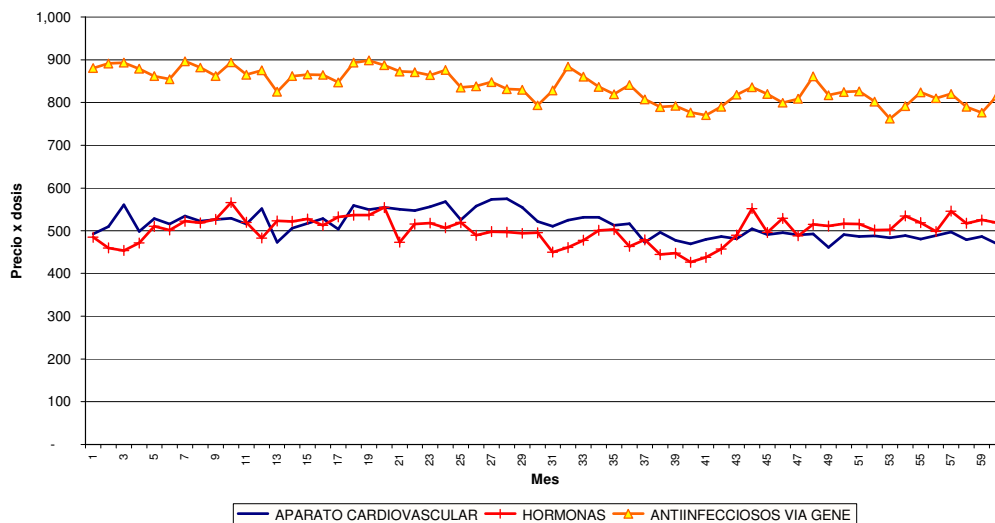
**PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA PARA LAS CLASES TERAPÉUTICAS DE PRIMER NIVEL
CON PRECIO x DOSIS PROMEDIO ENTRE \$1.000 Y \$2.500**



Los productos que se mueven entre \$1.000 y \$2.000 por unidad de dosis corresponden a los productos genitourinarios y las soluciones hospitalarias. Los primeros tuvieron una tendencia decreciente durante el periodo 2000 – 2004 y los segundos se han venido incrementando de una manera permanente con un aumento mayor a 50% en los cuatro años. Desde esta perspectiva de precios, los productos genitourinarios, en su conjunto, no parecen incluir nuevos productos innovadores de mayor costo en la demanda, pero la tendencia creciente de las soluciones hospitalarias, ameritan una investigación más desagregada, para entender qué es lo que está ocurriendo.

GRÁFICA 3.4

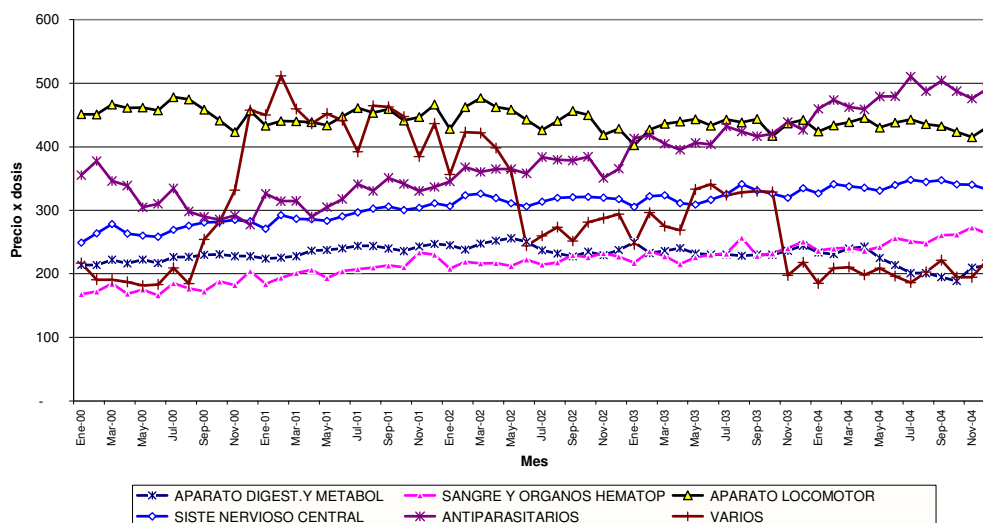
**PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA PARA LAS CLASES TERAPÉUTICAS DE PRIMER NIVEL
CON PRECIO x DOSIS PROMEDIO ENTRE \$500 Y \$1000**



En el rango de \$500 a \$1.000 por dosis aparecen los medicamentos para el aparato cardiovascular, las hormonas y los antiinfecciosos. Todos ellos se han mantenido estables en sus precios, razón por la cual, como grupo, no deben ser motivo de preocupación, aunque algunos de los medicamentos incluidos pueden mostrar precios crecientes.

GRÁFICA 3.5

**PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA PARA LAS CLASES TERAPÉUTICAS DE PRIMER NIVEL
CON PRECIO x DOSIS PROMEDIO ENTRE \$200 Y \$500**



Entre \$200 y \$500 se encuentran 6 clases terapéuticas:

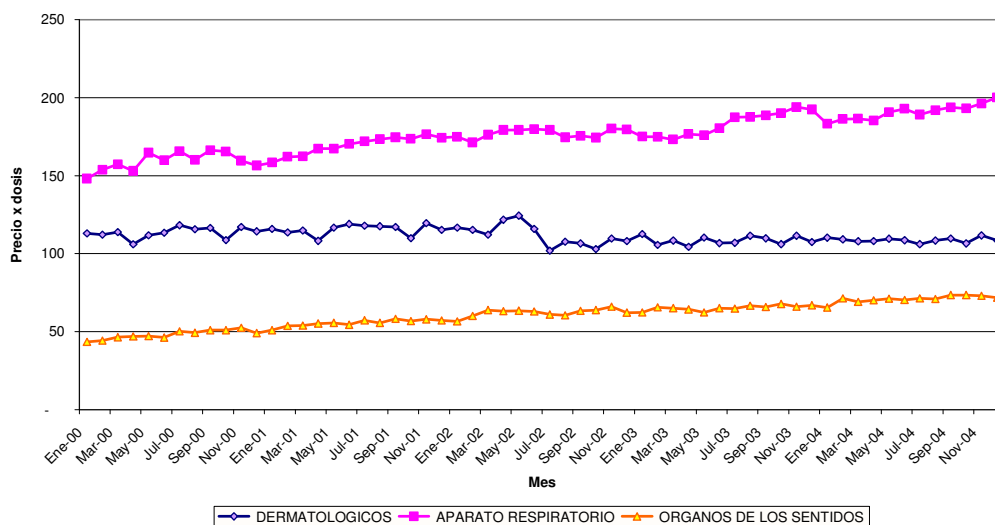
- Aparato digestivo y metabolismo
- Sangre y órganos hematop.

- Aparato locomotor
- Sistema nervioso central
- Antiparasitarios

Los antiparasitarios presentaron un pequeño descenso en 2000 y luego han tenido un crecimiento sostenido hasta finales de 2004. Los medicamentos para la sangre y los del Sistema Nervioso Central muestran un lento y sostenido crecimiento durante el quinquenio y las demás muestran un comportamiento estable.

GRÁFICA 3.6

**PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA PARA LAS CLASES TERAPÉUTICAS DE PRIMER NIVEL
CON PRECIO x DOSIS PROMEDIO MENOR A \$200**



Las clases terapéuticas de primer nivel, con menor costo, son las correspondientes a medicamentos para el aparato respiratorio, medicamentos dermatológicos, y los correspondientes a los órganos de los sentidos. Tanto los primeros como los últimos han mostrado una tendencia creciente, mientras que los medicamentos dermatológicos han presentado un comportamiento estable.

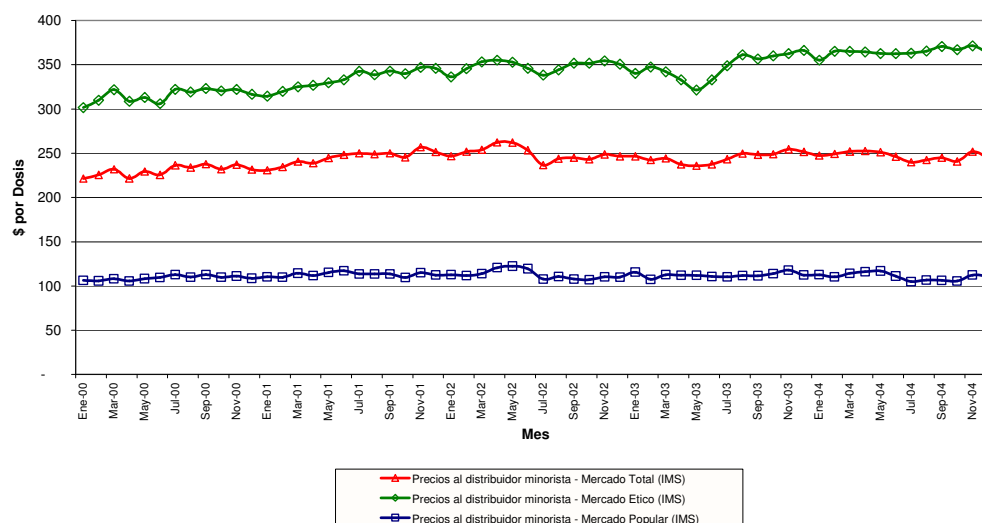
ANÁLISIS SEGÚN TIPO DE PRODUCTO (ÉTICO/POPULAR)

Una clasificación importante dentro del mercado de medicamentos es la que diferencia el mercado ético del mercado popular. El mercado ético está conformado por todos aquellos medicamentos que requieren prescripción médica, mientras que el mercado popular o de venta libre (conocido como OTC por sus siglas en inglés “Over The Counter”), se compone de productos que no requieren prescripción médica y que pueden ser comprados directamente por el consumidor sin un mayor peligro para su salud. Estos últimos se encuentran tanto en droguerías como en supermercados y tiendas de barrio. La siguiente gráfica compara el precio promedio del mercado minorista total, con el precio promedio

para los medicamentos del mercado ético y del mercado popular, también medidos éstos a nivel del distribuidor minorista.

GRÁFICA 3.7

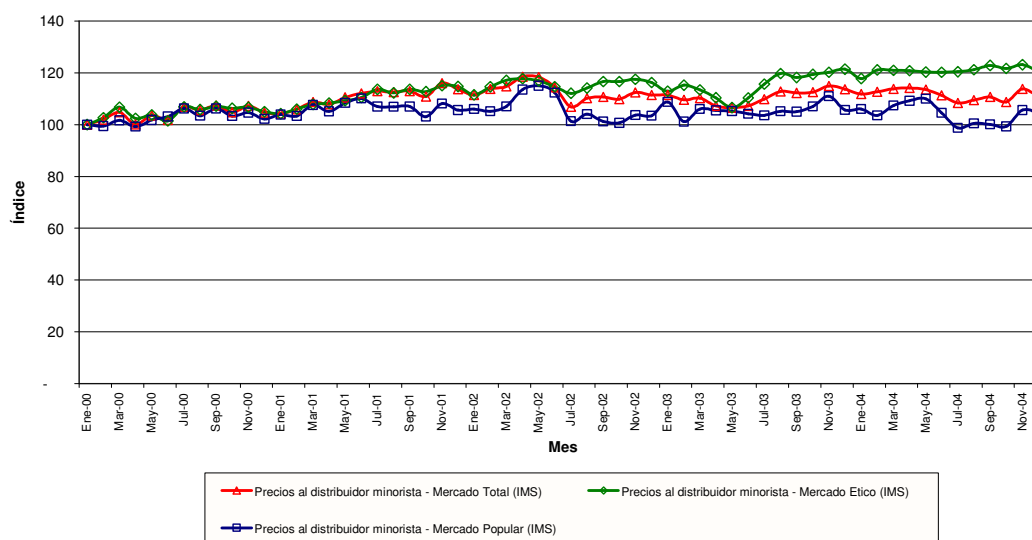
PRECIO AL DISTRIBUIDOR MINORISTA MERCADO TOTAL , ETICO Y POPULAR
PRECIOS DIC 2004



La unidad de dosis promedio en el mercado popular ha fluctuado entre \$105 y \$125 con una relativa estabilidad, mientras que el precio promedio del mercado ético ha tenido un crecimiento cercano a 4% anual. Es aquí donde las dinámicas de los precios son motivo de preocupación.

GRÁFICA 3.8

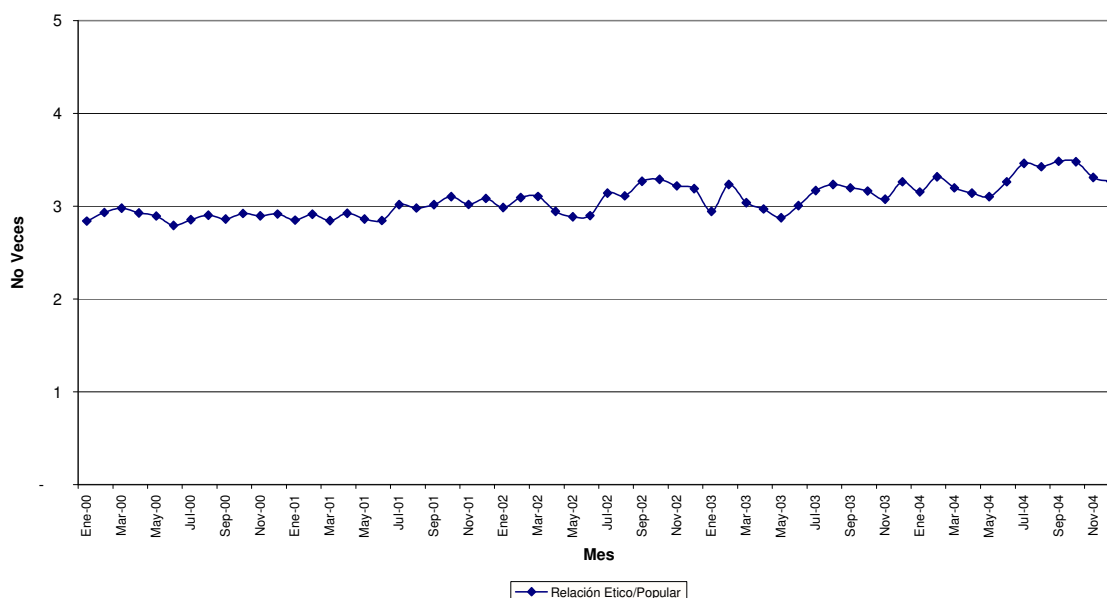
ÍNDICES DE PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA MERCADO TOTAL, ÉTICO Y POPULAR (IMS)
BASE ENERO DE 2000 = 100



Para comparar adecuadamente los crecimientos se construyeron índices de precios que asignan 100 al valor del precio al comienzo del periodo y aplican a dicho valor los crecimientos registrados durante cada mes. En la gráfica anterior se ve entonces como el mercado popular tuvo un mayor crecimiento en la primera mitad del periodo y una leve tendencia a la baja a partir de mayo de 2002. El mercado ético presenta también un crecimiento sostenido y más alto que el del popular desde enero de 2000 hasta junio del 2003 en donde se estabiliza. El precio total esta muy marcado por el precio del mercado ético en los tres primeros años del periodo estudiado y luego tiene un crecimiento intermedio en el resto del quinquenio.

El análisis de índices de precios se concentra en los crecimientos, dejando de lado las diferencias de nivel entre los dos precios. Para apreciar este aspecto de la información, se calculó la relación de precios entre el mercado ético y el popular, la cual se muestra en la siguiente gráfica.

GRÁFICA 3.9
PRECIO AL DISTRIBUIDOR MINORISTA (IMS)
RELACIÓN ETICO/POPULAR



Durante el periodo analizado, la dosis promedio del mercado ético ha tenido un precio promedio de entre 2.8 a 3.5 veces el precio promedio de la dosis en el mercado popular, con una tendencia creciente.

Esto puede deberse a varios factores que van desde menores costos de los insumos de producción, hasta una mayor competencia por tratarse de mercados mas grandes para cada producto o tipo de producto.

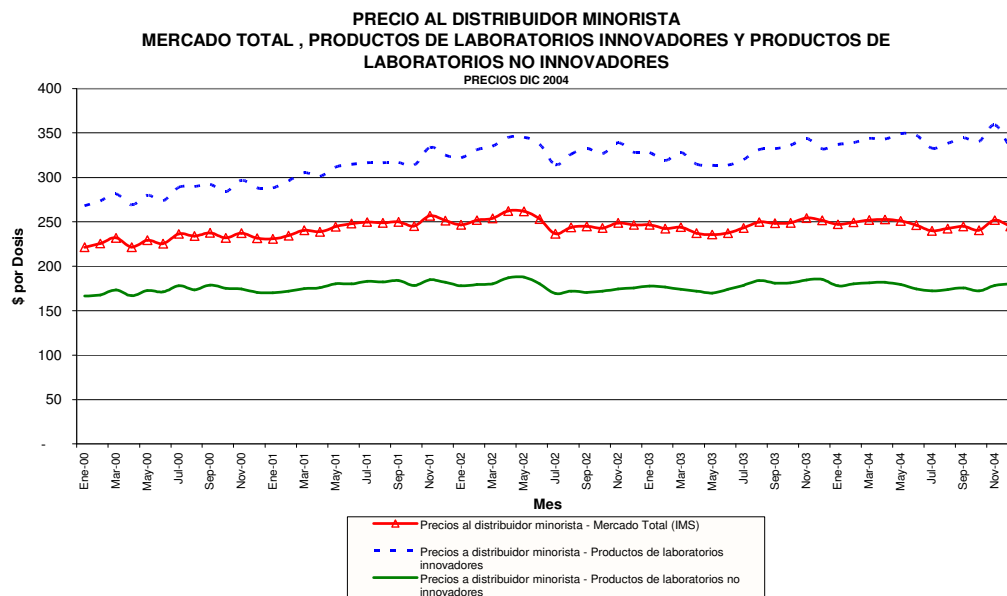
ANÁLISIS SEGÚN TIPO DE LABORATORIO QUE LO PRODUCE

Otro tipo de análisis que resulta interesante es la construcción de precios promedio por tipo de laboratorio que produce el medicamento, en la medida que, en el sector farmacéutico, los costos de investigación y desarrollo, suelen ser altos y existen algunos que llevan a cabo esta actividad (laboratorios Innovadores) y producen productos de marca que posicionan en el mercado, mientras que existen otros que no tienen ese costo (laboratorios No Innovadores) y se orientan a producir productos genéricos, algunos con nombre comercial y otros no. En muchos países es común encontrar análisis de precios que dividen los productos entre los de marca y los genéricos, para distinguir entre aquellos que tienen imputado un costo de investigación y desarrollo, además de sumas importantes invertidas en publicidad. En el caso de Colombia esta clasificación no necesariamente logra este objetivo, por varias razones como:

- Existen productos que son vendidos con el nombre de la molécula o principio activo que tienen el respaldo de laboratorios que realizan investigación y desarrollo y que incorporan un posicionamiento de marca en el nombre mismo del laboratorio y no necesariamente en el nombre con que se vende el producto.
- Existen productos de laboratorios que no llevan a cabo investigación y desarrollo y que sin embargo son vendidos bajo un nombre de marca para su comercialización en el país.
- En algunos casos es posible que los laboratorios que llevan a cabo investigación y desarrollo imputen estos costos a todos los productos que producen y no sólo a los productos nuevos.

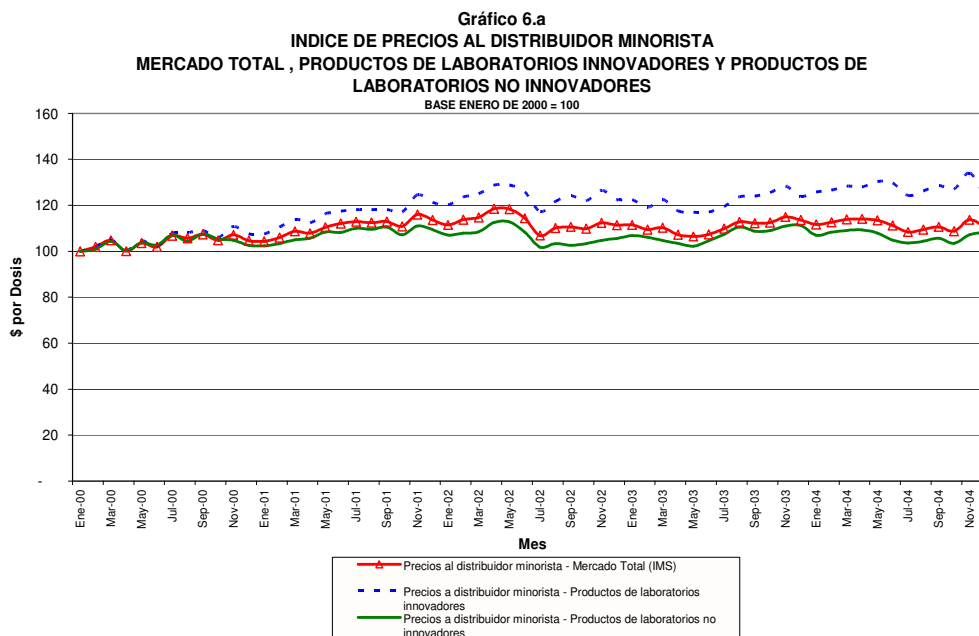
Una primera alternativa es dividir los laboratorios en aquellos de origen nacional y aquellos de origen internacional, lo cual podría servir para tener una idea de la incidencia de los costos de investigación y desarrollo, si se supone que los laboratorios internacionales realizan labores de investigación y desarrollo de nuevos productos y los nacionales no. Sin embargo, no todos los laboratorios internacionales tienen estas actividades, ya que muchos son productores de genéricos, de acuerdo con las tendencias de la demanda nacional, y resulta más claro para este efecto clasificar directamente a los laboratorios entre innovadores y no innovadores en la medida que desarrollen investigación y lleven nuevos productos al mercado a partir de dicha investigación.

GRÁFICA 3.10



Se puede ver como el precio del mercado total se mueve en un término medio entre los precios de los productos de laboratorios innovadores que se han movido entre \$250 y \$350 por unidad de dosis y los precios de los productos de los laboratorios no innovadores. En cuanto al crecimiento, la siguiente gráfica muestra como el precio promedio de todo el mercado sigue unos crecimientos similares a los de los productos de laboratorios no innovadores, en la medida que estos representan la mayor parte del mercado.

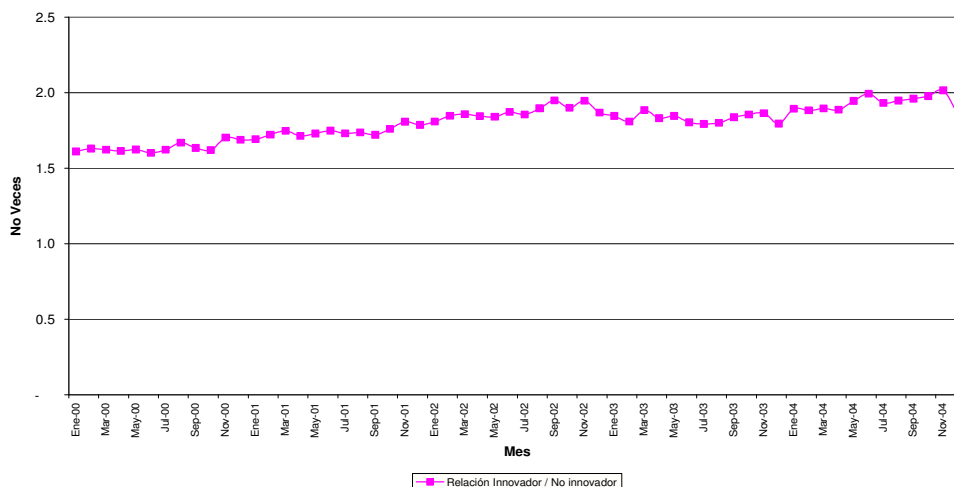
GRÁFICA 3.11



También se encuentra que la relación de precios entre estos dos segmentos indica que los precios de los productos de laboratorios innovadores son entre 50% y 100% más altos que los de los laboratorios no innovadores y con tendencia positiva.

