

ACCESO A MEDICAMENTOS, UN DERECHO HUMANO: COMPRA CENTRALIZADA Y SUBASTA INVERSA

Alberto Gayoso Villafior

Médico. Miembro del Comité de Salud Pública del Colegio Médico del Perú y del Comité Técnico de Medicamentos del Consejo Nacional de Salud

El tener acceso a medicamentos de calidad, en el momento oportuno, es decisivo para recuperar la salud o salvar vidas. Tal como lo plantea Germán Velásquez en “El acceso al medicamento como un derecho humano” (1), hoy se reconoce el acceso a los medicamentos como un componente importante del derecho a la salud.

Sin embargo en el Perú el acceso a los medicamentos es un derecho negado a amplios sectores de la población. Según la Encuesta Nacional de Hogares Sobre Condiciones de Vida (ENAHV) en el Perú 2007 (2), el 21.8% no usa los servicios de salud por falta de dinero y con alta probabilidad no llega conseguir los medicamentos racionalmente indicados. La población pobre, 39.3% (3), vive en el círculo de pobreza - enfermedad - pobreza y no puede, entre otra necesidades, obtener los fármacos adecuados para curar sus enfermedades o paliar sus síntomas. Las infecciones son la causa principal de dolencias y de muerte, lo que podría ser controlado con medicamentos, siempre y cuando estuvieran al alcance de toda la población. Los pobres extremos, 13.7% (3), son los que gastan más en salud y los medicamentos constituyen el 60% de su gasto (4). En este panorama el precio de los medicamentos se vuelve un aspecto crítico que las instituciones del Estado deben de priorizar con el fin de mejorar sus coberturas y garantizar que un sector más amplio de la población tenga oportunamente acceso a fármacos de calidad y a un uso racional de los mismos.

En este escenario el Estado debe buscar atender a la mayor cantidad de población posible en el marco de su presupuesto. Utilizar los fondos disponibles para una mayor cobertura, se vuelve un elemento estratégico y, por tanto, los esfuerzos por conseguir más con lo que se tiene son parte de las acciones por defender los Derechos Humanos de la población.

El presente artículo tiene como intención sustentar que, una intervención del Estado en la compra de

medicamentos, inteligente y comprometida con la población —en especial la más pobre—, puede mejorar su cobertura para todos los sectores de la población.

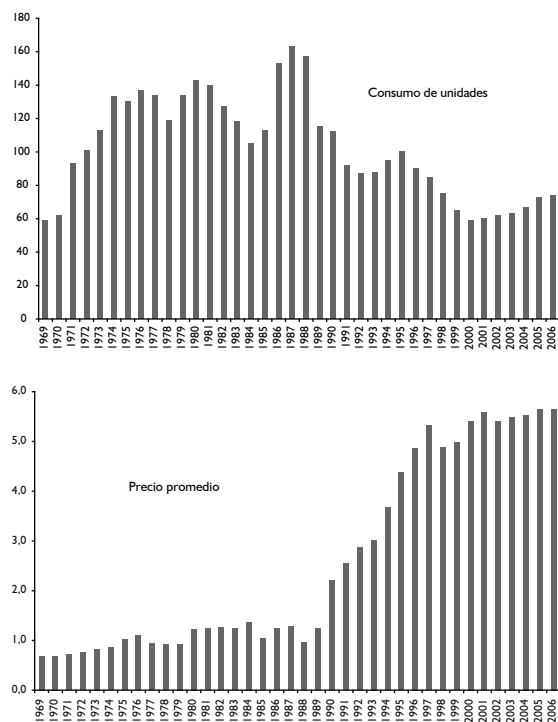
Costo creciente de los medicamentos

Según información trabajada por IMS Health del Perú S.A. (5) —en una serie tomada desde 1969— ha habido una importante transformación del mercado farmacéutico: el número de unidades vendidas ha decrecido de manera sostenida desde 1987 descendiendo de 152 millones de unidades a 74 millones en el año 2006, habiendo aumentado la población en 5 millones. El descenso es de un promedio de 6,9 unidades por habitante a 2,74 unidades por habitante. Esto significa que la cobertura farmacéutica ha descendido más del 50%.