GRÁFICA 3.12

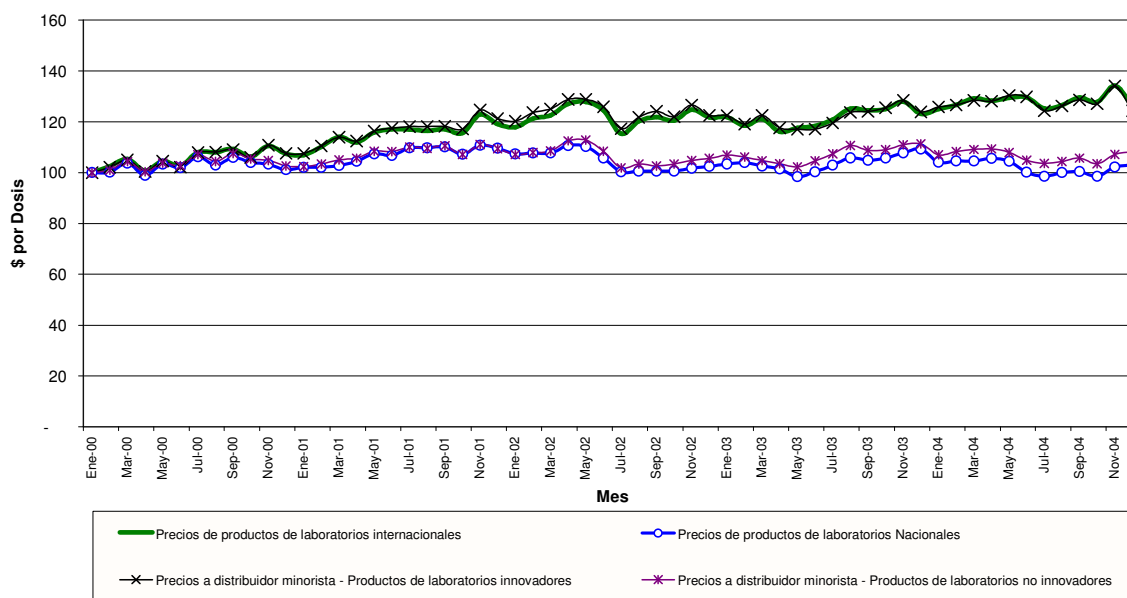
Gráfico 6.B
PRECIO AL DISTRIBUIDOR MINORISTA (IMS)
RELACIÓN PRODUCTOS DE LAB INNOVADOR / PRODUCTOS DE LAB NO INNOVADOR



Finalmente se puede ilustrar qué tan diferente sería el análisis si en lugar de clasificar por grado de innovación, se hubiese calculado segmentando los laboratorios entre nacionales e internacionales.

GRÁFICA 3.13

INDICE DE PRECIOS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA
MERCADO TOTAL , PRODUCTOS DE LABORATORIOS SEGÚN ORIGEN Y GRADO DE INNOVACIÓN
BASE ENERO DE 2000 = 100



El crecimiento de los precios de los laboratorios innovadores y el resto de laboratorios internacionales resulta muy similar, mientras que en el caso de los innovadores se presenta un precio superior al de los laboratorios nacionales lo que indica que los laboratorios internacionales que no son clasificados como innovadores tienen un precio promedio de sus productos con un crecimiento un poco superior al de los productos de laboratorios nacionales. Mientras los precios a distribuidor minorista de los productos de laboratorios nacionales han crecido en 3% durante los cinco años, el de los laboratorios no innovadores en total (incluyendo nacionales e internacionales) han crecido 8% en el mismo periodo.

3.2.3 ANÁLISIS DE LOS PRECIOS AL CONSUMIDOR

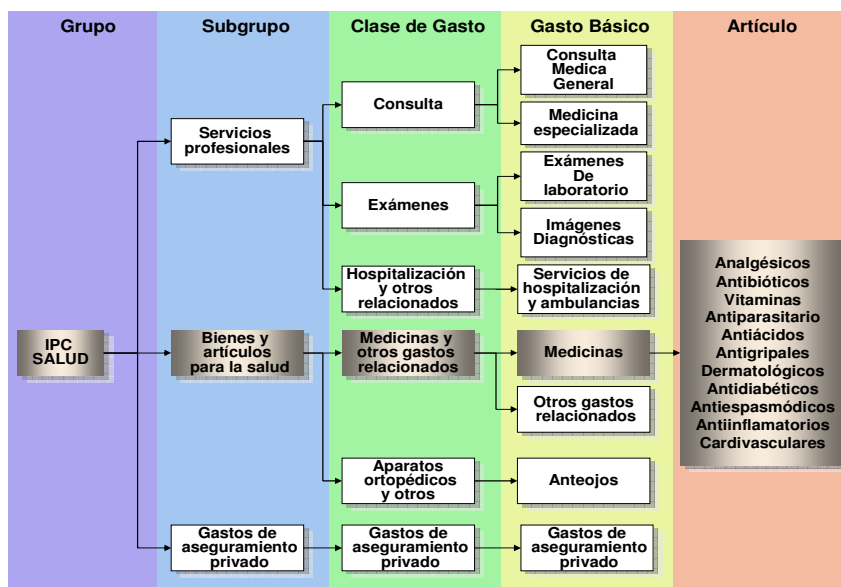
No existe ninguna investigación en Colombia que haya levantado información de precios al consumidor final con la cobertura y variedad de productos que tiene la base IMS para los precios a distribuidor minorista. La única evidencia que se puede tener del comportamiento de los precios al consumidor, es el seguimiento mensual que hace el DANE dentro del cálculo del índice de precios al consumidor (IPC), cuyo objetivo principal es realizar mediciones de la inflación.

ÍNDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR

Para tener claro el alcance de las conclusiones que se pueden sacar de analizar este índice de precios hay que tener en cuenta ciertas características de la medición del IPC:

- El IPC está subdividido por grupos dentro de los cuales uno de ellos es el de gastos relacionados con la salud, dentro de los grupos hay subgrupos, en los subgrupos hay clases de gasto, en las clases de gasto hay gastos básicos y al interior de los gastos básicos hay artículos, para los cuales se investiga el precio. El siguiente diagrama presenta la ubicación de los medicamentos dentro del grupo de la salud.

DIAGRAMA 3.2

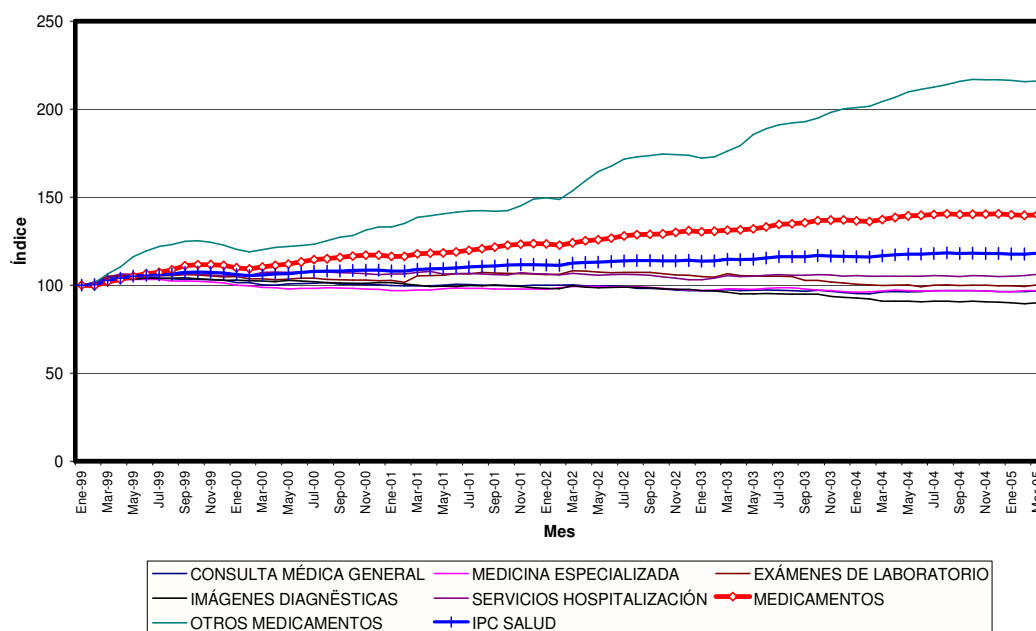


- La muestra del IPC esta diseñada para ser representativa del comportamiento de los precios a un nivel agregado de grupos de gasto, de grupos de ingreso o de ciudad, pero no tiene suficiente representatividad estadística al interior de un grupo específico de gasto y menos al nivel de gasto básico
- La forma de agregación que se lleva a cabo para construir los índices en el IPC sigue el procedimiento de Laspeyres, que contempla unos ponderadores fijos calculados sobre la proporción del gasto de las familias, reportado en la encuesta de ingresos y gastos de 1994/95. De acuerdo con las ponderaciones del IPC, el gasto en salud representa un poco menos de 4% del gasto total de los hogares y el gasto en medicinas 1.7% del mismo, de manera que las medicinas representan 42% del gasto en salud de los hogares.
- Para construir el precio promedio a nivel de artículo, se realizan promedios geométricos de los precios cotizados en diferentes fuentes (distribuidores minoristas), esto con el fin de corregir sesgos que se pueden presentar.
- Cuando se recoge la información de cada artículo (analgésicos, antibióticos, etc.) no se pregunta por un producto en especial o un tipo de presentación sino que se investiga cual es el producto más vendido en la fuente consultada para el tipo de artículo correspondiente y sobre ese se toma el precio.
- El IPC no reporta precios de los artículos, sino índices de precio a partir del nivel de gasto básico.

Teniendo claro estas particularidades, en las siguientes gráficas se presenta el comportamiento de los diferentes índices de precios al interior del grupo de la salud.

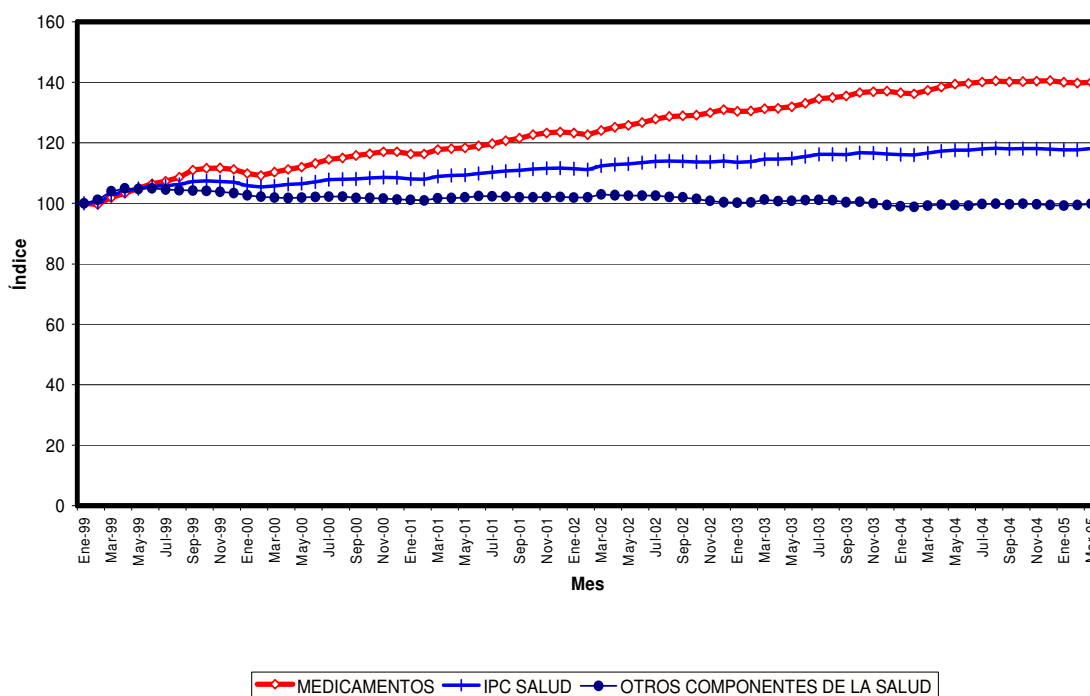
GRÁFICA 3.14

INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR - DANE
SALUD Y COMPONENTES DE LA SALUD
BASE ENERO 1999=100



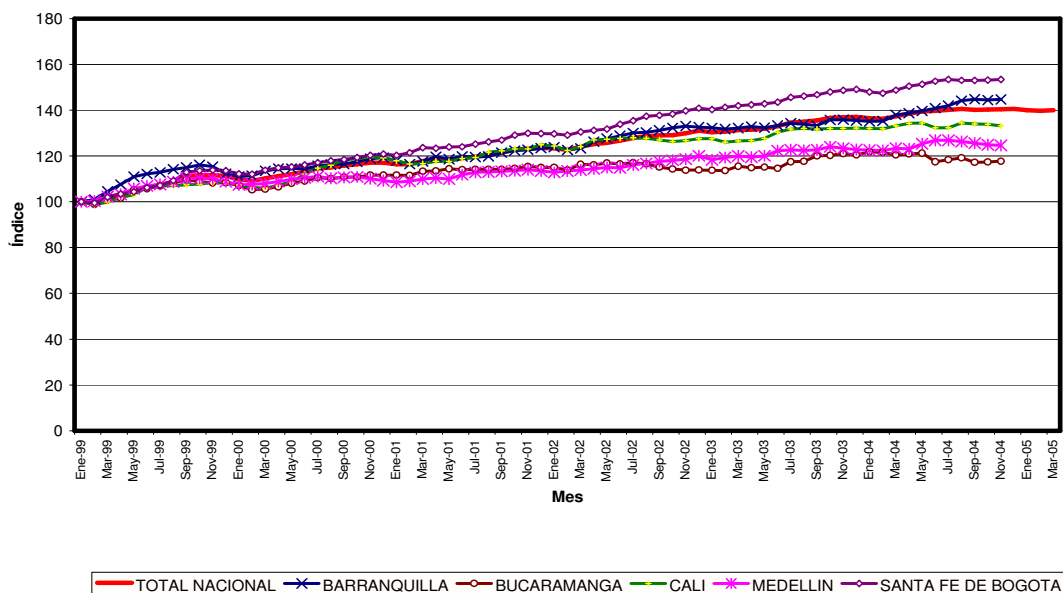
El IPC de salud creció alrededor de 18% entre diciembre de 1998 y diciembre de 2004. El gasto básico que más creció fue el de medicamentos con un aumento de 40% en los 6 años, aunque durante el 2004 y 2005 no ha mostrado crecimientos significativos. La otras componentes del Índice de Salud, básicamente asociadas con los costos de personal médico y paramédico, cuyos salarios reales están estancados o decrecen, se ha mantenido relativamente estable en este período.

GRÁFICA 3.15
INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR - DANE
MEDICAMENTOS Y OTROS COMPONENTES DE LA SALUD
BASE ENERO 1999=100



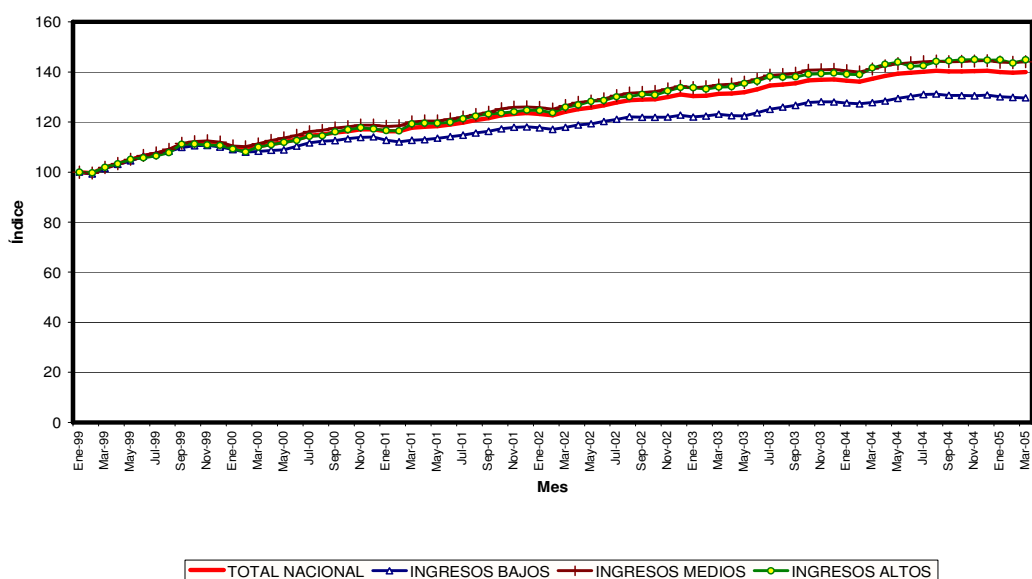
La siguiente gráfica presenta el comportamiento del IPC de medicamentos en las cinco principales ciudades del país. Se puede ver cómo el crecimiento de 40% registrado en el IPC de medicamentos a nivel nacional, puede fluctuar fácilmente entre 20% y 60% según la ciudad de que se trate. Los precios de los medicamentos al consumidor final han crecido más rápidamente en Bogotá y Barranquilla, que en las otras cuatro ciudades investigadas por el DANE (Cali, Medellín y Bucaramanga). Estos diferenciales, sin embargo, presentan mayores niveles de incertidumbre, que el índice nacional, por el menor tamaño de las muestras utilizadas para su cálculo.

GRÁFICA 3.16
INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR DE LOS MEDICAMENTOS - DANE
5 PRINCIPALES CIUDADES
BASE ENERO 1999=100



A los niveles de ingresos bajos, los precios de los medicamentos al consumidor final han crecido menos que los precios para ingresos medios y altos, aunque nuevamente se estarían analizando trayectorias con un alto grado de incertidumbre, en la medida que el IPC no tiene una muestra diseñada para dar un nivel alto de precisión a este grado de desagregación.

GRÁFICA 3.17
INDICE DE PRECIOS AL CONSUMIDOR DE LOS MEDICAMENTOS - DANE
POR NIVEL DE INGRESOS
BASE ENERO 1999=100



3.3 ANÁLISIS DE PRECIOS INTERNACIONALES

Vale la pena también analizar los precios de los medicamentos en comparación con otras economías con condiciones similares a la colombiana y con posibilidades de fácil intercambio comercial. Para ello se han escogido los sectores farmacéuticos de Venezuela, Ecuador, Perú, Chile y Argentina, para comparar el comportamiento de una canasta común de medicamentos que se consumen, tanto en cada uno de estos países como en Colombia.

La comparación internacional de precios de medicamentos enfrenta dos problemas fundamentales:

Por un lado, la comparación debería hacerse a tipos de cambio de paridad y no a las tasas de cambio del mercado, ya que las primeras son las únicas que garantizan que un peso colombiano compre en un tercer país la misma cantidad de productos de la canasta de consumo que compra en Colombia, al convertir ese peso en moneda local del otro país a la tasa de cambio de paridad. La comparación de precios a las tasas de cambio de mercado, no permiten comparar la incidencia de los precios sobre el consumidor final de cada país, porque no están basadas en una comparación entre el costo de la canasta de consumo entre países para sus habitantes, sino en una comparación que reflejan básicamente los flujos de comercio internacional o, lo que es peor, los flujos de capital internacional. Por ejemplo, la reevaluación que han experimentado todas las monedas latinoamericanas en los últimos años no ha sido la misma en todas las economías y en algunos países ha habido en el último quinquenio fuertes ajustes cambiarios que no se han presentado en otros. Es el caso, por ejemplo de Argentina con el fin de la convertibilidad a comienzos de 2002, o la situación de Ecuador con la dolarización de su moneda durante todo el quinquenio. Al no tener estimativos de las tasas de cambio de paridad para todo el período, lo único que se puede hacer son conjeturas acerca del efecto de estos procesos cambiarios en la comparación de precios.

Por otro lado, la canasta de medicamentos que compran los consumidores en un país en droguerías, es diferente, por muchas razones, a la canasta que compran los consumidores de otro país. Entre estas razones se pueden enumerar las siguientes: i) diferencias en el ingreso per cápita, ii) diferencias en la estructura etárea de sus poblaciones, iii) diferencias en sus patrones de morbilidad, iv) diferencias en la composición de la oferta de medicamentos y, en particular, de la proporción de productos de marca y productos genéricos que consumen, y v) diferencias en los niveles de cobertura del aseguramiento en salud, que afectan la proporción de los medicamentos consumidos que tienen que sufragar de su propio bolsillo, entre otras.

En vista de estos problemas, se han hecho dos tipos de ejercicio:

- a. En el primero se ha establecido la lista de los laboratorios internacionales que venden en los seis países y se ha calculado cuánto costaría en cada mes comprar la canasta de productos que estos laboratorios venden en Colombia, a precios de Colombia y a

precios de los otros países, manteniendo fija la canasta en cada mes, con las ponderaciones que tiene en Colombia. Esto permite controlar por diferencias en el consumo entre países, pero queda el problema remanente de que los precios específicos en cada país pueden depender también del tamaño del mercado que enfrenta el producto específico en cada país.

- b. El segundo ejercicio compara cuánto le cuesta a los consumidores de cada país la canasta de medicamentos que tienen que comprar, a los precios de su propio mercado nacional. En este caso, las canastas de consumo son específicas de cada país, y su comparación no se ha hecho a las tasas de cambio de paridad. Los diferenciales de precios presentados a tasas de cambio de mercado, sin embargo, dan información muy valiosa sobre posibles efectos de arbitraje entre países (comprar en un país barato para vender en un país caro), aprovechando los desequilibrios temporales en sus tasas de cambio de mercado.

3.3.1 COSTO DE UNA CANASTA COMÚN DE MEDICAMENTOS DE LABORATORIOS INNOVADORES EN LOS SEIS PAÍSES

La comparación de precios internacionales que se presenta a continuación, corresponde a 124 productos de marca³³, vendidos en todos los países por los siguientes laboratorios innovadores. El ejercicio compara el costo promedio de esta canasta común a precios de los seis países, ponderados por la composición del consumo en Colombia. Es decir, indica cuánto le costaría a Colombia comprar esta canasta en los otros cinco países.

LABORATORIOS CON VENTAS EN LOS 5 PAISES	
LABORATORIO	PAÍS DE ORIGEN
ABBOTT	Estados Unidos
ALCON	Estados Unidos
ALLERGAN	Estados Unidos
ASTRAZENECA	Unión Europea
BOEHRINGER ING	Alemania
BAYER	Alemania
BEIERSDORF	Alemania
GALDERMA	Unión Europea
GRUNENTHAL	Alemania
GLAXOSMITHKLINE	Unión Europea
LILLY	Estados Unidos
MERCK	Alemania
MERCK SHARP DOHME	Estados Unidos
NOVARTIS	Suiza
ORGANON	Unión Europea
PFIZER	Estados Unidos
ROCHE	Suiza
SCHERING	Alemania
WYETH	Estados Unidos

Fuente. Interdata - IMS

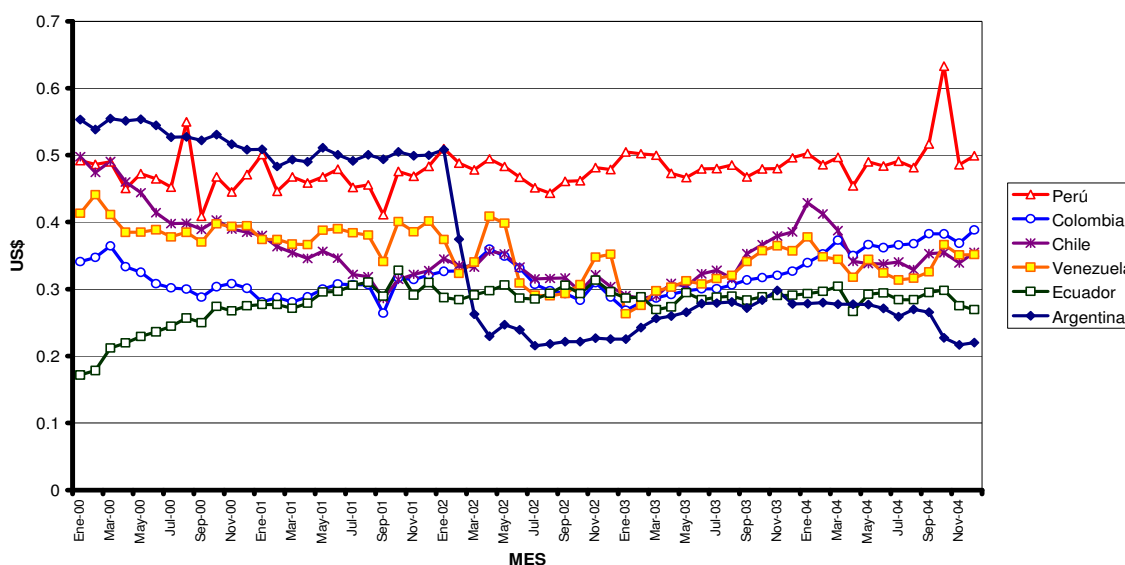
³³ Según la definición de IMS

Para la construcción de los precios de cada país, se partió del precio de cada producto, en cada país y se llevó a cabo un promedio ponderado por la participación de unidades de dosis vendidas para cada uno de los 124 productos en Colombia. Esto es equivalente a calcular el costo total de la canasta de medicamentos colombiana (referente a estos 124 productos comunes), en cada uno de estos países y dividir ese valor por la cantidad de unidades de dosis que corresponden a dicha canasta. De esta manera puede compararse de manera inequívoca el comportamiento de los precios referidos a un mismo bien (la canasta colombiana) en cada país.

Todas las cifras que se analizan a continuación están expresadas en dólares constantes de diciembre de 2004.

Como se puede ver en la siguiente gráfica, hacia el año 2000 el precio promedio, de la canasta analizada, estaba un poco por encima de 30 centavos de dólar por dosis en Colombia, con una leve tendencia decreciente que la coloca en los 30 centavos en diciembre de ese año. En Ecuador se presentaba un precio más bajo, alrededor de 20 centavos por dosis, pero tenía un comportamiento creciente, debido principalmente a los ajustes cambiarios que tuvo la economía ecuatoriana. En el resto de países analizados, se presentaba un precio superior al colombiano, siendo el precio en Argentina el más alto con un promedio por dosis de cerca de 50 centavos de dólar, y aunque con una leve tendencia decreciente durante el año. El comportamiento del precio en los demás países se mostraba estable, salvo el caso de Chile cuyos precios mostraban una fuerte tendencia decreciente.

GRÁFICA 3.18
PRECIO PROMEDIO POR DOSIS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA DE 124 PRODUCTOS DE
MARCA VENDIDOS EN COLOMBIA Y 5 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA
MERCADO PRIVADO DE DROGUERÍAS
PONDERADO POR LAS UNIDADES VENDIDAS EN LA CANASTA DE COLOMBIA
PRECIOS CONSTANTES DIC 2004=100



Durante el año 2001, Perú, Venezuela, Argentina y Colombia mantienen sus precios relativamente estables mientras que Ecuador y Chile continuaron con la tendencia que traían del año anterior, hasta converger a un precio similar al colombiano. Ecuador que había partido de 20 centavos de dólar por dosis a principios de 2000 incrementa hasta los 30 centavos a final de 2001 y Chile que estaba en niveles cercanos a los de Argentina, rondando los 50 centavos por dosis, cae también hasta situarse también en 30 centavos al final de 2001.

A comienzos de 2002 Argentina presenta un cambio estructural importante en su economía que conlleva un fuerte ajuste cambiario, que se refleja en una caída dramática del precio expresado en dólares por dosis, llegando a niveles cercanos a los 23 centavos de dólar. De esta manera pasa de ser el país con los precios más altos para esta canasta a ser el país con los precios más bajos.

Durante el 2002 Colombia y Chile muestran un comportamiento muy similar en sus precios los cuales suben un poco a mediados de año y luego vuelven a situarse cerca de los 30 centavos al final del año. Perú, por otra parte, sigue mostrando estabilidad en sus precios pero a un nivel tan alto, que con la caída del precio en Argentina, se constituye en el país con mayores precios dentro de los analizados. Venezuela presenta una pequeña reducción de sus precios, los cuales en los años anteriores estuvieron alrededor de los 40 centavos de dólar por dosis y al final del 2002 se sitúa junto con Chile, Ecuador y Colombia alrededor de los 30 centavos de dólar.

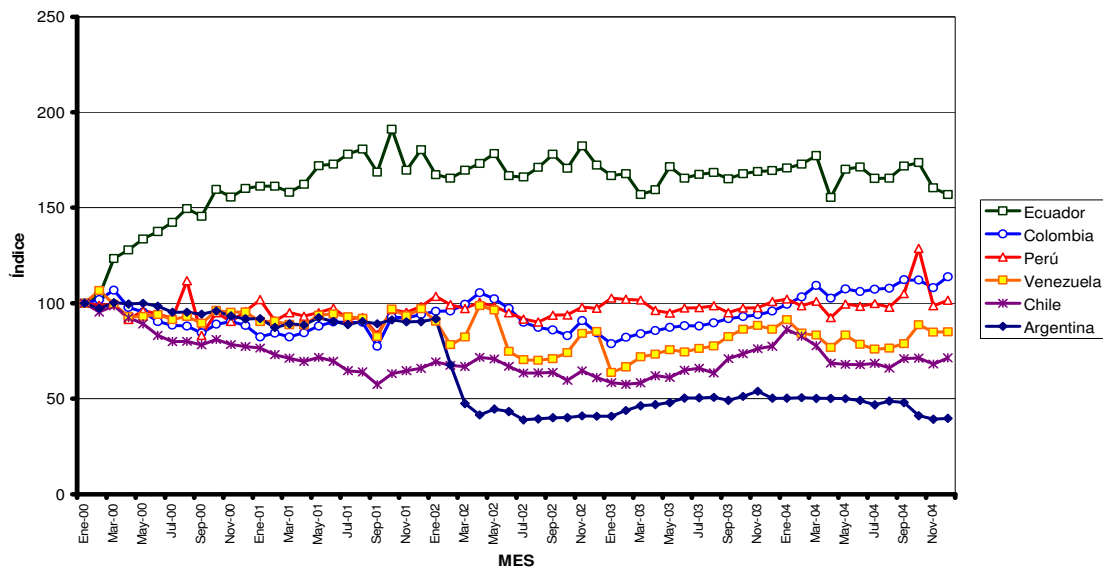
En el año 2003, Chile, Venezuela, Colombia y Argentina muestran una leve tendencia creciente, los tres primeros situándose alrededor de los 35 centavos de dólar y el último recuperándose hasta los 30 centavos. En ese mismo año Ecuador se mantiene relativamente estable por debajo de los 30 centavos y Perú también pero por debajo de los 50 centavos.

Finalmente el 2004 es un año de relativa estabilidad para todos los países analizados salvo para Argentina que nuevamente baja hasta cerca de los 20 centavos y Colombia que continúa con un crecimiento leve hasta rondar los 40 centavos.

Estos comportamientos dinámicos se pueden apreciar también en la siguiente gráfica. En ella se calcula un índice de crecimiento de los precios asignando un valor de 100 al precio que registraban en enero de 2000 y aplicando los crecimientos de cada serie durante los cinco años analizados.

GRÁFICA 3.19

**INDICE DE CRECIMIENTO REAL DE PRECIOS POR DOSIS AL DISTRIBUIDOR MINORISTA
124 PRODUCTOS DE MARCA VENDIDOS EN COLOMBIA Y 5 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA
MERCADO PRIVADO DE DROGUERÍAS
PONDERADO POR UNIDADES VENDIDAS EN LA CANASTA DE COLOMBIA
ENERO DE 2000=100**



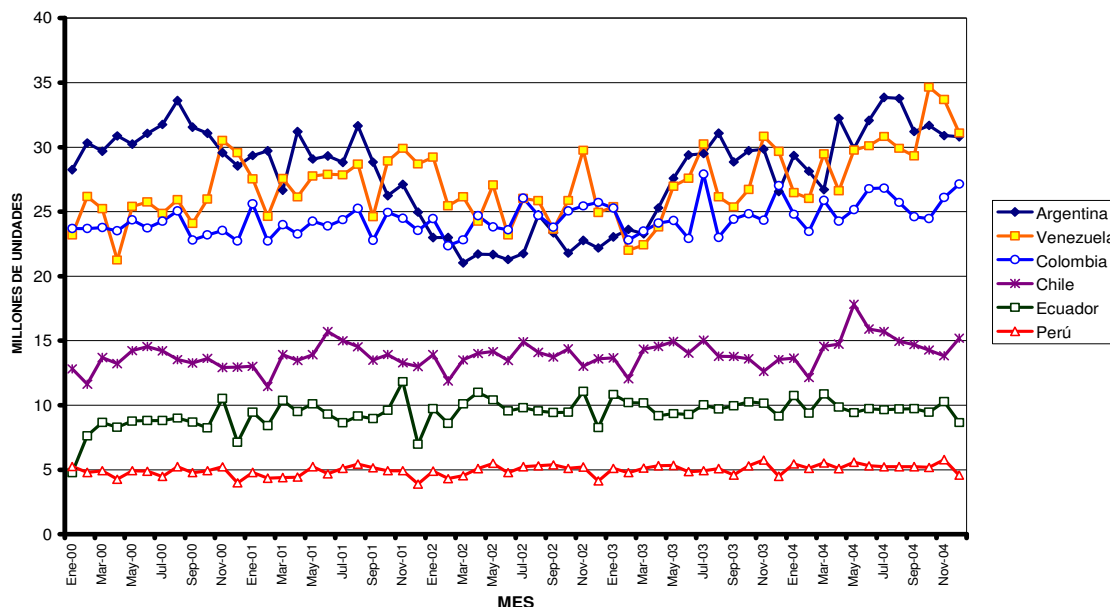
Se puede ver como Ecuador presenta un crecimiento total de los precios durante el periodo, superior a 50%. En Colombia los precios inicialmente bajan y luego vuelven a subir con un incremento total en los cinco años cercano a 10%. Perú se mantiene estable casi todo el periodo y sus precios al comenzar y finalizar son muy similares. Venezuela presenta un leve decrecimiento de sus precios que al final del periodo representa una caída de cerca de 15% en los cinco años. Chile primero reduce sus precios casi en 40% y en la segunda mitad del periodo se recupera lentamente para una caída total de alrededor de 25%. Finalmente y como se vio anteriormente, Argentina representa la mayor disminución en los precios en dólares, por la drástica caída en 2002, que la llevo a un decrecimiento total de más de 50% en todo el periodo.

3.3.2 TAMAÑO RELATIVO DE LOS SEIS MERCADOS

Este análisis de precios deben complementarse con el análisis del tamaño del mercado en estos países, el cual se muestra en la siguiente gráfica de millones de unidades de dosis vendidas en cada país. Para este análisis se sumaron todas las unidades vendidas en droguerías.

GRÁFICA 3.20

VENTAS MENSUALES DE MERCADO PRIVADO DE DROGUERÍAS
COLOMBIA Y 5 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA
MILLONES DE UNIDADES



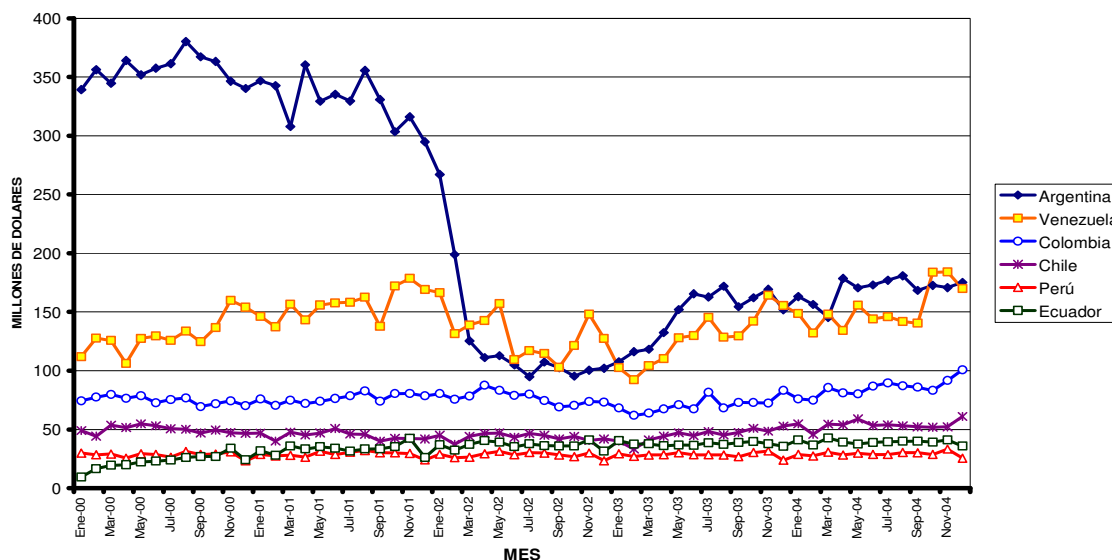
Se destacan tres mercados de mayor tamaño que son los de Argentina, Venezuela y Colombia. En Argentina la crisis presentada en el 2002 no solamente afectó los precios por la vía de la devaluación de la moneda sino que afectó también la demanda total por medicamentos, que se refleja en una caída de las unidades vendidas de los productos analizados, pasando de ser el mayor mercado de los tres mencionados a estar por debajo de Colombia y Venezuela a finales del 2002, pero recuperándose al final del periodo analizado. Venezuela tiene un mercado que ha crecido paulatinamente, aumentando en alrededor de 30% en los 5 años analizados para todos los productos en el mercado minorista privado, y llegando alrededor de 30 millones de dosis, muy a la par de Argentina. Colombia presenta una demanda también alta, que fluctúa alrededor de 25 millones de unidades de dosis al mes.

El siguiente mercado de mayor tamaño es el de Chile el cual creció levemente de alrededor de 13 millones de unidades a principios del periodo hasta 15 millones de unidades al final del periodo. El mercado del Ecuador tuvo un rápido crecimiento en el año 2000 pasando de 5 a 9 millones de unidades de dosis en tres meses y luego se estabilizó en el resto del periodo alrededor de 10 millones de unidades de dosis. Finalmente, el mercado peruano resulta ser el de menor tamaño, entre los analizados, manteniéndose estable alrededor de los 5 millones de unidades de dosis. Valga recordar que este mercado también registra los precios más altos.

Al combinar la información de precios y de cantidades se puede analizar el tamaño del negocio en ventas totales de productos farmacéuticos en los seis países, lo cual se muestra en la gráfica siguiente.

GRÁFICA 3.21

**VENTAS MENSUALES DEL MERCADO PRIVADO DE DROGUERÍAS
COLOMBIA Y 5 PAÍSES DE LATINOAMÉRICA**
MILLONES DE DÓLARES
PRECIOS CONSTANTES DIC 2004=100



En esta gráfica se pueden ver las ventas totales de cada uno de los países. Los mercados con mayores ventas expresadas en dólares son Argentina y Venezuela con una facturación de alrededor de 150 millones de dólares al mes y una gran variabilidad. En Argentina, particularmente, se aprecia el efecto de la caída del precio y la demanda en 2002 y la recuperación lenta de la demanda en la última parte del periodo. Colombia, que tiene una demanda alta y unos precios en un nivel intermedio, se ubica creciendo de cerca de 75 millones de dólares mensuales en el 2000 a 100 millones en el 2004. Chile se encuentra estable con unas ventas cercanas a los 50 millones de dólares durante el periodo analizado, con una caída y una posterior recuperación debidas principalmente al movimiento de los precios. El valor de las ventas en Ecuador, como es de esperarse después de ver el comportamiento de precios y cantidades, creció de unos niveles muy bajos, inferiores a los 10 millones de dólares en 2000 a situarse cerca de los 40 millones de dólares en 2004. Finalmente Perú, a pesar del alto nivel de precios que presenta, se ubica como el mercado de menor valor en dólares, y con un comportamiento muy estable alrededor de 25 millones de dólares.

3.3.3 BENCHMARKING DE PRECIOS INTERNACIONALES USANDO TASAS DE CAMBIO DE PARIDAD

La comparación internacional de precios de medicamentos, presentada en los anteriores numerales con base en la conversión de los precios internos a US dólares usando las tasas de cambio de mercado, no reflejan las verdaderas estructuras de precios al consumidor final de cada país, porque no están basadas en la comparación de precios de las canastas de consumo entre países, sino en el equilibrio entre de flujos de comercio internacional de bienes transables o, lo que es peor, de los flujos de capital internacional.

Para comparar los precios al consumidor final entre países se debe usar un tipo de cambio de paridad, que exprese cuánto le costaría al consumidor típico de un país la canasta de bienes y servicios que consume, si los comprara a los precios de otro país. Esta comparación, con respecto a la canasta de bienes y servicios consumida en el primer país, permite calcular la tasa de cambio bilateral de paridad entre los dos países. El precio de un país en moneda local, convertido a precios del segundo país con esta tasa de cambio de paridad, sería el verdadero “Benchmarking” internacional, para calificar si los precios al consumidor en el país son altos o bajos, con respecto al precio que paga el consumidor típico en otro país.

En el sector de medicamentos, las bases de datos del IMS a nivel mundial, es la fuente ideal de información para este propósito, ya que contiene las estructuras del consumo y los precios unitarios de compra de minoristas por producto; precios que, dado el grado de competencia existente en este último eslabón de la cadena de distribución al público en general, deben estar ampliamente correlacionados con los precios al consumidor final. Para la comparación de precios internacionales usando las tasas de cambio de paridad para la canasta farmacéutica, es necesario que en los dos países de referencia, la comparación se realice para la canasta común de medicamentos que se consume en ambos países. Esto limita el ejercicio a productos, generalmente de marca, que se venden en ambos países, aunque algunos productos genéricos que se transan internacionalmente, también podrían aparecer en esta canasta común.

Esta comparación se podría hacer estimando, con bases de datos como las de IMS, el modelo de “Benchmarking” o modelo de Precios de Referencia Internacional, que se describe a continuación:

MODELO DE “BENCHMARKING” INTERNACIONAL

La Tasa de Cambio de Paridad (TCP) con el país j para la canasta de productos farmacéuticos comunes vendidos en Colombia (c), a precios de distribuidor minorista, estaría dada por la ecuación (1). Esta tasa es la que iguala el costo de la Canasta en Colombia, con el costo de esa misma canasta a precios del país j , cuando se convierte a pesos colombianos a la tasa de cambio de paridad.

$$(1) \quad TCP_{cj} = \frac{\sum_i q_{ic} p_{ic}}{\sum_i q_{ic} p_{ij}^*} \left(\frac{\$col}{\$ \text{país } j} \right)$$

La base de datos del IMS reporta los precios locales de cada país en US dólares, convirtiéndolos mediante la tasa de cambio de mercado (\$ país j / US\$). De modo que, estos precios se pueden reconvertir a moneda local de cada país, mediante la ecuación (2):

$$(2) \quad p_{ij}^* (\$ \text{país } j) = p_{ij} (us\$) \times TC_j \left(\frac{\$ \text{país } j}{US\$} \right)$$

El precio de “Benchmarking”, o Precio de Referencia del país j, puesto en pesos colombianos a la tasa de cambio de paridad, está dado por la ecuación (3):

$$(3) \quad p_{refij}^{col} (\$col) = p_{ij}^* \times TCP_{cj}$$

Para saber si el precio del producto i en Colombia es significativamente mayor al precio en el país de referencia se puede realizar la siguiente prueba de diferencias, tomando las observaciones de precios en los dos países en los últimos cinco años o en el período que se defina para la comparación:

$$(4) \quad DP_{ij}^{col} = \frac{p_{ic}}{p_{refij}^{col}} > 1$$

Del análisis del comportamiento de los precios relativos entre Colombia y otros países los otros países latinoamericanos estudiados en los últimos cinco años, se encontró que este diferencial de precios no tiene, en general, una distribución normal alrededor del promedio sino muy asimétrica. En estas condiciones, el estadístico t, usado normalmente para probar estadísticamente si se rechaza la hipótesis de desigualdad, no se puede aplica. En su lugar se recomienda utilizar la desigualdad de Chebishev para medir la significancia estadística del diferencial de precios, que no supone normalidad en la distribución, en lugar del estadístico t:

$$(5) \quad \frac{\sqrt{n_i} (\mu_{DP_i} - 1)}{\sigma_{DP_i} k} > 1$$

Donde:

μ_{DP_i} = Diferencia de precios promedio del producto i

σ_{DP_i} = Desviación estándar del diferencial de precios del producto i

n_i = Número de observaciones del producto i

k = Constante de Chebishev.

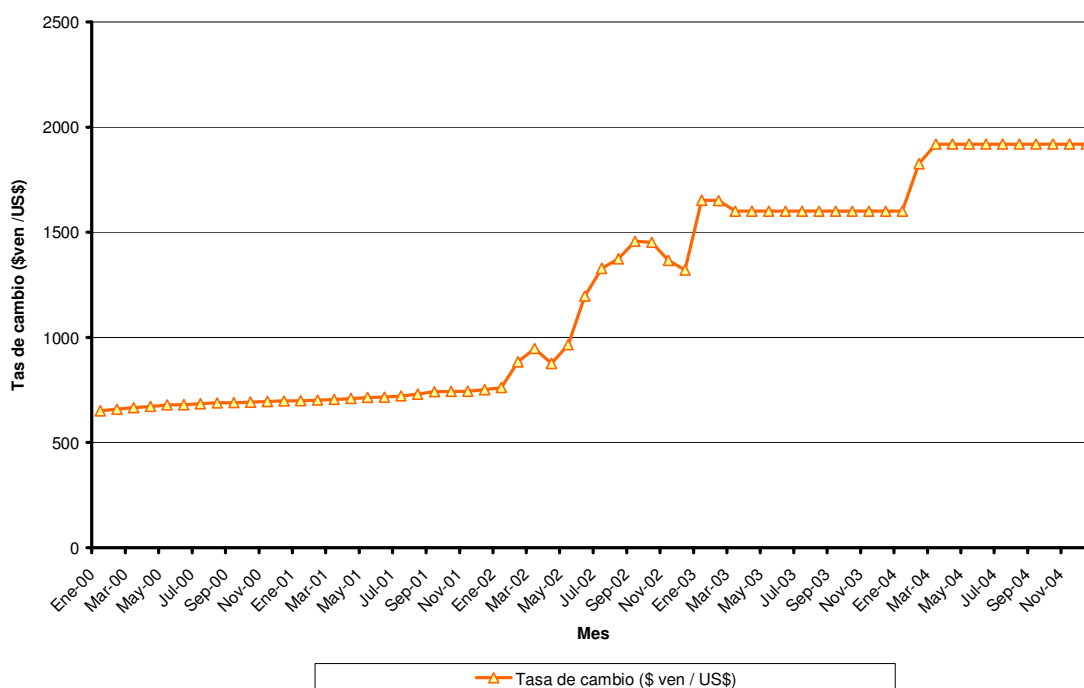
Para una prueba con un 95% de confiabilidad la k de Chevishev es 4.47, mientras que la k del estadístico t es 1.96; es decir, la prueba de Chevishev es mucho más estricta que la prueba t . Si esta prueba se cumple, el precio en Colombia es significativamente superior al precio en el país j .

EJERCICIO PILOTO DE BENCHMARKING PARA 125 PRODUCTOS COMUNES EN COLOMBIA Y VENEZUELA.

Como un ejercicio piloto para la demostración de la aplicación de esta metodología, que se puede replicar para cualquier otro país, se realizó el “*Benchmarking*” de los 125 productos comunes, analizados anteriormente para Colombia y otros cinco países latinoamericanos, tomando como referencia los precios en Venezuela.

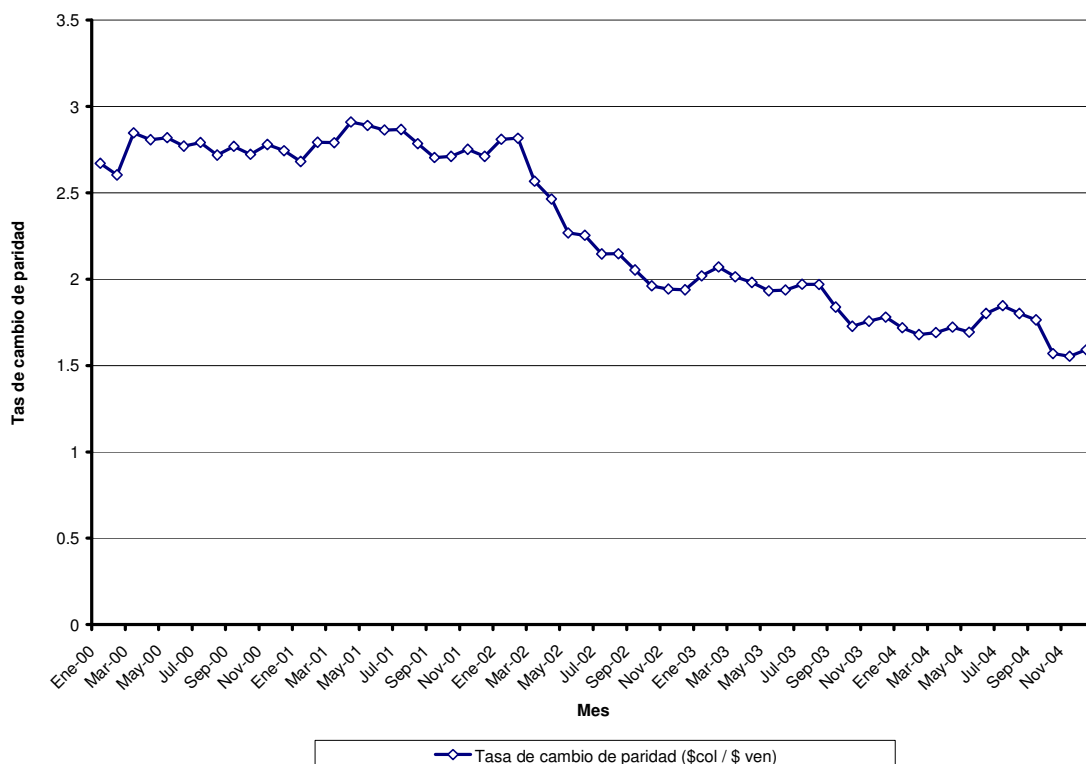
La Gráfica 3.22 muestra el comportamiento de la tasa de cambio de mercado en Venezuela para el período 2000 – 2004 en Bolívars / US dólar.

GRÁFICA 3.22
TASA DE CAMBIO NOMINAL ENTRE EL BOLIVAR VENEZOLANO Y EL DÓLAR AMERICANO
(BOLÍVARES / US DÓLAR)



Y la Gráfica 3.23 muestra el cálculo de la Tasa de Cambio de Paridad (TCP) para productos farmacéuticos entre Colombia y Venezuela:

GRÁFICA 3.23
TASA DE CAMBIO DE PARIDAD ENTRE EL PESO COLOMBIANO Y EL BOLÍVAR
(\$ COL / BOLÍVAR)



El Cuadro3.1 muestra, finalmente, la lista de 43 productos de marca vendidos en Colombia y en Venezuela, para los cuales el precio en Colombia es significativamente mayor que el precio en Venezuela, aplicando esta metodología. Esta lista representa cerca de 1/3 de los productos comunes vendidos en ambos países; y de estos, cerca del 70% muestran en Colombia precios 25% más altos que en Venezuela en el período 200-2004. El diferencial de precios en esta canasta varía entre 1.09 para el Ezetrol y 6.26 para la Hydergina.

Este ejercicio se podría hacer para una muestra de países con mercados farmacéuticos similares a los de Colombia y, con base en éste “Benchmarking”, establecer Precios de Referencia para la regulación de precios en Colombia. Sobre este tema se volverá en el Capítulo 5.

CUADRO 3.1
PRODUCTOS CON PRECIOS A MINORISTA EN COLOMBIA SIGNIFICATIVAMENTE
MAYORES A LOS PRECIOS EN VENEZUELA (\$COL/DOSIS)

NOMBRE	LABORATORIO	PRECIO PROMEDIO POR DOSIS COLOMBIA	PRECIO PROMEDIO REFERENCIA POR DOSIS	DIFERENCIAL PROMEDIO DE PRECIOS COL / VEN	DESVIACIÓN ESTÁNDAR DIFERENCIAL DE PRECIOS	TEST DE DIFERENCIA DE CHEVISHEV
EZETROL	MSD	3,986	3,654	1.09	0.05	1.81
CRESTOR	AZN	6,466	4,181	1.39	0.07	3.84
ANAFRANIL	NVR	789	496	1.62	0.28	3.85
AURORIX	ROC	2,827	1,227	2.17	0.35	3.92
CLIMENE	SHG	1,231	528	2.45	0.99	2.53
COZAAR	MSD	2,867	2,429	1.21	0.30	1.19
DALACIN-C	PFZ	2,582	2,101	1.27	0.19	2.48
DIABINESE	PFZ	166	134	1.47	0.45	1.81
DYNACIRC	NVR	1,953	446	4.28	1.56	3.30
ERANZ	WYE	10,843	7,951	1.41	0.16	4.24
EXELON	NVR	4,593	4,123	1.15	0.14	1.93
FLOTAC	NVR	1,561	1,407	1.11	0.18	1.00
GLUCOBAY	BAY	818	533	1.63	0.34	3.21
HYDERGINA	NVR	3,594	533	6.26	3.08	2.60
KLARICID	ABT	3,848	2,412	1.66	0.52	2.19
KYTRIL	ROC	141,223	86,883	1.24	0.18	1.11
LAMICTAL	GSK	2,587	2,207	1.19	0.29	1.12
LAMISIL	NVR	5,493	3,315	1.69	0.42	2.81
LESCOL	NVR	3,683	1,114	3.42	1.26	3.30
LIPOBAY	BAY	3,556	2,974	1.17	0.05	3.37
LUMIGAN	ALL	1,013	781	1.43	0.15	2.55
MELERIL	NVR	260	146	1.83	0.50	2.86
MYCOSPOR	BAY	1,774	706	2.61	0.73	3.82
NEOTIGASON	ROC	4,096	2,936	1.44	0.51	1.51
PARLODEL	NVR	2,057	818	2.54	0.23	11.43
PROZAC	LLY	5,241	4,238	1.27	0.41	1.16
RIVOTRIL	ROC	433	355	1.61	0.61	1.71
SERETIDE	GSK	857	718	1.15	0.19	1.19
SEREVENT	GSK	602	390	1.59	0.43	2.34
SINEMET	MSD	1,243	575	2.27	0.78	2.82
SIRDALUD	NVR	1,385	301	4.75	1.48	4.35
SOLU-MEDROL	PFZ	20,971	17,349	1.24	0.31	1.37
SYNVISC	NVR	267,108	241,838	1.14	0.14	1.77
TEGRETOL	NVR	940	803	1.21	0.14	2.48
TRAVATAN	ALC	1,113	990	1.16	0.11	1.93
UNASYN	PFZ	6,062	3,677	1.69	0.31	3.85
VALIUM	ROC	2,316	644	4.60	2.55	2.43
VENTIDE	GSK	208	92	2.33	0.70	3.30
VOLTAREN	NVR	2,325	1,684	1.41	0.14	5.16
XALACOM	PFZ	1,379	1,067	1.30	0.09	4.16
XALATAN	PFZ	1,205	790	1.57	0.37	2.67
ZIAC	MCK	1,449	1,123	1.33	0.14	4.09
ZOCOR	MSD	4,462	3,824	1.17	0.19	1.51

CAPÍTULO 4

ESTRUCTURA INDUSTRIAL Y ANÁLISIS DE COMPETENCIA

4.1 INTRODUCCIÓN

Este Capítulo discute los temas de estructura industrial del sector y el impacto que tiene esta estructura sobre los niveles de competencia existentes en el segmento minorista privado del mercado, que dispensa medicamentos a las droguerías, como último eslabón de la cadena de distribución, para su venta al consumidor final. No se incluye el impacto de esta estructura industrial sobre el nivel de competencia existente en el segmento institucional del mercado, porque no se contó con información suficiente, ya que la poca información disponible sólo es del sector público y cubre escasamente 25% de ese segmento y posiblemente no más de 12% del sector Institucional en su conjunto. Sin embargo, como ya se señaló en capítulos anteriores, la promoción de prácticas transparentes de licitación que den oportunidad a todos los oferentes potenciales, pueden garantizar condiciones de eficiencia en la compra de medicamentos, contrarrestando los impactos de la estructura industrial del sector, por el lado de la oferta, con un poder de negociación por el lado de la demanda, que garantizaría, en el límite, precios de compra muy cercanos a los que existirían si imperaran condiciones de competencia en el mercado.

El análisis de competencia tiene tres componentes: i) la definición de un índice de concentración que permita medir el potencial de poder de mercado existente en los diferentes mercados relevantes, ii) la definición de los mercados relevantes, para analizar el nivel de competencia, y iii) la determinación de posibles abusos de posición dominante, que puedan requerir algún grado de regulación por parte de las autoridades competentes. Este último punto será tratado en el capítulo 5, sobre regulación de precios, después de haber examinado el poder de mercado en los mercados relevantes, teniendo en cuenta el comportamiento de los precios en el mercado, discutidos en el capítulo anterior.

4.2 DEFINICIÓN DE UNA MEDIDA DE CONCENTRACIÓN

En el mercado minorista privado de droguerías existe suficiente competencia por el lado de la demanda, con cerca de 17,000 puntos de venta que atienden con amplia cobertura las demandas de los consumidores finales, cuando tienen que comprar medicamentos de su propio bolsillo. Condiciones mucho más amplias de competencia se dan por el lado de la

demanda del consumidor final, con cerca de 45 millones de habitantes que tiene el país³⁴. Esto significa que, en este canal de distribución, el posible poder de mercado puede provenir únicamente del lado de la oferta de productos farmacéuticos.

Para determinar el grado de concentración de la oferta para los diferentes mercados relevantes considerados, se utilizó el índice de Herfindahl-Hirschman (HH), el cual es una medida comúnmente aceptada de concentración. Es calculada mediante la suma de cuadrados de las participaciones de las empresas que participan en cada mercado relevante. El Índice de HH se expresa como:

$$HH_x = \sum_{i=1}^n p_{ix}^2 \quad \text{donde cada } p_j \text{ representa la participación de la firma } j \text{ en las ventas del mercado } x \text{ correspondiente}$$

Este índice de concentración varía entre 0 y 1 y tiene la forma simple de una suma de cuadrados, que es la misma que se usa para estimar una varianza, que mide el grado de dispersión de las observaciones. Cuanto más cercano un mercado está a ser un monopolio, su indicador HH de concentración será más alto (y el nivel de competencia será menor). Si, por ejemplo, hubiese solamente una firma en un mercado, la firma tendría cuota de mercado de 100%, y el HH sería igual a 1 (100%²), indicando un monopolio o total concentración de la producción en una sola empresa. Si por el contrario hubiese millares de firmas que compiten entre sí con participaciones similares en las ventas, cada una tendría cuota de mercado del casi 0%, y el HHI estaría cerca de cero, indicando competencia casi perfecta.

Otra forma análoga de analizar la concentración en un mercado es mediante el Índice HH invertido (1/HH) el cual expresa el número de firmas equivalentes de igual tamaño que cabrían en el mercado si tuviesen la misma participación. Se ha demostrado, que este número de firmas equivalentes producen el mismo resultado, en términos de precios y cantidades vendidas, que la estructura industrial observada, con el mismo Índice de concentración. Su cálculo es de la siguiente forma:

$$EE_x = \frac{1}{HH_x} = \frac{1}{\sum_{i=1}^n p_{ix}^2}$$

Un ejemplo de la forma de interpretar el EE es el siguiente: suponga que existe un mercado con la siguiente composición en las ventas:

³⁴ Podría haber cierto poder de Mercado de las droguerías en sitios pequeños y remotos, donde sólo hay demanda para uno o máximo dos puntos de venta, que podrían formar un cártel para fijar precios, pero este es un problema de segundo orden.

Empresa (i)	Ventas(v_i)	Participación(p_i)	Cuadrado(p_i^2)
firma 1	81	0.41	0.16403
firma 2	46	0.23	0.05290
firma 3	26	0.13	0.01690
firma 4	21	0.11	0.01103
firma 5	12	0.06	0.00360
firma 6	5	0.03	0.00063
firma 7	5	0.03	0.00063
firma 8	2	0.01	0.00010
firma 9	1	0.01	0.00003
firma 10	1	0.01	0.00003
Suma	200	1.00	0.250
EE=HH ⁻¹ – No. de empresas equivalentes			4.00

En el cálculo del HH este mercado tiene el mismo grado de concentración que uno con las siguientes características:

Empresa (i)	Ventas(v_i)	Participación(p_i)	Cuadrado(p_i^2)
firma 1	50	0.25	0.06250
firma 2	50	0.25	0.06250
firma 3	50	0.25	0.06250
firma 4	50	0.25	0.06250
Suma	200	1.00	0.250
EE=HH invertido			4

Y también obtendría el mismo grado de concentración que un mercado con las siguientes participaciones:

Empresa (i)	Ventas(v_i)	Participación(p_i)	Cuadrado(p_i^2)
firma 1	93	0.47	0.21840
firma 2	12	0.06	0.00364
firma 3	12	0.06	0.00364
firma 4	12	0.06	0.00364
firma 5	12	0.06	0.00364
firma 6	12	0.06	0.00364
firma 7	12	0.06	0.00364
firma 8	12	0.06	0.00364
firma 9	11	0.06	0.00306
firma 10	11	0.06	0.00306
Suma	199	1.00	0.250
EE=HH ⁻¹ - No de empresas equivalentes			4.00

Sin embargo, si lo que se desea es medir poder de mercado además de concentración, muchos afirmarían que la firma 1 en el último ejemplo concentra mayor poder de mercado que cualquiera de las firmas del segundo ejemplo e incluso puede estar en una posición más cómoda en el último caso que en el primero. Por esta razón muchas veces los indicadores HH y EE se deben complementar con otros como:

- Participación del Líder : $PL_x = \frac{\max(Ventas_{ix})}{Ventas_x}$

- Productos por laboratorio: $\frac{N_{prod}}{N_{lab}}$

El HH es ampliamente utilizado en regulación. El Departamento de Justicia de Estados Unidos, por ejemplo, utiliza el HH para evaluar las fusiones entre empresas. Considera un mercado con un resultado de menos de 0.10 ser un mercado competitivo; un resultado de 0.10-0.18 representa un mercado moderadamente competitivo; y un resultado de 0.18 o mayor muestra un mercado con evidencia de concentración. Como regla general, las fusiones que aumentan el HH en más de 0.1 puntos en mercados concentrados levantan preocupaciones anticompetitivas³⁵.

En el siguiente cuadro se propone un criterio general para clasificar a los mercados relevantes de medicamentos, según su grado de concentración industrial³⁶.

CUADRO 4.1
DEFINICION DE LOS RANGOS DE CONCETRANCION PARA LA SEGMENTACION DEL MERCADO

Segmentos del mercado	HHI	1/HHI No de empresas Equivalentes
Mercado Competido	menor o igual 0,1	mayor o igual a 10
Mercado Moderadamente competido	mayor que 0,1 y menor o igual a 0,2	mayor o igual a 5 y menor a 10
Mercado Moderadamente Concentrado	mayor que 0,2 y menor o igual a 0,5	mayor o igual a 2 y menor a 5
Mercado Altamente concentrado con evidencia de posición dominante	mayor que 0,5 y menor o igual a 0,9	mayor o igual a 1,11 y menor a 2
Monopolio	mayor que 0,9	menor que 1,11

4.3 LOS MERCADOS RELEVANTES

Uno de los conceptos más difíciles de definir en el mercado de medicamentos, es el mercado relevante que se debe identificar para el análisis de competencia, porque el mercado está tremendamente segmentado por clase terapéutica, por molécula o principio activo y por forma de presentación, dadas las diferencias existentes en las patologías que tratan de curar, en la eficacia y biodisponibilidad del medicamento para combatir esta patología, dependiendo del órgano o localización del mal, o de la virulencia del agente patógeno que lo causa.

³⁵ U.S. Department of Justice and the Federal Trade Commission, *Horizontal Merger Guidelines*, section 1.5 “Concentration and Market Shares”, April 2, 1992. Miden la participación como valores entre 0 y 100 y no como números entre 0 y 1, por lo cual el valor máximo del HH sería 10,000 y el criterio está expresado como cambios en 100 puntos

³⁶ Se entiende por concentración industrial la concentración de la oferta, teniendo en cuenta tanto la producción nacional, como las importaciones de productos terminados.

4.3.1 CONSIDERACIONES GENERALES

La definición del mercado relevante en todos los sectores regulados es una tarea que compete directamente al regulador, con el apoyo de los expertos de cada sector. El principio general es simple: el mercado relevante para medir el grado de competencia, y la posible existencia de posiciones dominantes para fijar precios, está constituido por todos los productos que compiten entre sí en la demanda del consumidor; es decir, que pueden ser substituidos en el consumo para satisfacer las mismas necesidades. La aplicación de este principio general, sin embargo, es compleja. En primer lugar, la substitución no es un concepto de todo o nada, es un concepto de grados. Hay grupos de productos que son perfectos substitutos entre sí; hay otros que sólo son parcialmente substitutos, porque no satisfacen exactamente las mismas necesidades, y dentro de este grupo hay grados de substitución, unos son substitutos más próximos que otros. Llevando esta argumentación al límite, se podría decir que todos los productos que entran en el universo de consumo de un individuo compiten entre sí por el presupuesto limitado que tiene. Es por lo tanto importante fijar un límite para definir el mercado relevante para propósitos regulatorios, y este no puede ser otro que la prueba empírica de que existe un efecto significativo de los precios de un bien o servicio sobre el consumo de otro bien o servicio. Al aumentar el precio de un producto, de acuerdo con la teoría del consumidor, se reduce su demanda; y si, adicionalmente, esto aumenta la demanda de otro producto, entre estos dos productos hay una relación de substitución en el consumo³⁷

Miremos algunos ejemplos de otros sectores para un producto homogéneo, como es el caso de “commodities” tales como los cereales, el cemento, el acero, las gaseosas o la energía eléctrica. En un escenario de competencia, con muchos productores del mismo producto, si un productor aumenta su precio, induce una substitución en el consumo por productos iguales de otras firmas, hasta que los precios de todos los productores tienden a un precio único en el mercado; sea porque el productor que aumentó el precio desaparece del mercado por ausencia de demanda, o porque al ver reducida su demanda vuelve y baja el precio para igualarlo con el de los otros productores y no perder participación en las ventas. Este comportamiento del mercado indica que hay substitución perfecta de la producción de diferentes firmas. Sin embargo, pueden existir relaciones de substitución imperfecta de estos productos con otros productos diferentes: la harina de trigo puede competir con la harina de maíz; el cemento puede competir con el acero en algunos usos y con el ladrillo en otros; las gaseosas pueden competir con los jugos, la energía eléctrica puede competir con el gas en algunos usos. La substitución, en estos casos no es perfecta, pero existe y modera los aumentos de precios que pueden presentarse cuando algún productor tiene poder de mercado para fijarlos.

³⁷ Si el efecto de un aumento en el precio de un bien es reducir la demanda de ambos bienes, en lugar de substitución hay una relación de complementariedad en el consumo, como la que se puede dar entre el pan y la mantequilla.

Existe un problema específico del caso de los medicamentos, que no se presenta en otros sectores, por la gran segmentación de productos y marcas que existen y por las asimetrías de información que tiene el paciente, o su agente el médico, en este mercado. En otros sectores, las medidas de concentración de la producción al interior de cada producto homogéneo, se pueden medir indistintamente en valores de ventas o en unidades vendidas, por la substitución perfecta que existe entre los mismos productos de diferentes empresas, dada la dinámica de los mercados para generar un precio único para el producto, independientemente de quien lo produce³⁸. En el sector de medicamentos, productos iguales desde el punto de vista terapéutico, no se manifiestan como substitutos perfectos en el mercado, porque los consumidores no los consideran así, como lo evidencia empíricamente la existencia de diferenciales substanciales de precios entre productos de marca y productos genéricos con el mismo principio activo, aun en el caso que sean alternativas de tratamiento con la misma eficacia terapéutica y la misma biodisponibilidad. Este mismo fenómeno económico puede darse entre productos de moléculas diferentes que tienen eficacias terapéuticas similares, desde el punto de vista clínico.

El concepto de mercado relevante, por otro lado, combina el mercado de producto y el mercado geográfico, definidos como sigue:

- Un mercado de producto relevante abarca todos los productos y/o servicios que sean considerados como permutables o sustituibles por el consumidor, por causa de las características de los productos, de sus precios y de su uso previsto;
- un mercado geográfico relevante abarca el área en la cual las firmas referidas están implicadas en la oferta de productos o de servicios y en el que son suficientemente homogéneas las condiciones de la competición.

En Colombia el Superintendente de Industria y Comercio, Jairo Rubio Escobar, en el marco de las integraciones empresariales define el mercado relevante de la siguiente forma³⁹:

“En términos generales, podemos afirmar que definir el mercado relevante de producto para efectos del control sobre las concentraciones empresariales, es establecer si existen bienes que son considerados por los consumidores como substitutos de los bienes de las empresas involucradas en la integración. En otras palabras, es tratar de responder a la pregunta ¿Qué productos compiten efectivamente con los de las empresas a integrarse? No se trata, en consecuencia, del concepto de mercado adoptado por los departamentos comerciales de las compañías, los cuales asocian este concepto al sector al que pertenecen, pues bajo esta concepción empresarial se pueden incluir bienes que los consumidores no tienen la posibilidad de sustituir y, por tanto, no forman parte del mismo mercado relevante de producto para efectos de la evaluación de integraciones”.

³⁸ El Índice HH de concentración en ventas se puede escribir como $\sum (p_i * q_i)^2$. Si el mercado establece un precio único para el producto, p_i se puede sacar de la suma de cuadrados y el índice HH queda $\sum q_i^2$, que es el Índice HH de concentración en cantidades vendidas.

³⁹ Jairo Rubio Escobar, “El control sobre las integraciones empresariales” <http://www.sic.gov.co>

“Para la determinación específica del mercado de producto, el punto de partida debe corresponder a cada bien y/o servicio, estrechamente definido, afectado por la operación de integración proyectada y, partir de allí, se van incluyendo los demás bienes y servicios que los consumidores consideran intercambiables o sustituibles. En EEUU, por ejemplo, las autoridades de competencia para verificar si está correctamente definido el mercado de producto se plantean la siguiente pregunta ¿Si existe un pequeño pero significativo incremento en el precio de un producto, a que otros bienes cambiarían los consumidores? Si la respuesta a este interrogante es que si existen bienes a los cuales los consumidores dirigirían su decisión de compra, hay que incluir estos en la definición de mercado relevante, pues para los consumidores los mismos son sustitutos. Si, por el contrario, la respuesta es negativa, es decir, que el consumidor pagaría un precio más alto, independientemente de la existencia de otros productos similares, el mercado de producto esta correctamente definido”.

En Colombia para el caso de los medicamentos, no han sido definidos cuáles son los mercados relevantes, pero cuando en las Circulares de la Comisión de Precios de Medicamentos hablan de medicamentos para los cuales existan al menos de 3 oferentes en el mercado⁴⁰, indirectamente están definiendo el mercado relevante de los medicamentos que utilizan el mismo principio activo o molécula; es decir, estarían considerando la existencia de tantos mercados relevantes diferentes como moléculas existan en el mercado; y no están considerando la posible substitución entre productos de diferentes moléculas.

En este concepto, la CNPM no tiene en cuenta que una molécula o principio activo puede ser sustituido en un tratamiento por otra u otro de su misma clase terapéutica y, en algunos casos, por ejemplo los antibióticos sistémicos, incluso por otros de clases terapéuticas distintas.

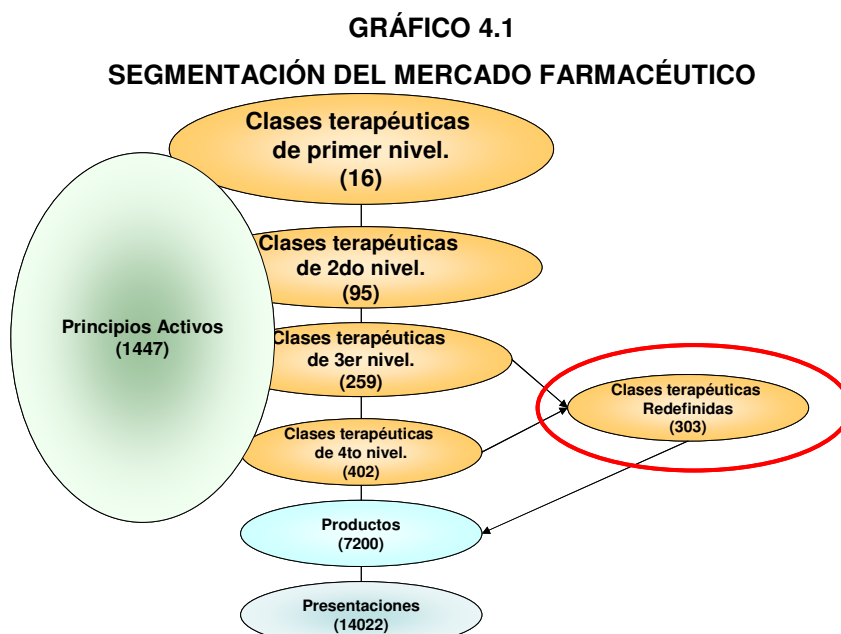
Desde el punto de vista clínico, existen varios conceptos de equivalencia que es necesario tener en cuenta para la definición de mercado relevante, como son:

- Equivalencia química: se refiere a que dos medicamentos tengan la misma cantidad del mismo principio activo, aunque los componentes inactivos o excipientes puedan variar. En muchos casos es necesario verificarla pues puede darse el caso en que por problemas de control de calidad, las concentraciones diferentes de dos medicamentos que contienen el mismo principio generen reacciones distintas en el organismo
- Bioequivalencia: se refiere al hecho que dos productos que tengan el mismo principio activo tengan el mismo efecto cuando son usados bajo el mismo tratamiento, independientemente de la localización del mal. En otras palabras se trata de equivalentes químicos que, cuando están administrados a la misma persona en el mismo régimen de dosificación, dan lugar a concentraciones equivalentes de la droga en sangre y tejidos finos. La determinación de la bioequivalencia entre dos medicamentos se rige por los criterios de seguridad y efectividad.

⁴⁰ Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, Circular Diciembre 30 de 1998.

- La Equivalencia Terapéutica⁴¹ se refiere a los medicamentos que, cuando están administrados a la misma persona en el mismo régimen de dosificación, proporcionan esencialmente el mismo efecto terapéutico. Se espera que los productos bioequivalentes sean a su vez equivalentes terapéuticos⁴². La equivalencia terapéutica, a veces, se puede alcanzar a pesar de diferencias en biodisponibilidad. Por ejemplo, el índice terapéutico (cociente de la dosis tolerada máxima a la dosis efectiva mínima) de la penicilina es tan ancho que las diferencias moderadas de la concentración en la sangre debido a las diferencias de la biodisponibilidad en productos de la penicilina pueden no afectar la eficacia o la seguridad terapéutica. En contraste, las diferencias de la biodisponibilidad son importantes para una droga con un índice terapéutico relativamente estrecho.
- Equivalencia Funcional: se refiere al caso en el cual dos tratamientos médicos diferentes generan los mismos efectos en el organismo. La equivalencia funcional al 100% es difícil de encontrar.

El Gráfico 4.1 presenta el universo de principios activos, clases terapéuticas, productos y formas de presentación existentes en el mercado de venta directa al público, y sobre el cual hay que definir los mercados relevantes.



Fuente: Interdata – IMS

⁴¹ Tomado de Merk, “Merk Manual”, Sec. 22, Ch. 298, Drug Input And Disposition <http://www.merck.com>

⁴² Para la FDA Equivalencia Terapéutica siempre se refiere a igual principio activo, concentración y dosificación “Drug products are considered pharmaceutical equivalents if they contain the same active ingredient(s), are of the same dosage form, route of administration and are identical in strength or concentration” y define Equivalencia farmacéutica cuando puede haber diferencias en la forma, la cantidad de excipientes, empaque, etc. “Pharmaceutically equivalent drug products are formulated to contain the same amount of active ingredient in the same dosage form and to meet the same or compendial or other applicable standards (i.e., strength, quality, purity, and identity), but they may differ in characteristics such as shape, scoring configuration, release mechanisms, packaging, excipients (including colors, flavors, preservatives), expiration time, and, within certain limits, labeling.”

4.3.2 LOS MERCADOS RELEVANTES PARA MEDICAMENTOS

De la discusión anterior, se desprende que habría en principio dos enfoques para la definición de mercados relevantes en el caso de medicamentos: un enfoque clínico basado en la equivalencia terapéutica únicamente, definida desde la visión médica; y un enfoque que podríamos llamar “conductivista”, que parte del enfoque clínico, pero tiene en cuenta el comportamiento del consumidor en el mercado y es más cercano a la visión económica del problema. Primero discutiremos las características y limitaciones de estos dos enfoques y luego plantearemos la propuesta pragmática de Econometría para aproximarse a una solución de compromiso.

ENFOQUE CLÍNICO

El enfoque clínico conduce a una clasificación de medicamentos de acuerdo con el concepto médico de eficacia terapéutica. En cada clase competirían todos los productos y formas farmacéuticas que conforman tratamientos alternativos para la misma patología. El esquema ideal de clasificación sería, entonces, por tratamiento, que implica un trabajo muy dispendioso con especialistas y consultas a protocolos médicos, para identificar las alternativas terapéuticas que se podrían utilizar en cada patología⁴³, definir las dosis y concentraciones de medicamentos y la duración requerida de sus aplicaciones y seleccionar las principales patologías que sufre la población para el análisis⁴⁴. Una variante de este enfoque, más expedita pero menos precisa, dada la existencia de una base de datos, como la que recoge mensualmente el IMS, es usar el concepto de clase terapéutica, que esta base maneja, pero hacerlo a un nivel suficientemente específico, como para aproximarse al concepto de tratamiento. Esta fue la variante usada por Econometría para este estudio.

ENFOQUE CONDUCTIVISTA

El enfoque conductivista puede partir de cualquiera de las dos variantes señaladas para el enfoque clínico, o de cualquier otra variante de agregación que permita una aproximación preliminar al análisis de alternativas terapéuticas, pero va más allá, al investigar si en el mercado los productos que pueden ser alternativas terapéuticas, de acuerdo con el enfoque clínico, muestran empíricamente elasticidades de sustitución significativas en la demanda del consumidor. En este caso el mercado relevante se reduciría a los productos que muestran relaciones de sustitución en la demanda y no solamente si estas posibilidades de sustitución existen clínicamente.

El dilema es como aproximarse al enfoque conductivista, a partir del enfoque clínico, sin incurrir en los altos costos de estimar económicamente funciones de demanda que permitan identificar empíricamente las elasticidades de sustitución en el consumo para todos los tratamientos o clases terapéuticas consideradas en el análisis. A continuación se

⁴³ Una clara definición del Mercado relevante en el sector farmacéutico requiere un estudio detallado de equivalencias terapéuticas entre productos como lo presenta el Orange Book de la FDA de los Estados Unidos.

⁴⁴ Este fue el enfoque que utilizó Fedesarrollo para su estudio sobre el impacto del TLC sobre el sector farmacéutico.

presenta la propuesta pragmática de Econometría para aproximarse al enfoque conductivista, analizando el universo de productos existentes en el mercado, desde el punto de vista de la competencia y, de allí, poder identificar en qué mercados relevantes hay evidencia de poder de mercado que justifique una regulación de precios.

LA PROPUESTA DE ECONOMETRÍA

La propuesta de Econometría para la definición de los mercados relevantes para el análisis de competencia, parte desde el enfoque clínico de la clasificación de productos por clase terapéutica de tercer nivel, según IMS, y desagrega algunas de ellas en subclases, para llegar a un total de 303 clases terapéuticas de análisis, entre las 259 de tercer nivel y las 402 de cuarto nivel que considera IMS. Las clases terapéuticas, así definidas, son todavía muy heterogéneas con respecto al criterio clínico de equivalencia terapéutica, asociada con tratamientos específicos; pero son una buena aproximación para incorporar criterios conductivistas asociados con la demanda del consumidor en el mercado.

Esta clasificación terapéutica comienza con clases que contienen muchos principios activos y muchos productores de medicamentos que los usan, pero, a medida que se va llegando a clases para patologías muy específicas, las alternativas terapéuticas se reducen y, finalmente se llega a un conjunto de clases terapéuticas donde sólo hay un principio activo, o un solo principio activo domina el mercado, y sólo hay un laboratorio que lo produce.

La propuesta de Econometría es partir del supuesto de que, en las clases terapéuticas donde haya muchas moléculas disponibles y muchos productores independientes que las usen, se suponga que las probabilidades de que haya efectivamente substitución en el consumo son mayores, y que esta probabilidad disminuye monótonamente con la reducción en el número productos existentes. Por otro lado, para tener en cuenta los diferenciales de precios existentes en el mercado, se propone que el poder que pueda tener un laboratorio para fijar los precios de sus productos en el mercado, se mida por la combinación de cuatro criterios:

- ❖ Su participación en las ventas de la molécula o principio activo que utiliza
- ❖ Su participación en las unidades vendidas de productos que usen esa molécula o principio activo
- ❖ Su participación en las ventas de la clase terapéutica a la cual pertenece
- ❖ Su participación en las unidades vendidas de medicamentos en la clase terapéutica a la cual pertenece.

La condición de que simultáneamente se considere el poder de mercado en ventas y en unidades vendidas, hace frente al hecho, ya mencionado en las consideraciones generales para la definición de mercados relevantes (Numeral 4.3.1), de que en este sector existen importantes diferenciales de precios entre productos que, en principio, son equivalentes

terapéuticamente. Al tener en cuenta simultáneamente los dos criterios, se evita que se llegue a considerar que existe poder de mercado cuando haya productos de alto precio, pero que tienen bajas participaciones en el total de unidades vendidas; o productos que tienen altas participaciones en las unidades vendidas, pero que tienen bajo precio; y sólo se consideraría que hay poder de mercado cuando se dan simultáneamente las dos condiciones. Este tema se discute posteriormente, cuando se presente el caso de la clase terapéutica de las Fluorquinolonas, del grupo de los antibióticos sistémicos.

La condición de que, adicionalmente, se considere el poder del producto en el mercado de la molécula y en el mercado de la clase terapéutica a la cual pertenece, hace frente al debate sobre si la substitución en el consumo se presenta únicamente al interior de los productos que usan la misma molécula o si se da también entre productos de diferentes moléculas, con efectividad terapéutica similar. Al tener en cuenta simultáneamente los dos criterios, se evita que se llegue a considerar que existe poder de mercado, cuando haya productos que tienen alta participación en las ventas de productos que usan la misma molécula, pero no en la clase terapéutica en la que se ubican; o productos que no tengan poder en el mercado de la molécula, pero si lo tengan en el mercado de la clase terapéutica a la cual pertenecen; y sólo se consideraría que hay poder de mercado cuando se den simultáneamente las dos condiciones.

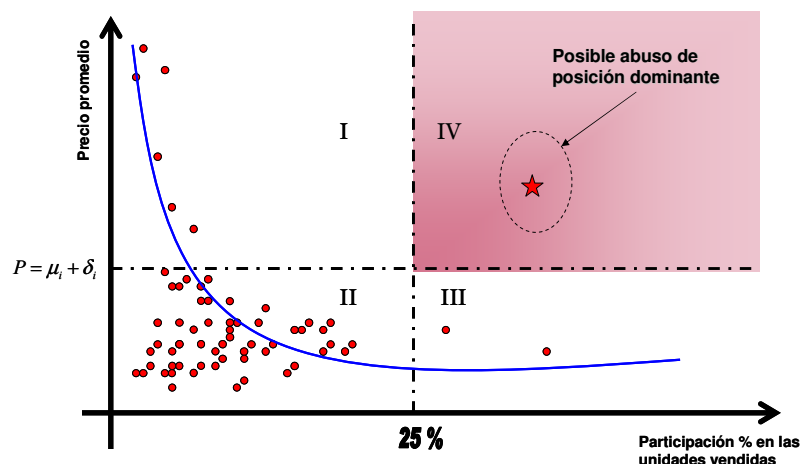
A continuación se presenta el análisis de competencia que se puede realizar con esta definición de mercados relevantes, como una primera aproximación al tema de definir, con propósitos regulatorios, qué productos podrían tener poder para fijar precios en el mercado, en el universo total de productos vendidos a través del canal privado de venta al público general, usando la base de datos de IMS.

4.4 ANÁLISIS DE COMPETENCIA EN MERCADOS RELEVANTES

En un mercado relevante, la foto de la situación del mercado, en un momento dado del tiempo, puede mostrar una configuración de los productos que lo componen, en términos de precios y cantidades vendidas, como la que muestra la Gráfica 4.2 La importancia de aproximarse al mercado relevante es poder identificar, los productos que podrían, en un momento dado, tener posición de dominio en él.

GRÁFICA 4.2

ANÁLISIS DE COMPETENCIA EN UN MERCADO RELEVANTE CLARAMENTE IDENTIFICADO



La situación del cuadrante I se da cuando productos muy especializados no tienen mayor participación en el mercado, pero arrastran detrás de sí altos costos de investigación y desarrollo. Por lo general, son medicamentos dedicados a combatir patologías de alto costo y de baja ocurrencia. Estos productos pueden estar en el mercado, en una misma clase terapéutica, con otros principios activos de bajo precio y, supuestamente, de la misma eficacia. El diferencial de precios con productos de similar eficacia, sólo se puede explicar por una segmentación de los consumidores que no compiten entre sí; aunque también existe la posibilidad de que los productos no tengan la misma eficacia y, por lo tanto, sean productos diferentes que no compiten entre sí y que podrían tener precios diferentes en un mercado con perfecta información.

La situación en el cuadrante II corresponde a muchos productos en el mercado dentro de una misma clase terapéutica que se disputan un mercado con márgenes muy cercanos al costo medio de producción. Es una situación de competencia sin posibilidades de tomar decisiones individuales en el mercado. No cabe ningún sistema de regulación diferente al propio que ejerce el mercado.

La situación en el cuadrante III corresponde a productos dentro de un mercado relevante que tienen alta participación en el mercado con precios bajos, lo que indica que cualquier movimiento que sea tomado de manera individual por alguno de los agentes va a ser aprovechado por los demás. Generalmente son posiciones de oligopolios que han posicionado sus productos pero que se controlan entre sí, atienden un sector importante de la población y sus márgenes están de acuerdo sus costos medios de producción.

La situación en el cuadrante IV es aquella en la que se presentan productos con alta participación en el mercado, precios altos y una alta posibilidad de tener poder para fijar precios y, eventualmente, abusar de esa posición dominante. Este sería el escenario propio para la vigilancia de este tipo de productos. Si en un mercado relevante no existe ningún

producto con precios altos y alta participación en unidades vendidas, se considera que en el mercado como un todo hay suficiente competencia.

4.4.1 EL CASO DE LAS FLUORQUINOLONAS

El tema de las equivalencias, anteriormente señaladas, restringe las posibilidades de sustitución en el mercado, pero no las elimina totalmente. Productos con eficacia terapéutica similar, pero con principios activos diferentes, pueden competir en el mercado, dependiendo de los precios relativos. Un estudio realizado en 2003 para la India⁴⁵ estimó un modelo lineal de gasto para la subclase terapéutica de las Fluorquinolonas (antibióticos sistémicos) y encontró altas elasticidades de sustitución en el consumo entre moléculas diferentes de producción nacional, aunque no encontró sustitución entre moléculas de diferente origen (nacional/importado). Al estimar un modelo lineal de gasto en el conjunto total de los antibióticos sistémicos, encontró también sustitución en el consumo entre moléculas de diferentes subclases terapéuticas.

Un ejercicio similar se hizo dentro de este estudio para el mismo grupo terapéutico, con propósitos comparativos, y se encontró que, en el caso Colombiano, se observan también algunas elasticidades de sustitución entre moléculas diferentes de la subclase de las fluorquinolonas, pero a diferencia del caso Indio, en el caso colombiano la sustitución encontrada fue entre moléculas diferentes de laboratorios innovadores (productos de marca) y no entre productos de laboratorios no innovadores (genéricos), ni entre productos de diferente origen (innovador/no innovador); es decir, no se encontró sustitución en el mercado entre productos de marca y productos genéricos de la misma molécula, como era de esperarse. Una discusión completa de este caso se puede consultar en el Anexo A4.

La importancia de este ejercicio piloto, que se podría replicar para otras clases terapéuticas, es que, para utilizar la clase terapéutica como mercado relevante, es necesario comprobar, si al interior de ella hay sustitución entre productos de la misma molécula o entre productos de moléculas diferentes. Para simplificar el análisis econométrico, y poder aumentar los grados de libertad para estimar los parámetros del modelo, se supuso que había sustitución perfecta entre productos de la misma molécula y del mismo origen (laboratorio innovador o no innovador), con lo cual se agregaron todos los productos que cumplieran con esta condición, y el modelo se focaliza en indagar las elasticidades de sustitución entre los siguientes productos compuestos, donde se suman todas las unidades de dosis vendidas y se calcula un precio promedio por dosis, ponderado por ventas:

- ❖ Misma molécula diferente origen
- ❖ Diferente molécula, mismo origen

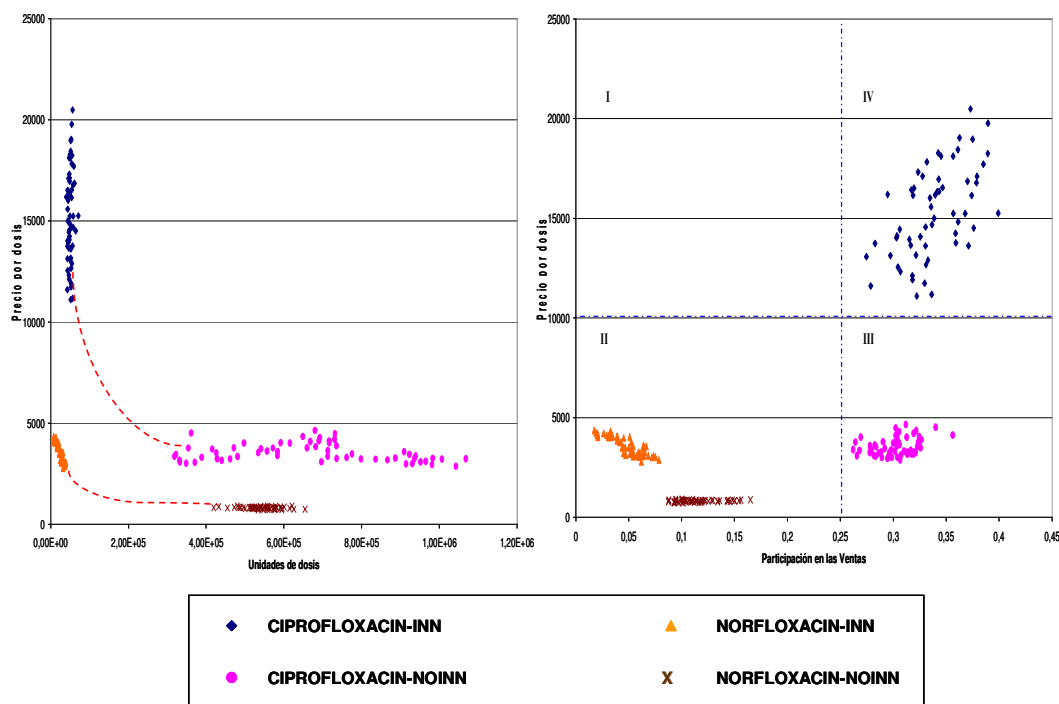
⁴⁵ Ver: Shubham Chaudhuri, Pinelopi K. Goldberg y Panle Jia “The Effect of Extending Intellectual Property Rights to Developing Countries: A Case Study of the Indian Pharmaceutical Market” NBER Working Paper Series (<http://www.nber.org/papers/w10159>), December 2003.

❖ Diferente molécula, diferente origen.

Concentrándonos en los dos productos más vendidos dentro de la clase terapéutica de las Fluorquinolonas (Cipro y Norflo), que son los únicos producidos por ambos tipos de laboratorio y representan, en conjunto, más de 80% de las ventas totales en esta clase terapéutica, la Gráfica 4.3 (tomada del Anexo A.4) muestra la relación entre precio por dosis y cantidades de dosis vendidas y su efecto sobre la participación en las ventas, para las 60 observaciones mensuales que se tienen de ventas a minoristas de estos dos productos en la base de datos del IMS.

Como puede observarse, tanto para el Cipro, como para el Norflo, las ventas por tipo de laboratorio parecen ubicarse en segmentos diferentes de la curva de demanda: los productos de laboratorios Innovadores en el segmento de consumidores dispuestos a pagar precios más altos por el producto; y los productos de laboratorios no innovadores (genéricos) en el segmento de consumidores que no está dispuesto a pagar estos precios más altos. Esto sugiere una primera conclusión: los mercados para el Cipro y el Norflo están segmentados entre dos grupos de consumidores que no compiten entre sí; los productores de productos de marca estarían, como se dice en lenguaje coloquial, “descremando el mercado”, al capturar a los clientes que tiene una baja elasticidad-precio de su demanda y dejando a los clientes que si son sensibles al precio en manos de los laboratorios no innovadores, productores de genéricos. Esto explicaría la ausencia de relaciones de sustitución en el consumo entre productos de marca de laboratorios innovadores y productos genéricos de laboratorios no innovadores., encontrada en la estimación de las funciones de demanda.

GRÁFICA 4.3
PRECIO VS CANTIDADES VENDIDAS Y VALOR DE LAS VENTAS



El comportamiento de los precios y las cantidades vendidas, están además influidos por el grado de competencia existente en cada segmento del mercado relevante: en el segmento inelástico de la curva de demanda, sólo hay un productor que tiene el monopolio de cada molécula; mientras que en el segmento elástico de la curva de demanda hay 53 laboratorios no innovadores que producen el Cipro y 39 que producen el Norflo; es decir, en este segmento del mercado se dan condiciones de una amplia competencia.

Esto se refleja en el comportamiento de los precios y las cantidades vendidas en el mercado: en el segmento inelástico de la curva de demanda, los laboratorios con poder de mercado se comportan como monopolistas aumentando el precio y reduciendo, o limitando el crecimiento de las cantidades vendidas, como indica la mayor varianza observada en el precio que en las unidades de dosis vendidas; mientras que en el segmento elástico de la curva de demanda, los laboratorios enfrentan una fuerte competencia, lo que conduce a un precio de mercado con muy poca varianza (ley del precio único en competencia) y a grandes aumentos en las cantidades vendidas a lo largo del tiempo, como indica su mayor rango de variación.

Cuando este gráfico se traslada o “mapea” en el plano de los precios versus las participaciones de mercado, la participación en valor de las ventas de los laboratorios innovadores se desplazan hacia la derecha, por el mayor precio que cobran por unidad vendida; y la participación en el valor de las ventas de los laboratorios no innovadores se contrae, por el menor precio que cobran.

El resultado final es que el Cipro del laboratorio innovador obtiene una participación de mercado igual o mayor a la del Cipro de laboratorios no innovadores en su conjunto, a pesar de vender mucho menos unidades de dosis; y el Norflo del laboratorio innovador aumenta su participación en el valor de las ventas, con respecto a su participación en las unidades vendidas.

4.4.2 NIVELES DE COMPETENCIA EN EL SECTOR FARMACÉUTICO COLOMBIANO

Con base en la propuesta de Econometría para la definición de mercados relevantes para propósitos regulatorios, indicada en el Numeral 4.3.2, y mediante la utilización del Índice de concentración de Herthfindal-Hirshman (HH), el Cuadro 4.2 muestra las distribuciones de productos por segmentos de mercado clasificados según el grado de competencia que tienen en los cuatro Escenarios propuestos para la medición del poder de mercado. El Cuadro presenta cuatro indicadores básicos de competencia; el HHI (índice de Herfindahl – Hirshman), el EE, o número de Empresas Equivalentes (inverso del Índice HH), el número de oferentes y la participación de líder.

Como se ve, los resultados varían con el cambio de Escenario; por un lado, para los análisis de competencia por clase terapéutica, el número de EE promedio es mayor a 3, mientras que para los escenarios por principio activo este indicador es menor a 2 en el promedio. En cuanto a la participación promedio del líder este indicador, para todos los mercados, es superior en el análisis por principio activo. Es decir, presentan los mercados una mayor posición de dominio.

CUADRO 4.2

INDICADORES DE COMPETENCIA PARA EL MERCADO DETALLISTA DE DROGUERÍAS PROMEDIO ÚLTIMO TRIMESTRE EVALUADO (OCTUBRE - DICIEMBRE DE 2004) /A

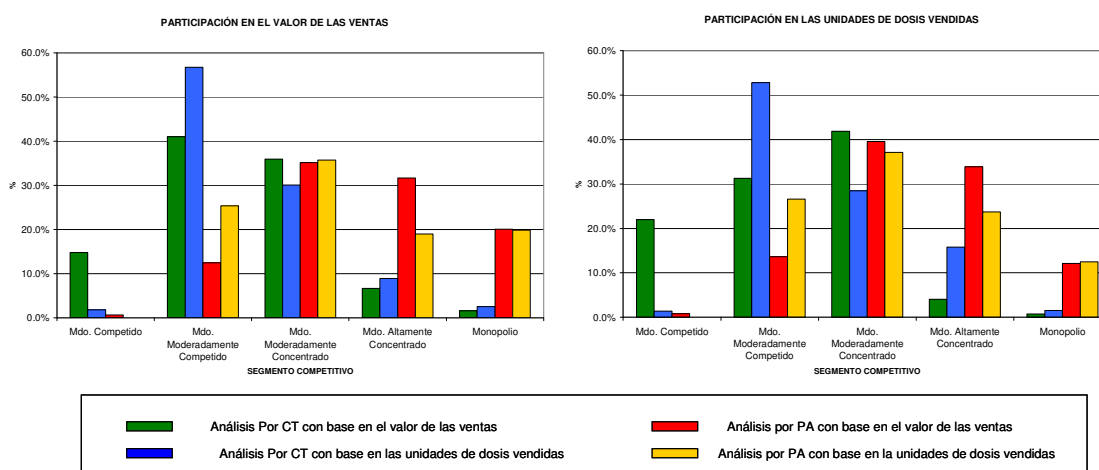
SEGMENTO DEL MERCADO	NO DE CLASES TERAPÉUTICAS - NO DE MOLÉCULAS	HHI	EE= 1/HHI	NO DE OFERENTES PROMEDIO	PART. PROMEDIO DEL LÍDER	PART. EN LAS VENTAS	PART. EN LAS UNIDADES VENDIDAS
Indicadores de competencia por clase terapéutica con base en las ventas /1							
Mdo. Competido	8	0.1	12.5	49.3	16.3%	14.8%	22.0%
Mdo. Moderadamente Competido	47	0.2	6.8	29.0	26.4%	41.0%	31.3%
Mdo. Moderadamente Concentrado	109	0.3	3.1	11.3	49.5%	35.9%	41.9%
Mdo. Altamente Concentrado	67	0.6	1.6	4.1	78.9%	6.6%	4.0%
Monopolio	51	1.0	1.0	1.3	99.6%	1.6%	0.8%
Total	282	0.5	3.3	11.8	60.8%	100.0%	100.0%
Indicadores de competencia por clase terapéutica con base en las unidades vendidas /1							
Mdo. Competido	2	0.1	10.8	50.2	19.3%	1.8%	1.4%
Mdo. Moderadamente Competido	54	0.2	6.7	31.8	27.5%	56.7%	52.8%
Mdo. Moderadamente Concentrado	94	0.3	3.2	11.5	49.7%	30.1%	28.5%
Mdo. Altamente Concentrado	77	0.7	1.5	4.6	81.1%	8.9%	15.8%
Monopolio	55	1.0	1.0	1.6	99.5%	2.5%	1.6%
Total	282	0.5	3.0	11.8	63.5%	100.0%	100.0%
Indicadores de competencia por moléculas con base en las ventas /2							
Mdo. Competido	2	0.1	10.3	24.7	20.8%	0.6%	0.8%
Mdo. Moderadamente Competido	22	0.2	6.1	22.2	28.6%	12.5%	13.6%
Mdo. Moderadamente Concentrado	153	0.3	3.0	9.2	57.9%	35.1%	39.5%
Mdo. Altamente Concentrado	221	0.7	1.5	3.8	82.9%	31.7%	33.9%
Monopolio	453	1.0	1.0	1.1	99.8%	20.1%	12.1%
Total	851	0.8	1.7	3.9	85.8%	100.0%	100.0%
Indicadores de competencia por moléculas con base en las unidades vendidas /2							
Mdo. Competido							
Mdo. Moderadamente Competido	46	0.2	6.5	20.5	29.3%	25.4%	26.6%
Mdo. Moderadamente Concentrado	160	0.3	3.1	7.9	56.3%	35.8%	37.1%
Mdo. Altamente Concentrado	190	0.7	1.5	2.9	82.2%	19.0%	23.7%
Monopolio	455	1.0	1.0	1.2	99.7%	19.8%	12.5%
Total	851	0.8	1.8	3.9	83.9%	100.0%	100.0%

Fuente. Interdata IMS, Cálculos Econometría

- /a El análisis se realiza sumando todas aquellas presentaciones y productos que se encuentran en cada mercado relevante (clase terapéutica o molécula), y que pertenecen a la misma corporación
- /1 El total de clases terapéuticas es de 303, pero se excluyeron aquellas de la clase terapéutica V (Varios) y aquellas que no reportaron ventas en el último trimestres
- /2 Solo se analizaron aquellos productos con una sola molécula que representan el 76.2% del total de productos distribuidos en droguerías

La heterogeneidad de los resultados se ilustra en la Gráfica 4.4, donde se puede observar la participación en el mercado por valor de las ventas y unidades de dosis vendidas, de cada uno de los segmentos de competencia. Mientras que por clase terapéutica muestran un mercado que tiende a ser más competido, por principio activo el mercado tiende a ser más concentrado. La participación en unidades vendidas se concentra en los segmentos de competencia intermedios y muestra también la diferencia que hay entre el análisis de principios activos y clases terapéuticas.

GRÁFICA 4.4
PARTICIPACIÓN EN EL MERCADO SEGÚN GRADO DE CONCENTRACIÓN
PORCENTAJE DE LAS VENTAS TOTALES POR SEGMENTOS SEGÚN GRADO DE
COMPETENCIA EN EL MERCADO
SEGÚN TIPO DE ANÁLISIS
(RESULTADOS CON BASE EN LAS VENTAS DEL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2004)



4.5 PROPUESTA DE SEGMENTACIÓN DEL MERCADO PARA PROPÓSITOS REGULATORIOS

Para esta propuesta, se considera la siguiente definición de competencia:

- i) No hay poder de mercado en los tres primeros segmentos contemplados anteriormente: mercado competido; mercado moderadamente competido y mercado moderadamente concentrado, y,
- ii) Hay poder de mercado en los segmentos de mercado altamente concentrado y monopolístico.

Los siguientes son los criterios para clasificar los productos de acuerdo con la modalidad de control al cual estarían sometidos. Según los resultados del análisis de competencia tanto

por clase terapéutica como por principio activo, los productos se clasifican en tres categorías diferentes para propósitos regulatorios: Verde; Amarillo o Rojo. La categoría **Verde**, significa libertad de precios, e incluye todos los productos donde existe competencia en el mercado de la molécula que contiene, ya sea en términos de valor de las ventas, de unidades vendidas o de ambos criterios; la categoría, **Amarillo**, significa alerta, e incluye todos los productos donde no existe competencia en la molécula por ninguno de los dos conceptos, pero pertenece a una clase terapéutica en donde existe competencia, en términos de valor de las ventas, de unidades vendidas o por ambos criterios; y la categoría **Rojo**, significa control, e incluye todos los productos donde no existe competencia por ninguno de los cuatro criterios. Esta clasificación de productos para propósitos regulatorios, está indicada en el Cuadro 4.3.

CUADRO 4.3

ANÁLISIS DE COMPETENCIA COMBINADO POR CLASE TERAPÉUTICA Y PRINCIPIO ACTIVO

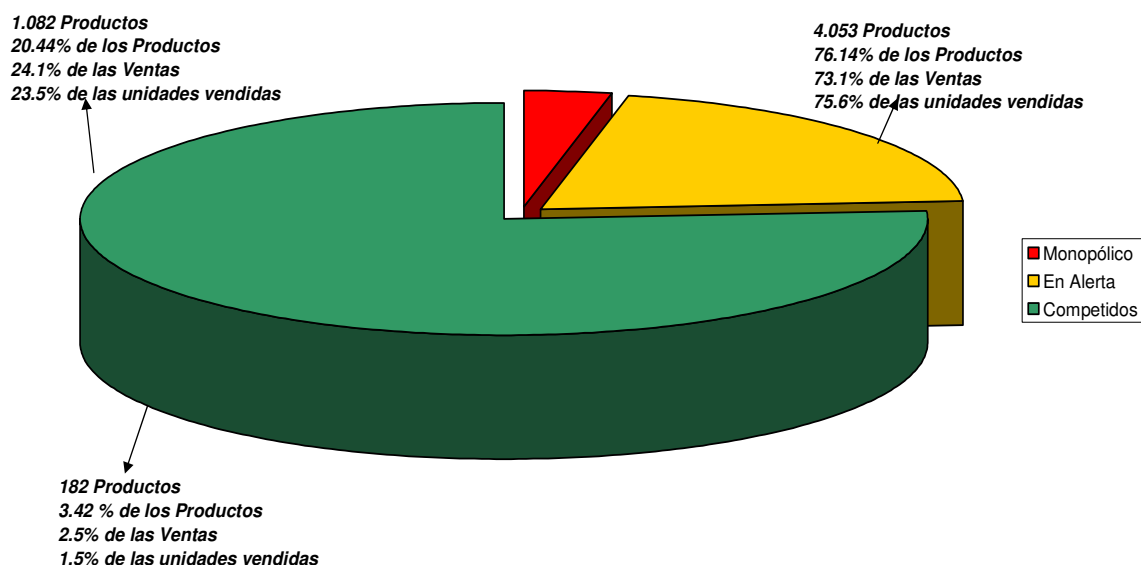
	CLASE TERAPÉUTICA		PRINCIPIO ACTIVO		CLASIFICACIÓN
	VALOR	UNIDADES	VALOR	UNIDADES	
1.	COMPETIDO	COMPETIDO	COMPETIDO	COMPETIDO	VERDE
2.	NO COMPETIDO	COMPETIDO	NO COMPETIDO	COMPETIDO	
3.	COMPETIDO	COMPETIDO	COMPETIDO	NO COMPETIDO	
4.	COMPETIDO	NO COMPETIDO	COMPETIDO	NO COMPETIDO	
5.	NO COMPETIDO	COMPETIDO	COMPETIDO	NO COMPETIDO	
6.	COMPETIDO	COMPETIDO	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	AMARILLO
7.	COMPETIDO	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	
8.	NO COMPETIDO	COMPETIDO	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	
9.	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	NO COMPETIDO	ROJO

4.5.1 APLICACIÓN DEL EJERCICIO PROPUESTO

Mediante la información sobre ventas y cantidades vendidas por medicamento en el último trimestre de 2002 en el canal privado de minoristas, reportadas por el IMS, se puede hacer una simulación de cómo quedarían clasificados todos los productos en este canal de distribución para propósitos regulatorios. El resultado del ejercicio con las nuevas definiciones enunciadas, se puede ver en la Gráfica 4.5. De los productos, que actualmente se venden en el mercado minorista, 4.053 productos que equivalen a 76.1% del total se encuentran en mercados competidos. En la clasificación intermedia, segmento Amarillo, se clasifican 1.082 puntos que corresponden a 22% del total de productos en el mercado y solo 182 productos, 3.42% del total, se clasifican en mercados evidentemente monopólicos.

GRÁFICA 4.5

**% DE LOS PRODUCTOS SEGÚN GRADO DE COMPETENCIA EN EL MERCADO
(RESULTADOS CON BASE EN LAS VENTAS DEL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2004)**

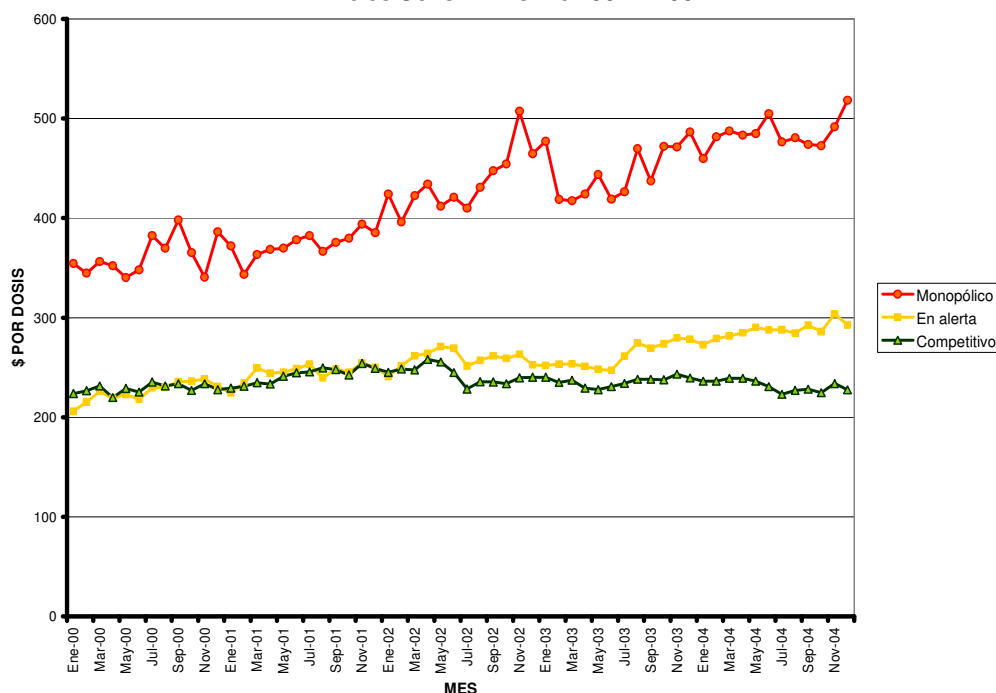


4.5.2 COMPORTAMIENTO DE LOS PRECIOS DE LOS PRODUCTOS DE ACUERDO CON SU NUEVA CLASIFICACIÓN

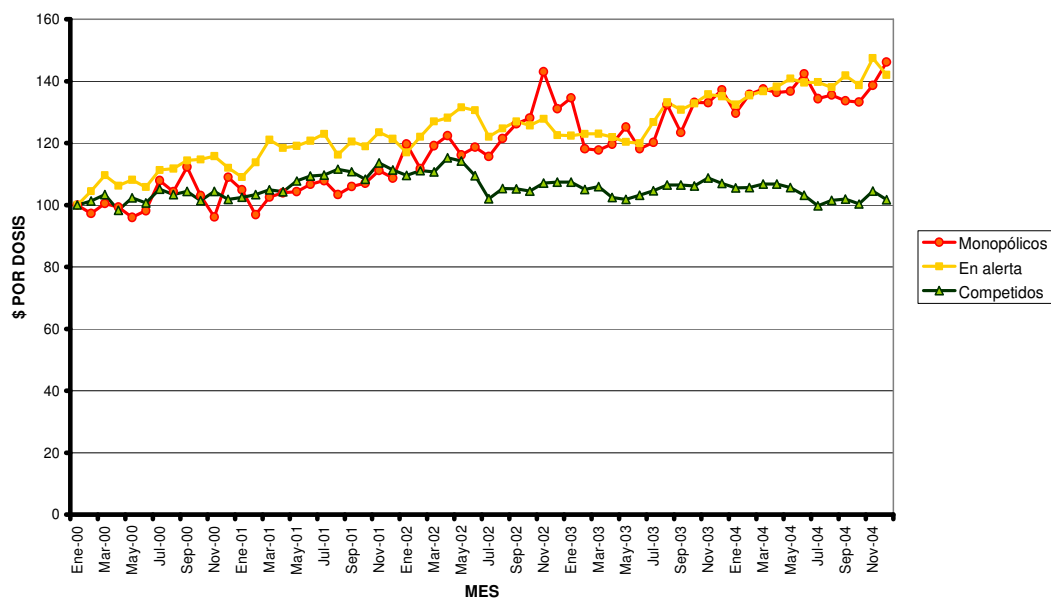
La metodología de clasificación propuesta se puede validar con la observación de la evolución de los precios medios de los productos incluidos en cada una de las categorías.

En la Gráfica 4.6 se puede observar que la dinámica de los precios en el quinquenio 2000-2004 confirma que los productos en **rojo** o en **amarillo**, muestran precios crecientes y, además, los productos en rojo muestran precios medios más altos. Por otro lado, los productos en **verde** muestran precios con fluctuaciones de corto plazo, pero sin una tendencia creciente durante el período. La Gráfica 4.6 muestra más claramente estas tendencias y permite destacar que los productos en rojo y amarillo muestran tendencias de crecimiento en los precios muy similares en el largo plazo.

GRÁFICA 4.6
PRECIO PROMEDIO POR DOSIS A DISTRIBUIDOR MINORISTA
POR SEGMENTO DE COMPETENCIA COMBINADO
PRECIOS CONSTANTES Dic 2004 = 100



GRÁFICA 4.7
INDICE DE CRECIMIENTO DE PRECIOS PROMEDIO POR DOSIS A DISTRIBUIDOR
MINORISTA
SEGÚN SEGMENTO DE COMPETENCIA COMBINADO
ENE 2000= 100



CAPÍTULO 5

EL PAPEL DE LA REGULACIÓN DE PRECIOS EN EL SECTOR

5.1 MARCO CONCEPTUAL PARA LA REGULACIÓN

El propósito económico de la regulación del Estado es mejorar la situación de un mercado, aproximándose a un óptimo, en presencia de fallas de mercado. En el caso particular de la regulación de precios en el sector farmacéutico, la falla de mercado que se trata de corregir, es la ocasionada por la presencia de agentes con poder de mercado. Si una empresa o firma tiene poder dominante de mercado, esto significa que podría abusar de esa posición dominante, para aumentar sus ganancias, fijando precios por encima de sus costos marginales de producción y aceptando una reducción en las cantidades vendidas para poder moverse sobre la curva de demanda del mercado. Este comportamiento genera ineficiencia económica, con respecto a una situación competitiva en que ningún productor tiene poder suficiente para influir en los precios, en la cual éstos se igualan a los costos marginales de producción (incluyendo una ganancia normal) y todos los productores venden su producto a este precio de equilibrio.

Existen dos grandes mecanismos de regulación del mercado en estas condiciones:

- ❖ La promoción de la competencia, para evitar la existencia de poder de mercado
- ❖ La regulación de precios, para evitar abusos en presencia de poder de mercado.

De acuerdo con el análisis de los niveles de competencia existentes en el mercado farmacéutico colombiano, presentado en los capítulos anteriores; y, en particular, teniendo en cuenta la existencia de alternativas terapéuticas que no están compitiendo en el mercado pero que tienen un potencial importante para competir, en la medida en que se mejoren los sistemas de información, las políticas de promoción de la competencia tienen un amplio campo de acción, para evitar posiciones dominantes en los mercados farmacéuticos relevantes. En este contexto, la política de regulación del mercado debe tener el propósito de propiciar y facilitar la competencia donde ella sea posible; y regular los precios, para evitar abusos de posición dominante, sólo cuando ésta no sea posible. El regulador debe tener cuidado de no obstruir el desarrollo del sector y de incentivar la generación de información útil al mercado. Finalmente, la regulación debe ser lo suficientemente simplificada y clara, para generar mecanismos que incentiven su cumplimiento.

Convertir la competencia posible en una competencia efectiva, que regule los precios, no es un problema de regulación, sino un problema de información.

Una vez definida la regulación de precios, como la política más adecuada de regulación, cuando la competencia no sea posible, es necesario definir la técnica a utilizar para este propósito.

La literatura internacional sobre regulación de precios, desde hace varias décadas ha evolucionado, desde políticas de fijación directa de precios o de control de la tasa de ganancia de las empresas, hacia una regulación por incentivos, que tiene requerimientos mucho menores de información y evita los incentivos perversos de las anteriores políticas a inflar los costos o subestimar los ingresos para cumplir la regulación.

La regulación por incentivos, conocida también por el nombre de análisis principal-agente o análisis de contrato, surgió a partir de los años 70, cuando empezó a trabajarse en los temas de información asimétrica; en este caso, la asimetría entre la información que tiene el agente u operador sobre los costos marginales de producción y la información que tiene el regulador.

La teoría de esta regulación por incentivos es simple, así su operacionalización pueda ser complicada: el propósito de este tipo de técnica es evitar la necesidad de un flujo detallado de información y ofrecer al regulado una regla de operación o un contrato, que lo induzca a comportarse tal como querría el regulador que lo hiciese.

Dentro de las técnicas de regulación de precios por incentivos hay dos que se destacan en la literatura, ambas muy pertinentes para el caso del sector farmacéutico colombiano⁴⁶:

- ❖ Precios Techo (“price caps”)
- ❖ Bajastas⁴⁷ o competencia por el mercado.

En la técnica de Precios Techo, el regulador fija un precio tope para el bien regulado, o un valor tope para un índice de precios, en el caso que existan varios productos. El regulado maximiza sus ganancias reduciendo costos, sujeto a este tope. Si los ponderadores del índice están escogidos correctamente, el regulado escogerá precios proporcionales a sus costos marginales de producción; si el nivel del índice está bien escogido, el regulado fijará precios más bajos a los del tope, aproximándose a los precios de competencia, pero nunca alcanzándolos. Si el nivel del índice está muy alto, puede causar el efecto perverso de aumentar los costos en el mercado, en lugar de reducirlos. La técnica, por lo tanto, es muy sensible al precio de referencia utilizado para fijar los topes.

⁴⁶ Otras dos técnicas que se han propuesto son la técnica de patrones de referencia (“yardstick competition”) y la técnica de empresa modelo eficiente. Ambas comparan la empresa regulada con un patrón de referencia y aumentan la remuneración de las empresas que operan mejor y disminuyen la remuneración de las que operan peor. Estas técnicas, sin embargo, solo pueden utilizarse cuando todas las empresas utilizan la misma tecnología y estructura de costos.

⁴⁷ Cuando el promotor es el vendedor se habla de subastas (vende al máximo postor); cuando es el comprador se habla de bajastas (compra al mínimo postor).

En la técnica de “bajastas” o competencia por el mercado, a través de contratos de compra por concurso o licitación, se utilizan los precios iniciales como “Precios Techo”; se solicita a los oferentes que enuncien sus ofertas de descuentos, sobre estos precios techo; y se otorgan los contratos de suministro a los que ofrezcan los menores precios, sujeto a una restricción de calidad mínima aceptable de los productos. Esta técnica tiene los mismos problemas de la técnica de precios techo, si el precio de referencia inicial no es el adecuado; sin embargo, consigue un mejor resultado comparativo, cuando se puede utilizar, porque puede generar una intensa competencia entre los oferentes, dependiendo del tamaño del mercado que se esté licitando.

El producto final de esta investigación es la propuesta de un esquema de regulación que le permita a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos cumplir con sus funciones de una manera acorde con la realidad del mercado.

En el transcurso de esta investigación se ha evidenciado la necesidad de diferenciar dos tipos de mercado que se comportan de manera diferente en cuanto a su formación de precios, dadas las particularidades que cada uno de ellos presenta desde el punto de vista de la oferta y de la demanda. La diferencia de precios en estos dos mercados así lo corrobora.

En el sector institucional, los ahorros que se pueden obtener en la compra de medicamentos por parte de las empresas prestadoras de servicios en salud, al ser manejados en un ambiente de transparencia, donde las oportunidades se le brinden a todos los oferentes en igualdad de condiciones, deben traducirse en excedentes que se reflejen en mayor cubrimiento del aseguramiento en salud y en mejor calidad de atención al consumidor final. Esta debe ser la orientación del regulador en este tipo de mercado.

Los avances del Sistema General de Seguridad Social en Salud en materia de cobertura del aseguramiento en salud, sobre todo, en lo que se refiere al régimen subsidiado en los últimos años y, la introducción del Plan Obligatorio de Salud, son factores determinantes en la evolución de la demanda por medicamentos en Colombia. Todos estos factores sumados al volumen de productos que hacen su ingreso al mercado periódicamente y que aumentan la competencia en el mercado, son elementos de juicio que deben ser tenidos en cuenta por las autoridades reguladoras al momento de tomar sus decisiones.

5.2 LA ACTUAL POLÍTICA DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS

La política actual de precios de medicamentos en Colombia tiene su origen en la Ley 81 de 1988⁴⁸ por medio de la cual se reestructuró el Ministerio de Desarrollo Económico actualmente Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.

⁴⁸ Desde 1943 el Gobierno Nacional tiene facultades para intervenir los precios de los artículos de primera necesidad en Colombia. En 1959 con la Ley 155 se habla específicamente de los medicamentos. Desde 1968 se ejerció el control por parte de la Superintendencia Nacional de Precios, bajo las modalidades de Control Directo y Libertad Vigilada. Los éticos eran tema del Control Directo y el popular de la Libertad Vigilada. Luego el control de precios de los

En su artículo 60, la ley en comento determinó que la política de precios podía ejercerse bajo alguna de las modalidades siguientes:

Régimen de Control Directo: En el cual la entidad responsable fija el precio máximo de venta al público, en cualquiera de los niveles, que productores y distribuidores pueden cobrar por el bien o servicio en cuestión.

Régimen de Libertad Regulada: En el cual la entidad responsable fija los criterios y la metodología para que los productores o distribuidores determinen o modifiquen los precios máximos de venta al público en cualquiera de los niveles de los bienes y servicios sometidos a este régimen.

Régimen de Libertad Vigilada: Bajo esta modalidad los productores y distribuidores pueden determinar los precios de los bienes en cuestión, bajo la obligación de informar por escrito a la entidad responsable del control, las variaciones y determinaciones de los precios de acuerdo con la metodología que la entidad defina.

De igual manera la ley determinó, en su Artículo 61, la competencia del Ministerio de Desarrollo Económico, bajo los lineamientos trazados por el Consejo Nacional de Política Económica y Social – CONPES-, para establecer la política de precios en el sector de industria manufacturera, incluidos los medicamentos, con las siguientes funciones (Artículo 62):

- a) Determinar los bienes y servicios cuyos precios deben ser sometidos a control directo;
- b) Fijar los precios máximos de los bienes y servicios que se sometan a control directo;
- c) Determinar la metodología y criterios a que deben someterse los bienes y servicios que se encuentran en libertad regulada o vigilada y establecer cuáles serán estos bienes y servicios; y
- d) Fijar, cuando lo considere conveniente, los descuentos y porcentajes que los productores, fabricantes o comerciantes tengan establecidos o establezcan en favor de sus agentes o distribuidores, señalando en cada caso los que se justifiquen y señalando los precios correspondientes.

medicamentos pasó por la Superintendencia Nacional de Producción y Precios (1971 – 1974) y por el Ministerio de Salud (1974). Entre 1974 – y 1976, el gobierno decretó la congelación de precios mientras determinaba que procedimiento seguir. Más tarde se entró en una exploración de metodologías para la fijación de los precios hasta llegar a la Ley 81 de 1988, el punto de partida de esta investigación. Podría resumirse la política de precios de medicamentos, hasta ese momento, como una política transversal de los Gobiernos de turno en tratar de controlar la inflación general de la economía a través de medidas anti inflacionarias alejadas de la realidad del sector. Ver Estudio de Precios y Costos de los Medicamentos en Colombia. Universidad Nacional – Facultad de Ciencias Económicas – Centro de Investigaciones para el Desarrollo- CID. Bogotá enero de 1988.

La Ley estableció, en los artículos 60, 61 y 62, un marco general adecuado para la regulación de precios en la economía, que deja un margen amplio de discrecionalidad a las entidades encargadas de su reglamentación y, en particular, al Ministerio de Desarrollo, hoy Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, para definir la política de precios de medicamentos, función que pasó con la Ley 100 de 1993 a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (CNPM).

Por un lado, deja en libertad a la entidad competente para establecer y revisar los criterios generales para la formulación de la política de regulación de precios de medicamentos. Como consecuencia, la autoridad competente está facultada para decidir la lista de productos que entran a un régimen regulatorio, en cualquiera de las modalidades previstas, y qué productos quedan en libertad total para la fijación de sus precios; es decir, que quedarían excluidos del régimen regulatorio, mientras no cumplan los requisitos para justificar su inclusión en dicho régimen. Por otro lado, queda en libertad para definir los criterios, fórmulas o mecanismos para fijar precios máximos para los productos que clasifique en la modalidad de control directo.

Adicionalmente, la Ley 100, en el párrafo único del Artículo 245, donde crea la CNPM, establece que corresponde al Ministerio de Desarrollo Económico, hoy Ministerio de Comercio, Industria y Turismo, hacer el seguimiento y control de precios de los medicamentos, según las políticas fijadas por la Comisión y, al Ministerio de salud, hoy de Protección Social, el establecimiento de un programa permanente de información sobre precios y calidades de los medicamentos de venta en el territorio nacional, de conformidad con las políticas adoptadas por la Comisión.

En el ejercicio de estas funciones reglamentarias y regulatorias, a partir de 1988 la autoridad competente no ha logrado aun definir con claridad los requerimientos de información que, de manera amplia, confiable y oportuna, serían necesarios para identificar los medicamentos donde existe poder de mercado, y para hacer un seguimiento periódico del comportamiento de los precios en los mercados relevantes; ni ha hecho un análisis crítico de la información sobre precios ex fábrica reportados por los laboratorios para este propósito.

Frente a las limitaciones impuestas por la información disponible con que ha contado la Comisión, la política de precios ha estado caracterizada más por decisiones casuísticas que por reglas claras y transparentes de regulación, conocidas de antemano por todos los regulados.

Es así, como, ante la ausencia de información amplia sobre el poder de mercado de todos los productos farmacéuticos comercializados en el país, la CNPM ha venido estableciendo criterios de control asociados con el número de productores por principio activo, sin tener en cuenta la concentración de la oferta en cada producto, ni la posible existencia de alternativas terapéuticas con productos que usan otras moléculas que pueden tener eficacias terapéuticas similares. Es decir, no ha contado con una definición clara de los mercados

relevantes para propósitos regulatorios. Esto ha tenido como consecuencia colocar en un régimen de control directo de precios a una serie de productos que, de acuerdo con nuestro análisis, no tienen poder de mercado para fijar precios.

Como consecuencia de esa misma limitación de las fuentes de información a su disposición, la Comisión ha focalizado la vigilancia sobre un subconjunto de medicamentos que, en su concepto, son importantes para la salud de los colombianos, como son los medicamentos esenciales, los de alto costo o los que tienen incidencia sobre la salud pública, no vigilando otros productos que tienen poder de mercado, como muestran los resultados de la investigación que hemos realizado.

En síntesis, en la lista de productos colocados bajo control directo por la CNPM no están todos los que son, ni son todos los que están. Lo mismo puede decirse de los productos clasificados en las modalidades de libertad regulada y libertad vigilada; aunque en este caso es más en términos de la focalización de la regulación que de los criterios de regulación propiamente.

Cuando el Regulador decide poner un producto en la modalidad de control directo, la Ley lo autoriza para fijar los precios máximos que el productor o distribuidor puede cobrar, y lo deja en libertad para definir a qué nivel de la cadena de comercialización lo fija; y qué criterio o fórmula usa para definir estos techos.

La CNPM ha optado por establecer precios techo a nivel del consumidor final, lo cual tiene ventajas y desventajas. Es una ventaja, en la medida en que permite incorporar a este consumidor final, que es el objetivo último de la política, en la cadena de vigilancia y control, a través de mecanismos como las quejas y reclamos; pero es una desventaja en la medida en que esta vigilancia y control se dispersa mucho por el gran número de compradores existentes a este nivel. Existen las opciones de fijar precios máximos a nivel de minoristas en el segmento privado de droguerías, que incorporaría al droguista como el elemento central en la vigilancia y control de precios de medicamentos; o a nivel de mayoristas, que simplificaría dicha vigilancia y control. El inconveniente es que se aleja cada vez más del consumidor final que es el objeto último de la política; pero deja en libertad al mercado para definir total o parcialmente los márgenes de comercialización, lo cual sería una ventaja regulatoria, en la medida en que las cadenas de comercialización sean suficientemente competitivas y no se requiera su regulación.

Por otro lado, la CNPM ha usado como criterio para definir precios máximos, los costos reportados por los propios laboratorios y estimativos muy imprecisos de los márgenes de comercialización promedio que se requieren para llevar el producto a nivel del consumidor final.

Desde el punto de vista de la teoría de la regulación de precios, el criterio para definir precios máximos puede estar basado en costos, pero no en los costos reportados por los propios laboratorios, sino en un estimativo independiente realizado por el propio regulador

sobre la frontera de costos mínimos eficientes de producción y distribución. Esto no se ha hecho de esta manera, lo cual es una falla del regulador en su intento por corregir las fallas del mercado (existencia de poder para fijar precios en los mercados relevantes), que puede producir efectos peores que los que se tratan de corregir con la regulación. Algo similar podría decirse de los márgenes promedio de comercialización.

Contar con costos mínimos de referencia para la fijación de precios máximos, que es lo que se hace con éxito en otros sectores como el de servicios públicos domiciliarios, no es fácil en el sector de medicamentos; entre otras razones por la diversidad de productos existentes y por el hecho de que en este sector una parte muy importante del valor agregado se genera en laboratorios del exterior, cuya veracidad no se puede confirmar fácilmente. A este respecto el Regulador podría usar otros criterios para fijar precios máximos, como podría ser la técnica de “benchmarking” internacional de precios. Dificultades de la misma índole, pero más salvables por ser un valor agregado nacional, existen para definir una frontera eficiente de intermediación.

El Anexo 7 contiene una discusión muy completa de la actual política de precios de medicamentos en cabeza de la CNPM. La propuesta regulatoria de Econometría, que se presenta a continuación da respuesta a estos interrogantes.

5.3 PROPUESTA DE ECONOMETRÍA PARA LA REGULACIÓN DE PRECIOS EN EL SECTOR FARMACÉUTICO COLOMBIANO

La aplicación al sector farmacéutico colombiano de los principios regulatorios, descritos en el numeral 5.1, hace necesario tener en cuenta las especificidades de este sector; así como la estructura del mercado colombiano, tanto desde el punto de la oferta, como de la demanda.

La propuesta de Econometría para la regulación de precios de medicamentos da respuesta a los principales problemas que enfrenta el regulador para este propósito. Estos problemas son: (i) La definición de los criterios que se deben tener en cuenta para la regulación de precios; (ii) la definición de los mercados relevantes para propósitos de regulación; (iii) la definición de los criterios de control a utilizar, cuando el precio de un producto deba ser regulado; (iv) la determinación de los precios techo a utilizar para el control directo de precios; (v) las fuentes de información que se deben utilizar para la vigilancia y control de precios; (vi) los aspectos operativos del nuevo esquema de Regulación propuesto; y (vii) el régimen de transición para la puesta en marcha de nuestra propuesta, si el Gobierno la considera conveniente y viable.

5.3.1 CRITERIOS PARA LA REGULACIÓN DE PRECIOS

El único criterio que se debe tener en cuenta para la regulación de precios en el sector farmacéutico es la evidencia de que existe poder dominante para fijar precios en el mercado relevante.

Históricamente en Colombia se han considerado otros criterios para la definición del universo de productos que deben estar sometidos a un régimen de regulación, como un intento de focalizar la vigilancia de precios en productos que tengan mayor incidencia sobre la salud de la población, porque se utilizan para resolver problemas de salud pública, patologías en que los medicamentos son de alto costo, o porque son medicamentos básicos para tratar las patologías más frecuentes de la población colombiana. Esta focalización no es necesaria con las fuentes de información que proponemos utilizar, que permiten, con un costo relativamente bajo, un seguimiento integral de todos los medicamentos comercializados en el país. Con base en la vigilancia que proponemos, todos los productos para los que exista evidencia de poder de mercado se deben someter a un régimen de regulación, incluidos los productos utilizados para salud pública, enfermedades de alto costo o que formen parte de la lista de medicamentos básicos. Examinemos estos problemas:

Los Medicamentos de Alto Costo

Como ya se ha mencionado, los altos precios de algunos medicamentos se explican porque son productos con altos costos de investigación y desarrollo que se usan para patologías de baja incidencia en la población mundial y, por lo tanto su costo medio, para recuperar estas inversiones es alto. Si no existen alternativas terapéuticas, estos productos tendrán poder de mercado en su clase terapéutica y estarán sometidos a regulación; pero si existen alternativas terapéuticas, la competencia en el mercado es un auto regulador de los precios altos y no se requiere una intervención pública en este caso.

El problema de los altos costos de medicamentos, cuando no se justifica la regulación de precios, es un problema de aseguramiento; y el SGSSS, que exige por Ley la afiliación obligatoria de toda la población colombiana, tiene todos los incentivos, a través del régimen Contributivo, el régimen Subsidiado, o los regimenes Especiales del sector público, para que las personas que sufran enfermedades de alto costo o enfermedades crónicas se afilien al Sistema. No estarlo puede ser ruinoso para la persona y su familia. Dentro del Sistema existen sustanciales subsidios cruzados de ricos a pobres y de personas sanas a enfermas, como para que este costo se diluya entre toda la población afiliada.

Los Medicamentos Esenciales

El mejor instrumento para hacer frente al problema de los altos costos de los medicamentos esenciales es la promoción de la competencia. EL SGSSS ha impulsado con la creación del

POS con criterios de costo efectividad, un poderoso estímulo a la producción o importación de genéricos de menor costo, donde esto es posible. Donde esto no sea posible, porque no existen alternativas terapéuticas, el criterio de regulación con base en el poder de mercado es suficiente.

Problemas de Salud Pública

Los problemas de salud pública, asociados con la prevención de enfermedades endémicas, o infecto contagiosas, y con la promoción de la salud, por las externalidades que tienen, son un problema de gasto público. La solución a los altos costos de algunos de los medicamentos (o vacunas) utilizados en este campo pasa por una acción pública, más amplia que la que puede desempeñar una oficina de regulación de precios, ya que debe incluir temas como las negociaciones internacionales en el seno de la OMC – ADPIC, las importaciones paralelas y la dispensación pública subsidiada, debido a las externalidades existentes, entre otras. Sin estas acciones públicas, una regulación de precios que no esté fundamentada en el poder de mercado puede producir el efecto perverso de causar un mayor desabastecimiento de los medicamentos requeridos.

Productos nuevos en el Mercado Colombiano

La entrada de nuevos productos innovadores en el mercado con precios altos plantea un problema muy serio para la regulación: Si un producto no ha ingresado todavía, no puede haber alcanzado posiciones dominantes en el mercado, por lo tanto, con el criterio de regulación de precios enunciado, no debería estar sometido a un régimen de regulación y, por lo tanto, el laboratorio que lo produce debería poder fijar su precio de entrada libremente.

Existen dos opciones: i) modificar el criterio de regulación para admitir la posibilidad de regular los precios de productos nuevos, antes de que entren al mercado colombiano; y ii) admitir que estos productos entren al mercado con el precio que quiera fijar el laboratorio que lo produce y vigilar, para incluirlo en un régimen regulatorio cuando alcance posiciones dominantes en el mercado colombiano.

Nuestra recomendación es que los productos nuevos no se sometan, por esa razón, a un régimen de regulación y que los laboratorios que los producen puedan fijar libremente el precio de entrada. La razón es que, si ya existen otros productos en el mercado con eficacia terapéutica similar, la competencia se encarga de regular el precio de entrada; y si el producto tiene una eficacia terapéutica superior a otros productos existentes, el laboratorio tiene que hacer la promoción de su producto y convencer a los médicos de su utilización. Esto implica también introducir el producto con precios iniciales de promoción. Es de esperarse que en el mediano o largo plazo, cuando el producto se haya posicionado en el

mercado, el Laboratorio comience a subir su precio; por esto cobra importancia en este caso el seguimiento y la vigilancia del mercado⁴⁹.

Productos con Patente o Protección de Datos de Prueba

Los productos con Patente o Protección de Datos de Prueba, tienen, por definición, un monopolio de Ley en el mercado de la molécula protegida. Por esta razón deben entrar automáticamente al régimen de Regulación de Precios. Sin embargo, mientras no se demuestre que tienen una posición de poder dominante para fijar precios en el mercado, más amplio, de la clase terapéutica a la que pertenecen, no deben entrar en el régimen de Control Directo de Precios; y deben ubicarse, mientras esto ocurre, si es que llega a ocurrir, en el régimen de Libertad Vigilada. Esto genera los incentivos correctos para que no aumenten sus precios ya que, si lo hacen, estarían sometidos a una vigilancia trimestral sobre su comportamiento en el mercado; y, si aumentan los precios por encima de lo razonable, entrarían ser investigados para verificar si están abusando de su posición dominante y, si se confirma, pasarían al régimen de Control Directo.

5.3.2 DEFINICIÓN DE MERCADOS RELEVANTES

En la medida en que el criterio único para la regulación de precios es el poder dominante en el mercado, surge la pregunta de cuáles son los mercados relevantes para este propósito. Este problema queda resuelto con la definición de mercados relevantes que proponemos en el Capítulo 4. El criterio para que un producto esté en un régimen de Regulación es que el producto tenga poder en el mercado de la molécula, tanto en el valor de las ventas como en unidades vendidas; es decir, que esté en Amarillo o en Rojo, de acuerdo a la tipología propuesta. El resto de productos no estaría en un régimen de Regulación y los laboratorios que los producen podrán fijar los precios libremente.

5.3.3 DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS DE VIGILANCIA Y CONTROL EN EL RÉGIMEN REGULATORIO

Todos los productos incluidos en el régimen Regulatorio estarían sometidos a un proceso de vigilancia de precios a nivel de minorista en el canal privado de distribución al público. Esta vigilancia se debería hacer a nivel trimestral; y lo ideal sería, que se hiciera con una base de datos como la que reporta mensualmente el IMS. Esta vigilancia se orientaría a identificar los productos cuyos precios nominales hayan aumentado por encima del crecimiento esperado en los costos de producción o importación, de acuerdo con la

⁴⁹ La revista The Economist de junio 16, 2005, reporta el caso de una firma danesa (Novo Nordisk), que vende en Sudáfrica sus productos (drogas para diabéticos) con 80% de descuento sobre sus precios en Europa y Norteamérica para poder competir. Parece absurdo pero lo hacen pensando en el largo plazo. Según declaró uno de sus directivos, lo hacen porque sólo ofreciendo y promoviendo el tratamiento correcto, se puede convencer a los agentes de demanda de sus bondades.

evolución de la tasa de cambio y de los costos salariales y de otras fuentes en el mercado doméstico. Para este seguimiento no se necesita conocer los costos específicos de cada producto, sino las proyecciones de sus determinantes fundamentales a nivel macroeconómico.

La técnica que recomendamos para el control de precios, es la utilización de precios Techo (“price caps”), que es la técnica de regulación por incentivos más eficiente que existe. Bajo este régimen, los productores pueden maximizar sus utilidades, sujetos a este techo de ingresos, minimizando sus costos y buscando una mayor eficiencia productiva.

Por otro lado, la regulación debe tener en cuenta el canal de distribución a través del cual se dispensan los medicamentos al usuario y el punto de la cadena de distribución donde se fijará ese precio Techo.

Por el lado de la demanda, y con base en la discusión de los capítulos 3 y 4 sobre la formación de precios en los diferentes canales de distribución existentes, es importante que para la Regulación se reconozca la existencia de dos segmentos del mercado:

❖ **El segmento Institucional**

❖ **El segmento privado de distribución minorista para venta al público.**

En el segmento **Institucional** del mercado los precios Techo a nivel de distribuidor mayorista para productos bajo control directo estarían vigentes; pero posiblemente no serían efectivos sino para las instituciones más pequeñas y dispersas con escaso poder de negociación, por los grandes descuentos que pueden obtener las instituciones más grandes, con respecto a los precios de lista, a través de licitaciones, concursos o “bajastas”, como las que realiza el ISS y otras instituciones. En este segmento es más eficiente que las propias instituciones, con base en su experiencia previa de compras, fijen los precios iniciales de la licitación, los cuales se convertirían en sus propios precios Techo, que podrían estar por debajo de los precios Techo fijados por el Regulador, cuando se trate de productos bajo control directo. A partir de ellos se obtienen descuentos por la competencia entre vendedores, según el tamaño del mercado que se licita. La regulación de precios, por lo tanto, la haría el propio mercado sin interferencia del Regulador.

La acción del Regulador en este segmento del mercado se limitaría a establecer requisitos mínimos para los procesos de compra de las Instituciones Públicas (EPS/ARS, Secretarías Distritales y Departamentales de Salud y hospitales públicos), para garantizar transparencia en la contratación e igualdad de oportunidades a todos los oferentes. En las Instituciones Privadas este control externo sobre los procedimientos de compra no es necesario. El control interno debería ser suficiente y sobre su operación ya existe un control posterior, en la medida en que manejen recursos públicos.

El modelo de vigilancia y control propuesto hasta el momento, deja por fuera a una serie de productos de uso intrahospitalario, que no se venden en el canal privado de droguerías, y que podrían tener poder dominante para fijar precios y podrían abusar de ese poder. Estos productos también deben estar sometidos aun régimen de regulación, que podría ser innecesario para los grandes compradores institucionales, por las razones mencionadas, pero podría no serlo para instituciones pequeñas, cuyo mercado no sea lo suficientemente atractivo para obtener descuentos importantes en sus compras.

Para cerrar el modelo regulatorio se propone que cualquier comprador institucional de medicamentos pueda solicitar a la Comisión colocar un producto de uso intrahospitalario en el régimen de Regulación, si tiene sospechas de que el laboratorio que lo produce tiene un poder dominante en el mercado relevante para fijar precios y está abusando de él. La Comisión tendría que contestar oportunamente a este requerimiento, siempre y cuando la solicitud esté razonablemente fundamentada.

En el segmento **Privado** de distribución para venta al público en general, es necesario definir en qué nivel de la cadena de distribución se fija el precio Techo para el control directo y cuál es la metodología para fijar esos Techos.

Respecto al punto de la cadena de distribución en el cual se debe fijar el Precio Techo, el Regulador tiene tres opciones:

- ❖ A nivel de precios ex fábrica o de importación para venta a Mayorista.
- ❖ A nivel de precios de venta al minorista
- ❖ A nivel de precios al consumidor final.

La decisión debe tener en cuenta la información con que cuenta el Regulador. Si el regulador tiene información confiable sobre los márgenes eficientes de distribución a nivel de mayorista y minorista, lo ideal es fijar estos precios Techo a nivel del consumidor final. La cuestión es que estos márgenes pueden ser muy variables, dependiendo de los niveles de integración horizontal y vertical de las cadenas de distribución y de las etapas de transporte y almacenamiento involucradas. Sin integración, el precio Techo adecuado para las grandes áreas metropolitanas del país puede ser insuficiente para sitios muy alejados y dispersos; y si el Techo se fija teniendo en mente estos últimos, el margen que se le deja a los primeros puede ser excesivo. Con la información disponible en este momento no se puede recomendar, con fundamento, ninguna de estas tres opciones. Es un tema que queda para ser definido por el Regulador.

Colocar la vigilancia y control de precios de medicamentos a nivel del distribuidor minorista, tendría como ventajas que la base de datos de precios y cantidades vendidas que proponemos (IMS) reporta información mensual a ese nivel; y que quedaría por fuera de la regulación el margen de comercialización del minorista, que claramente se determina en un

mercado ampliamente competitivo que no requiere regulación. Esta solución, sin embargo, implica que el margen del distribuidor mayorista sería negociado libremente entre el laboratorio y el mayorista para cumplir la regulación.

5.3.4 DETERMINACIÓN DE LOS PRECIOS TECHO PARA EL CONTROL DIRECTO DE PRECIOS

Respecto a la metodología para fijar precios Techo, el Regulador cuenta también con tres opciones, que eventualmente se podrían usar en forma complementaria:

- ❖ Sobre la base de costos eficientes de producción
- ❖ Sobre la base de un “benchmarking” internacional de precios en otros países
- ❖ Sobre la base de precios efectivos de compra en el sector institucional.

La opción de utilizar como base los **costos eficientes de producción** es la más utilizada en la Regulación de Precios en otros sectores. Implica conocer muy bien la tecnología de producción, o tener una muestra amplia de estructuras de costos de empresas que estén operando para calcular una frontera eficiente de mínimo costo, sobre la base de esas observaciones, con el llamado modelo de Empresa Eficiente.

En el sector farmacéutico los costos de producción de laboratorios privados, especialmente por la componente de investigación y desarrollo de nuevos productos, es un secreto industrial que no permite hacer pública esta información a los reguladores. Por otro lado, para un país pequeño como Colombia, le resulta difícil conocer las estructuras de costos del Valor Agregado en el Exterior por los laboratorios internacionales. Estos costos aparecen en la contabilidad de sus subsidiarias en el país como Costos de Transferencia, cuya verificación es imposible. Tratar de controlar únicamente las componentes de Valor Agregado nacional sería inefectivo y podría desincentivar la localización de plantas de producción en el país.

Estas consideraciones nos llevan a recomendar que, mientras no se cuente con información validada sobre costos eficientes de producción, no se utilice esta opción para la fijación de precios Techo.

Por otro lado, es importante recalcar que la metodología correcta para utilizar esta opción, es sobre la base de un estimativo independiente, hecho por el Regulador, de la frontera de costos eficientes de producción por producto para la industria como un todo; y no sobre la base de las estructuras de costos reportadas por los operadores. Si se hace esto, como se viene haciendo en Colombia y en otros países, se genera un incentivo perverso a inflar los costos y reportar costos unitarios más altos, cuyo resultado va en contravía de la intención del Regulador de controlar los precios en el mercado. Es posible que el resultado en términos de aumentos de precios en el mercado sea mejor sin regulación que con este tipo

de regulación perversa, que lleva a los productores a pegarse a un Techo artificialmente alto o a hacer de la regulación algo totalmente inefectivo.

Una opción alternativa para fijar precios Techo es a través de un **“Benchmarking Internacional”** de precios. La limitación de esta metodología es que si un Laboratorio tiene poder para fijar precios en el mercado colombiano, posiblemente tenga también poder para fijar precios en otros países; aunque este poder puede ser diferencial entre países. En estas condiciones, el control de precios sólo podría extraer el excedente marginal del productor sobre el mínimo que logra extraer en la muestra de países que se utilice para este propósito; Precio de Referencia que puede estar todavía lejos de los costos eficientes de producción.

La metodología para calcular Precios de Referencia Internacionales dentro de esta opción, debe usar Tasas de Cambio de Paridad, para convertir los precios en moneda local de terceros países a precios de referencia en pesos colombianos. La metodología a utilizar para este propósito es la misma que se presentó en el numeral 3.3.3 del Capítulo 3 para calcular Precios de Referencia en Colombia, sobre la base de los precios de venta al distribuidor minorista en Venezuela.

La propuesta de Econometría para obtener Precios de Referencia, a través de un “Benchmarking” Internacional de precios, es seleccionar una muestra de países que tengan unas particularidades que hagan eficiente ese punto de comparación. Es así como, en la muestra, deben incluirse países que tengan afinidades en sus características e ingreso per cápita, así como, en su posición geográfica y condiciones climáticas y, finalmente, países que hayan tenido una significativa trayectoria en su política de control de precios a los medicamentos similar a la de Colombia.

$$P^{REF\ COL}_i = \text{Min} (p^{*}_{i1} , p^{*}_{i2} , , p^{*}_{iJ})$$

Donde p^{*}_{ij} ($j = 1, 2,J$) es el precio promedio del producto i en moneda local en el país j , convertido a pesos colombianos con la Tasa de Cambio de Paridad.

Una tercera opción es utilizar como Precio de Referencia para el canal privado de venta al público, el precio efectivo de compra en el segmento Institucional rezagado un período⁵⁰:

$$P^{REF\ COL}_{i,t} = P^{INST\ EFECTIVO}_{i,t-1} * (1 + \text{inflación de costos})$$

Este mismo esquema de Precio de Referencia para el sector privado, se puede utilizar para que el sector Institucional fije el precio inicial de base para las “bajastas” en el período siguiente, con el objeto de ir incorporando en las compras a lo largo del tiempo la experiencia de descuentos otorgados en períodos anteriores:

$$P^{INST\ INICIAL}_{i,t} = P^{INST\ EFECTIVO}_{i,t-1} * (1 + \text{inflación de costos})$$

⁵⁰ Para usar esta opción habría que hacer los ajustes correspondientes al precio de referencia institucional para tener en cuenta el punto de la cadena de distribución privada en que tendría que ubicarse.

El Modelo de Control Directo de precios estaría integrado por las siguientes tres ecuaciones:

$$\begin{aligned} (1) \quad P_{i,0}^{\text{TECHO}} &= P_{i,0}^{\text{REF}} \\ (2) \quad P_{i,t}^{\text{TECHO}} &= P_{i,t-1}^{\text{TECHO}} * (1 + \rho_t - \gamma_t) \\ (3) \quad P_{i,t} &\leq P_{i,t}^{\text{TECHO}} \end{aligned}$$

La ecuación (1) iguala el Precio Techo inicial al Precio de Referencia, que puede estar basado en el Benchmarking internacional, en los costos eficientes de producción o en los precios efectivos de compra institucional, según la opción escogida.

La ecuación (2) permite la actualización del Precio Techo en el año t, en función del precio techo en el periodo t-1, la tasa de inflación de costos en el período t y un factor de ajuste exógeno para el año t, que refleje aumentos en productividad o novedades de información, con las cuales el regulador considere que debe ajustar el techo hacia abajo. El primer factor permite mantener los precios Techo constantes en términos reales; el último factor permite al Regulador ajustar discrecionalmente los precios techo, cuando tenga novedades de información que lo ameriten⁵¹.

La ecuación (3) es la ecuación de control, que establece que el precio del producto bajo control directo no debe superar el Techo fijado por el Regulador.

5.3.5 FUENTES DE INFORMACIÓN

La fuente de información ideal, tanto para el seguimiento del grado de competencia en el mercado, como para la vigilancia de precios en el mercado interno y para el “Benchmarking” Internacional, es la base de datos del IMS, que reporta mensualmente en Colombia y otros países, los precios y cantidades vendidas por producto y forma de presentación.

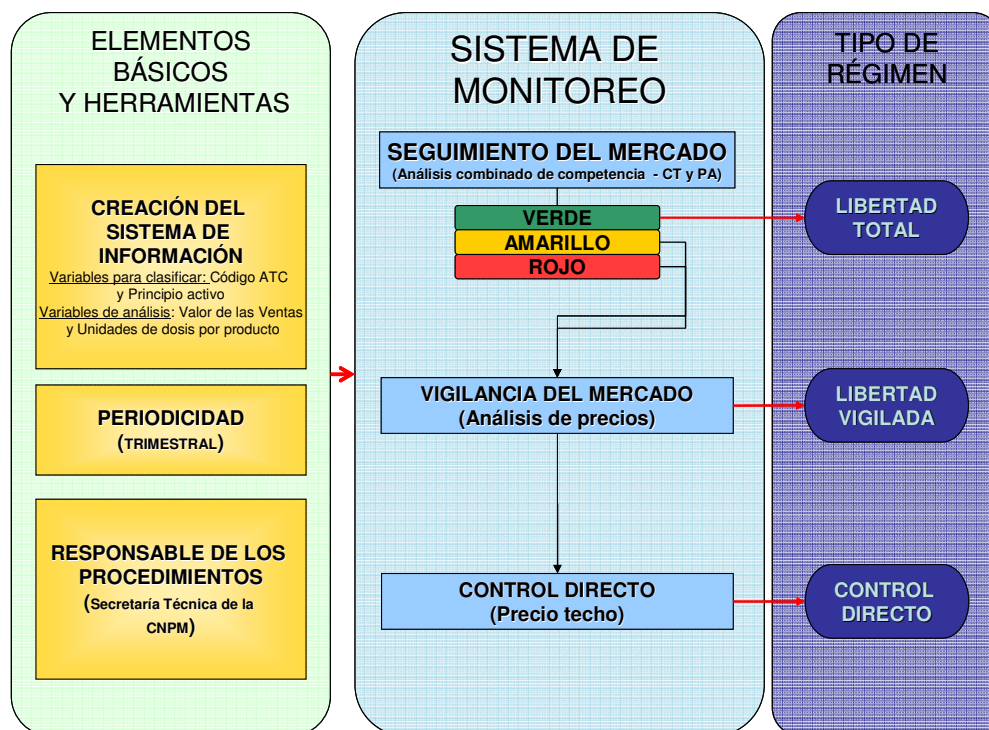
5.3.6 ASPECTOS OPERATIVOS DEL NUEVO ESQUEMA DE REGULACIÓN PROPUESTO PARA EL CANAL PRIVADO DE VENTA AL CONSUMIDOR FINAL

La Política de Precios para el canal privado de venta al consumidor final debe basarse en un monitoreo a posteriori del comportamiento del mercado, como se ilustra en el siguiente esquema.

⁵¹ Los ajustes en el precio Techo podrían ser hacia arriba, si el laboratorio afectado demuestra que sus costos de producción, incluyendo una ganancia normal, son superiores al precio Techo. Para esto tendría que revelar al regulador su estructura completa de costos.

DIAGRAMA 5.1

ESQUEMA DE REGULACIÓN DEL MERCADO PRIVADO MINORISTA



Como puede verse, el Esquema de Monitoreo propuesto se compone de tres componentes: (i) Elementos Básicos y Herramientas; (ii) Sistema de Monitoreo y (iii) la definición del tipo de régimen que tendría el producto frente a la regulación.

En el primer componente se contempla la creación del Sistema de Información con las variables de clasificación y de análisis que debe almacenar. El Anexo 6 “Sistema de Información del Mercado”, contiene la descripción y los detalles del sistema de información propuesto para el sector farmacéutico. El sistema requiere fijar la periodicidad e identificar los responsables en cada proceso.

El segundo componente es el Sistema de Monitoreo, en el que, una vez puesto en marcha, todos los productos estarían sometidos al procedimiento de seguimiento, es decir a un análisis combinado de competencia por clase terapéutica y por principio activo, tanto en unidades como en valores. Los productos que por alguno de los conceptos (valor o unidades) presenten competencia por principio activo, estarán clasificados en **Verde** y los laboratorios que los producen tendrían libertad total para la fijación de precios. Estos productos no entrarían al régimen de Regulación⁵².

⁵² Se supone que el seguimiento de las condiciones de competencia y de la evolución de los precios en el mercado se haría sobre la base de las cantidades vendidas y los precios reportados mensualmente al IMS.

Los productos que sean clasificados en **Amarillo** o **Rojo**, se incorporarán al régimen de Regulación, en el cual sólo se distinguirán dos modalidades: Libertad Vigilada y Control Directo.

En la modalidad de **Control Directo** la CNPM-Ministerio de Comercio fija el precio máximo de venta que los productores o distribuidores pueden cobrar⁵³, el cual se mantendría vigente en términos reales mientras estén vigentes las condiciones de poder de mercado que determinaron su inclusión en esta modalidad.

En la modalidad de **Libertad Vigilada** los productores o distribuidores pueden fijar libremente el precio de venta, pero estarán sometidos a una vigilancia trimestral de los precios de venta, con base en un precio de referencia determinado por el regulador⁵⁴.

Se recomienda no utilizar la modalidad de libertad regulada, prevista en la Ley, porque con el sistema de información que se propone utilizar, la comparación del precio de mercado observado con el precio de referencia determinado por el regulador, se haría periódicamente para todos los productos incluidos en la modalidad de libertad vigilada⁵⁵. Finalmente, los productos que se califiquen en **Rojo**, se someterán a un procedimiento de comparación con Precios de Referencia, para definir si entran a control directo o no, como se indica a continuación.

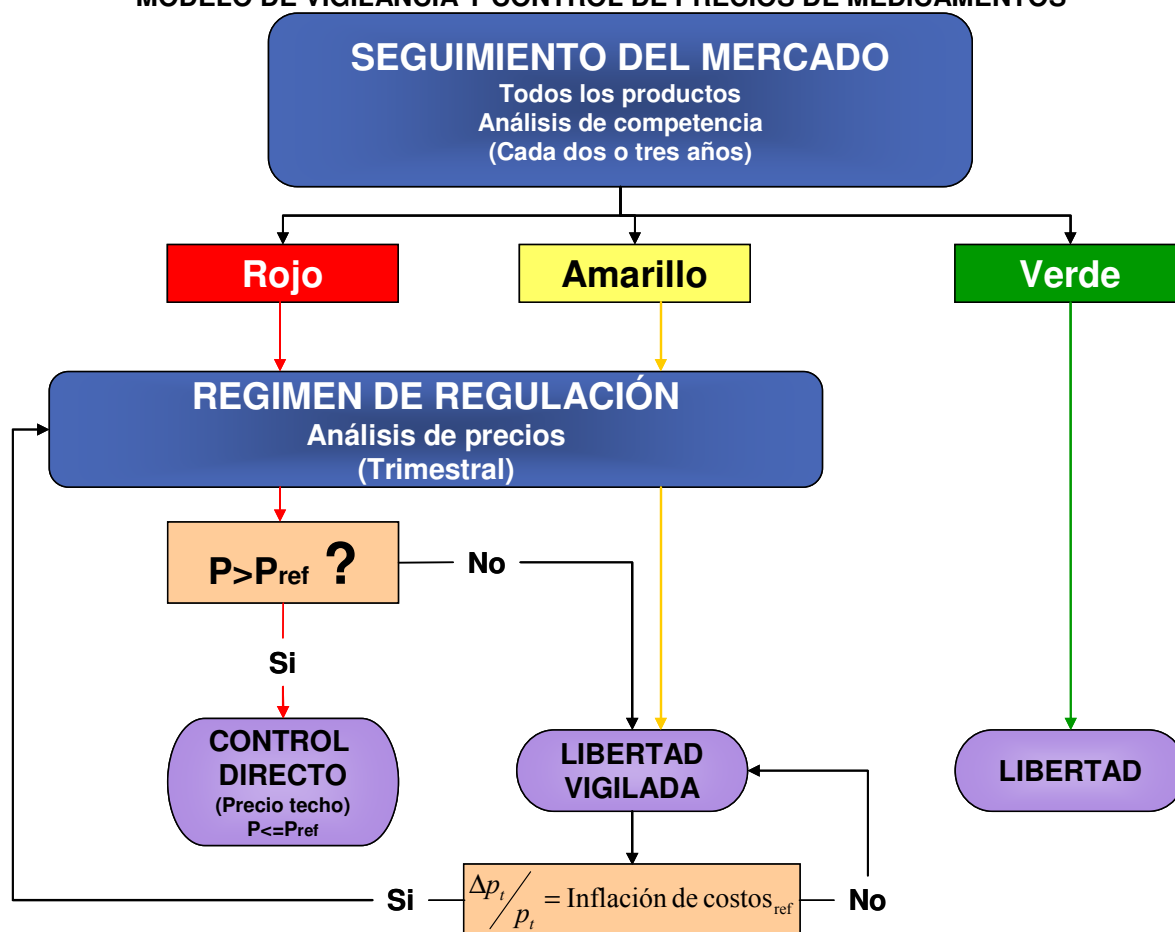
El Diagrama 5.2 ilustra el funcionamiento del nuevo esquema de Monitoreo propuesto. En primer lugar, se haría un seguimiento periódico de todos los productos vendidos a nivel del distribuidor minorista, con base en el sistema de información sobre precios y cantidades vendidas por producto, para un análisis de competencia en el mercado. El resultado de este primer proceso de Monitoreo es la clasificación de todos los productos existentes en el mercado en tres grandes grupos. Verde, Amarillo y Rojo. Este seguimiento se podría hacer cada dos o tres años, para garantizar una razonable estabilidad regulatoria. Sin embargo cualquier agente por el lado de la oferta (laboratorio) o de la demanda (institución), podría solicitar a la Comisión en todo momento la reclasificación de cualquier producto farmacéutico, argumentando las razones para ello; y ésta debe dar una respuesta oportuna a este requerimiento.

⁵³ El Regulador debe decidir a qué nivel de la cadena de distribución fija estos precios máximos.

⁵⁴ La recomendación es que la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos tenga la posibilidad de detectar aumentos en los precios de los medicamentos por encima de un índice de crecimiento de los determinantes macroeconómicos. La ecuación $P_{ref\ i, t} = P_{ref\ i, t-1} * (1 + \text{inflación de costos})$ permite comparar los precios en el periodo t en función de los del periodo anterior, teniendo como referencia la inflación de costos ocurrida en el sector, la cual puede estar determinada por los movimientos de la tasa de cambio, la inflación de los salarios y otros costos que a juicio de la CNPM reflejen la realidad de la industria.

⁵⁵ Esta modalidad podría llamarse de libertad regulada y llamar a la libertad total libertad vigilada, pero se ha querido evitar estos eufemismos de la Ley, para mayor claridad frente a los regulados. En lo que llamamos libertad total no sería necesario solicitar información directa a los laboratorios, ya que esta información la reportan los mayoristas mensualmente a IMS.

DIAGRAMA 5.2
MODELO DE VIGILANCIA Y CONTROL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS



Los productos clasificados en **Verde**, tendrían libertad total para fijar sus precios; los productos en **Amarillo** o **Rojo** entrarían directamente a un **Régimen de Regulación**, para un análisis de precios.

Los que se clasifiquen en **Amarillo** pasarían a un régimen de **Libertad Vigilada**, en el cual se haría un seguimiento trimestral de precios de mercado, para detectar aumentos de precios a lo largo del tiempo por encima de un índice de crecimiento de los determinantes macroeconómicos de los costos de producción o importación en el país (tasa de cambio, inflación de salarios y otros costos). Para esto se usaría una ecuación de inflación de costos para el sector como la indicada en la ecuación (2) del numeral 5.2.3; para este análisis no se necesita información de los costos reportados por los laboratorios. Si los precios del producto superan los precios de referencia establecidos, éste entraría a **Control Directo**; si no, continuaría en el régimen de **Libertad Vigilada**.

Los productos que se clasifiquen en **Rojo** entrarían directamente a un proceso de comparación de precios, con los Precios de Referencia establecidos por el Regulador. Si el precio está por encima del Precio de Referencia en el momento de la revisión, entrarían a **Control Directo**, con un Precio Techo igual al Precio de Referencia establecido. Esta

verificación de precios es lo que se hacía en el régimen de Libertad Regulada con los costos, que, en el nuevo esquema propuesto, se hace con Precios de Referencia (que podrían estar basados en costos eficientes, si hubiera información para ello), y se convierte en un procedimiento intermedio, en lugar de ser una modalidad regulatoria.

Trimestralmente se debe repetir este proceso, con las novedades reportadas por el Sistema de Información.

5.3.7 VENTAJAS DEL NUEVO SISTEMA DE VIGILANCIA Y CONTROL PROPUESTO

El sistema de **Vigilancia y Control** propuesto se basa en un modelo de regulación por incentivos, que reduce los costos de regulación, frente a otras alternativas e incentiva a los regulados a comportarse como quiere el regulador, siempre y cuando las sanciones implícitas en su mecanismo de fijar precios techo **sean una amenaza creíble** para los regulados. En este sentido, lo que se propone se puede asimilar a un **sistema de control a posteriori**, que vigila a todos los laboratorios, donde se sospecha que pueden abusar de su poder de mercado (Rojo o Amarillo), pero sólo se somete a la modalidad de control directo con precios Techo a los que se les puede comprobar ex post, que están abusando de su posición dominante para fijar precios.

Los incentivos son claros:

- ❖ Si un Productor entra al mercado con precios altos, no podrá alegar posteriormente que estos precios eran de promoción para aumentar sus precios, porque corre el riesgo de que lo investiguen. Esto lo incentiva a entrar al mercado con precios más bajos, si quiere promover primero el producto para generar la demanda.
- ❖ Si un Productor vende sus productos en Colombia a un precio más alto del que cobra en otros países, se le castiga con el control directo de precios. Eso lo incentiva a no abusar de su posición dominante en el mercado interno.
- ❖ Si un Productor aumenta demasiado sus precios en un trimestre, corre el riesgo de que lo investiguen, para determinar si está abusando de su poder de mercado para fijar precios. Esto genera un incentivo a mantener sus precios relativamente estables en términos reales a lo largo del tiempo.

Si los productores se comportan como quiere el Regulador (los incentivos actúan en esta dirección), el número de “infracciones” a las reglas de comportamiento formuladas por él se minimizarían, reduciendo la necesidad de información de “Benchmarking” o de la opción que se escoja para fijar los precios Techo de Referencia; información que sólo sería necesaria en los casos en que se cometan estas infracciones.

Financiación de los Costos de la Regulación

La regulación tiene unos costos fijos para la construcción o compra de las bases de datos requeridas para el seguimiento de los precios y cantidades vendidas por producto en el mercado interno, que no dependen de las “infracciones” a las reglas del juego planteadas por el Regulador, incluido en este costo el costo de procesamiento y análisis periódico de esa información; y unos costos variables de conseguir y procesar información para la fijación de precios Techo, que varían según el volumen de infracciones contabilizadas por período.

Estos costos deberían ser cubiertos por los propios regulados, como se hace en otros sectores como el de servicios públicos domiciliarios. Para ello, el Congreso debería fijar por Ley una Contribución (impuesto), que deberían pagar todos los agentes regulados. Para fijar la base de esta contribución se recomienda que se tomen las ventas brutas de todos los laboratorios e importadores que comercialicen productos en Colombia. Para la fijación de la tasa de contribución sobre esta base, lo primero sería hacer un presupuesto de costos, que se podría actualizar periódicamente. La tasa se calcularía dividiendo este costo anual, por el comportamiento histórico reciente de las ventas brutas anuales de los regulados.

5.3.8 RÉGIMEN DE TRANSICIÓN

Mientras se ponen en marcha las recomendaciones para el montaje del nuevo esquema de Monitoreo propuesto, es necesario contar con un Régimen de Transición para la regulación de precios en el sector que se basa en un primer ejercicio de monitoreo y reglas de control, con base en la información disponible.

Para ello se deben tener en cuenta los siguientes aspectos:

- i) El ejercicio se realiza para el mercado detallista en el último trimestre de 2004 con el fin de tomar los productos que realmente se encuentran en el mercado.
- ii) Se utiliza como punto de referencia la clasificación actual de los productos en los diferentes regímenes según las Circulares de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos.
- iii) Los resultados del análisis combinado de competencia, propuesto en este estudio, se cruzan con la clasificación de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos
- iv) Las recomendaciones para el inicio del nuevo sistema se harán sobre la base de los resultados cruzados de los dos conceptos, el de la Comisión y el del presente ejercicio.

- v) El ejercicio se debe tomar como una propuesta de Transición al nuevo Sistema de Monitoreo, en caso de ser adoptado. Como todos los productos estarían bajo este nuevo sistema de monitoreo, con un proceso trimestral de vigilancia de precios, se propone a la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, adoptar la presente clasificación dentro del Régimen Regulatorio.

Realizado el ejercicio de acuerdo con la metodología propuesta, sólo 5,323 medicamentos vendidos en droguerías, según IMS, se encuentran en la base de datos del Ministerio; es decir quedan más de 2,000 productos vendidos que el Ministerio no tiene registrados. Por otro lado, el análisis de competencia sobre este listado limitado de medicamentos arrojó como resultado que 3.42% de los productos se encuentra en mercados monopólicos tanto por principios activos como por clase terapéutica (**Rojo**). Otro 20.4% correspondiente a 1.088 productos que muestran evidencia de concentración en el análisis por principio activo, pero no por clase terapéutica (**Amarillo**); por último, 76.1% de los productos evidencian algún tipo de competencia, por ventas o unidades vendidas, en el análisis por principio activo (**Verde**).

Para la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos, actualmente, de esta lista de productos que cruzan con las bases de IMS, 119 productos están sometidos al régimen de control directo y 106 al de libertad regulada; el resto, supuestamente se encuentra en el régimen de libertad vigilada, aunque, en la práctica, sólo 634 son efectivamente vigilados por la Comisión⁵⁶.

La comparación de la clasificación de productos realizada con la metodología propuesta en este estudio, con la clasificación por regímenes de Regulación de la CNPM, se presenta en el Cuadro 5.1.

⁵⁶ En opinión de Econometría, la Ley 81 no obliga a poner todos los productos bajo un régimen de regulación; así la reglamentación vigente lo haga. En la práctica, la Comisión sólo vigila, además de los 119 productos sometidos a control directo y los 106 productos sometidos a libertad regulada, a estos otros 634 productos. El resto, en la práctica, están en libertad total. El hecho de que el proveedor o expendedor de medicamentos, en virtud del Decreto 3466 de 1982, de la Circular Única de la Superintendencia de Industria y Comercio y de la normatividad vigente para la protección del consumidor, deba verificar la existencia en el empaque, el envase o el cuerpo del bien, o en etiquetas adheridas a cualquiera de ellos, el precio de venta al público, no significa que, por esta razón, el producto esté sometido a un régimen de libertad vigilada. (ver Circular 01 de 2003 de la CNPM, numeral 6.1 - varios).

CUADRO 5.1
CLASIFICACIÓN DE PRODUCTOS SEGÚN EL NUEVO ESQUEMA DE ANÁLISIS DE
COMPETENCIA Y SEGÚN LA COMISIÓN NACIONAL DE PRECIOS DE MEDICAMENTOS
(Último trimestre de 2004)

GRADO DE COMPETENCIA /1 /3	REGIMEN REGULATORIO ACTUAL /2			TOTAL /4
	CONTROL DIRECTO	LIBERTAD REGULADA	LIBERTAD VIGILADA	
Rojo	19	6	157	182
	10.44	3.3	82.2	100
	15.97	5.66	3.08	3.42
AMARILLO	54	26	1,008	1,088
	4.96	2.39	92.6	100
	45.38	24.53	19.77	20.44
VERDE	46	74	3,933	4,053
	1.13	1.83	97.04	100
	38.66	69.81	77.15	76.14
TOTAL	119	106	5,098	5,323
	2.24	1.99	95.7	100
	100	100	100	100

Fuente. /a Leyenda de la Casilla

Frecuencia
% de la fila
% de la columna

- /1 Interdata – IMS, Cálculos Econometría SA.
Solo se toman los productos con ventas en el último trimestre de 2004, y que no pertenecen a la clase terapéutica de varios.
- /2 Clasificación Comisión Nacional de Precios de Medicamentos –Dirección de Regulación - Ministerio de Comercio, Industria y Turismo.
- /3 Para generar la clasificación se realizaron análisis de competencia por moléculas y por clases terapéuticas, además se realizaron análisis por unidades vendidas y por ventas totales.
Rojo: Mercados altamente concentrados para todos los análisis.
Amarillos: Mercados altamente concentrados para los análisis por molécula pero no concentrados por algún análisis de clase terapéutica.
Verde: Mercados competitivos por alguno de los 2 análisis de molécula.
- /4 Solo aparecen en este cuadro los 5.323 productos comunes en las bases de la Comisión y de IMS

Al cruzar las dos bases de datos tomando como referencia las modalidades de control de la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos (columnas) y la clasificación del nuevo esquema propuesto en este estudio por grados de competencia (filas), se propone la siguiente clasificación de productos por modalidades de regulación para el período de transición:

1. Dejar en la modalidad de Control Directo sólo los 19 productos en que, tanto en concepto de la Comisión como del análisis de competencia realizado en este estudio, están en condiciones monopólicas.
2. Dejar en este periodo de transición sólo 243 productos en la modalidad de libertad vigilada. Esto incluye productos que, según el nuevo esquema de monitoreo se

comportan como monopólicos (rojo), pero que para la Comisión no están en control directo; y productos que, para la Comisión Nacional de Precios de Medicamentos están en Control Directo o Libertad Regulada y para el nuevo esquema son monopólicos solo por principio activo (amarillo).

3. Finalmente, quedaría en libertad temporal, sin vigilancia y mientras se monta el nuevo sistema de información, el resto de productos farmacéuticos

El cuadro 5.2 presenta la propuesta regulatoria para el período de transición. En resumen, la Comisión comenzaría a montar el nuevo esquema de regulación propuesto con la definición de precios de referencia a partir de la metodología propuesta del “Benchmarking” internacional para fijar precios máximos, con los 262 productos que proponemos dejar en un régimen de regulación, en las modalidades de control directo y libertad vigilada.

CUADRO 5.2
PERÍODO DE TRANSICIÓN
PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN INICIAL

RÉGIMEN	NO DE PRODUCTOS POR PROCESO DE SEGUIMIENTO SEGÚN RÉGIMEN	
	CONTROL (PRECIO TECHO)	VIGILANCIA
CONTROL DIRECTO	19	19
LIBERTAD VIGILADA	-	243
TOTAL	19	262

Fuente. Cálculos Econometría SA.

Nota: Los 5,323 productos incluidos en la categoría de libertad 2 fueron los productos que se incluyeron en el análisis realizado con las bases de datos de IMS, pero en la práctica debe cubrir todo el universo restante de productos en el mercado.

Se recomienda adoptar este esquema de vigilancia para el período de Transición, mientras se crea el Sistema de Monitoreo propuesto. Los productos que recomendamos mantener, por ahora, en el régimen de control directo, continuarían con los precios techo fijados por la CNPM, mientras se definen nuevos precios de referencia.

En el Anexo 5 se presenta la lista de productos que entrarían a un Régimen de Regulación en el período de transición. Se incluyen las dos listas:

- ❖ 19 productos que permanecerían en control directo en el período de transición.
- ❖ 243 productos que entrarían al régimen de libertad vigilada en el período de transición.

El resto de productos quedarían en libertad provisional en la transición, mientras se monta el nuevo sistema de seguimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- ✓ *Approved Drug Products with Therapeutic Equivalence Evaluations*, 25th Edition; US Department of Health and Human Services; FDA. 2005
- ✓ *The effects of extending intellectual property rights protection to developing countries: a case of study of the Indian pharmaceutical market*; Shubham Chaudhuri; Pinelopi K Goldberg; Panle Jia; Working Paper 10159; National Bureau of Economic Research; Cambridge; 2003.
- ✓ *Generic and New Goods in Pharmaceutical Price Index*; Zvi Griliches; Iain Cockburn; Department of Economics, Harvard University; The American Economic Review; Dec 1994; 1213 – 1232
- ✓ *Automedicación Responsable, Calidad y Comercialización de los Medicamentos*, GlobalPharma, junio 27 de 2003
- ✓ *Comercialización y Distribución del Sector Farmacéutico en Bogotá: Grandes Formatos Comerciales VS Detallistas*, FENALCO, 2002
- ✓ *Como Desarrollar y Aplicar una Política Farmacéutica Nacional*, Organización Mundial de la Salud, Ginebra enero de 2003
- ✓ *Prescripción de Medicamentos*, Rol Indelegable del Médico, David Villena Pedrero, Presidente del Departamento de Políticas de Salud y Estudio, Colegio Médico de Chile, Noviembre de 2004.
- ✓ *Estudio de Oferta y Demanda del Sector Farmacéutico en Colombia*, Latinpharma, Diciembre 2003.
- ✓ *Vademécum de Mercados*, 2003, 2004 y 2005 revista La nota Económica.
- ✓ *Sector Farmacéutico Venezolano*. Evaluación de Políticas de Precios alternativas, 2002. Banco Central de Venezuela, 2002
- ✓ *Los Medicamentos Genéricos*. Una herramienta para mejorar el acceso de la población al tratamiento efectivo de las enfermedades. Mario Glanc Isalud.
- ✓ *El impacto de la competencia de genéricos sobre el precio y el acceso a los medicamentos*. El caso de los antirretrovirales en Uganda. Informe de Oxfam internacional. Junio 2002.
- ✓ *The Economist June 16th, 2005 Survey: Pharmaceuticals – Prescription for Change -*.

WEB SITES VISITADOS

www.pnud.cl
www.padron.cndnmed.com.ar
www.sefh.es
www.comerciojusto.cl
www.scielo.cl
www.sismed.minsa.gob.pe
www.medicentro.com.co
www.estrategia.cl
www.biodiversidad.org
www.msal.gov.ar
www.revistaespacios.com
www.buenefuente.com
www.asocajas.com
www.asocoldro.org.co
www.minsalud.gov.co
www.dnp.gov.co
www.dinero.com
www.sic.gov.co
www.proexport.com.co
www.ccb.org.co
www.bancoldex.com
www.banrep.org
www.medicentro.com.co
www.latinpharma.net
www.icbf.gov.co
www.saludcapital.gov.co
www.supersalud.gov.co
www.chg.org.co
www.fosyga.gov.co
www.paho.org
www.col.ops-oms.org
www.fedesarrollo.org
www.afidro.com
www.andi.org.co
www.fifarma.org
www.saludcolombia.com
www.s.s.f.gov.co
www.boletinfarmacos.org
www.minproteccionsocial.gov.co
www.fenalcobogota.com.co

www.infomedicamentos.net.
www.cafam.com.co
www.comcaja.gov.co
www.cajacopi.com/
www.cajanal.gov.co
www.colsubsidio.com.co
www.comfacauca.com
www.comfacundi.com.co
www.comfamiliar.org
www.comfamiliaraseguradores.com.co
www.comfamiliarquindio.com.co
www.comfasucre.com.co
www.comfanorte.com
www.comfenalco.com.co
www.comfenalcoantioquia.com
www.comfenalcoquindio.com
www.comfenalcovalle.com.co
www.compensar.com