Si observamos la variación de precios en el mismo periodo, vemos que de US \$1,28/unidad ha subido a US \$ 6,5/unidad, aumentando la dificultad del acceso por precio. Esta información corresponde al mercado privado, pero si tomamos en cuenta que el mercado privado tiene el 60% del total de las ventas del mercado peruano y que, de este 60%, el 58% es pago del bolsillo, se puede deducir con cierta seguridad que el acceso a medicamentos se ha deteriorado en el periodo 1987 - 2006 (ver gráfico 1).

Si tomamos otro ángulo y revisamos la evolución de los precios de los medicamentos en comparación al índice de precios al consumidor (IPC) en el periodo 1995-2005, podemos apreciar que el IPC aumentó en 48,2% y el aumento del precio de los medicamentos fue de 107,62% (ver cuadro N° 2). Y si agregamos el deterioro del ingreso medio en el periodo 1987 - 2007, la situación se vuelve más grave aún. Estos datos demuestran que el acceso a los medicamentos por precio se ha deteriorado en el periodo 1986 - 2007 para toda la población, en especial para los pobres.

Gráfico I
Evolución histórica del consumo de unidades y del precio promedio 1969-2006



Fuente: IMS Health del Perú S.A. 2007

Gasto en salud

En 1995 el gasto real per cápita en salud era de S/. 228,00 y en el 2005 S/. 230,00 (4), lo cual demuestra que la capacidad de gasto del Estado en salud no ha variado. Sabemos que el gasto en medicamentos constituye cerca del 50% del total del gasto en salud y por tanto si hay aumento de precios de los medicamentos la capacidad de compra estará disminuida y por ello disminuirá el número de unidades adquiridas, por tanto habrá menos abastecimiento en las farmacias de los establecimientos de salud y menor cobertura de medicamentos. A consecuencia de lo anterior se observará un aumento de la cronicidad de enfermedades tratables con medicamentos y/o el consiguiente deterioro de la economía familiar si el paciente, por comprar el medicamento, tiene que dejar de atender otras necesidades vitales como alimento, educación, vestido.

Compra de medicamentos en el sector salud

La compra de medicamentos es un elemento central para obtener la mejor relación precio/calidad. Existe

Cuadro I
Componentes del índice de precios de cuidado, conservación de la salud y servicios médicos – Perú 1995-2005

En base a 2005

Años	Componentes					Índice total
	Productos medicinales y farmacéuticos	Aparatos y equipos terapéuticos	Servicios médicos y similares	Gastos de hospitalización	Seguro contra accidentes y enfermedades	
1995	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
1996	117,10	108,49	108,06	118,87	108,67	113,76
1997	131,25	116,43	116,56	143,33	126,02	128,00
1998	143,78	126,36	123,40	145,30	128,56	139,10
1999	164,08	139,24	132,54	152,04	129,79	152,60
2000	174,72	141,19	138,73	159,19	148,84	164,90
2001	183,57	148,41	143,15	163,08	158,63	167,70
2002	190,12	153,01	147,53	169,57	162,52	173,35
2003	193,46	151,26	149,59	177,25	165,56	176,57
2004	203,52	150,16	150,29	183,27	164,40	181,75
2005	207,62	160,61	152,80	183,81	184,61	186,11
1995 - 2005	107,62	60,61	52,80	83,81	84,61	86,11

Fuente: Ministerio de Salud y Consorcio de Investigación Económica y Social. Cuentas nacionales de salud 1995-2005. Lima: Ministerio de Salud, 2008.

la evidencia de que un mismo producto de un solo fabricante se vende a precios muy diferentes, tanto en el mercado nacional como internacional (cuadro 2). También concurren en el mercado varios proveedores para un mismo fármaco. Esta situación abre la oportunidad para negociar precio (ya que la calidad debe ser uniforme) y obtener más medicamentos con el mismo presupuesto.

Hay dos instrumentos administrativos, legalmente disponibles, que ya han probado su eficacia en lograr este objetivo: la compra centralizada y la subasta inversa.

Compra centralizada

Las compras en el sector salud han evolucionado de manera diferente, ya sea el caso del Ministerio de Salud (MINSAL), ESSALUD, y la sanidad de las Fuerzas Armadas (FFAA) y Fuerzas Policiales. ESSALUD, FFAA y Fuerzas Policiales hace años que han tenido compra centralizada institucional y por ello lograron un ahorro significativo. En cambio el Ministerio de Salud compraba de manera dispersa. Hace 5 años el Ministerio retomó la iniciativa de compra centralizada nacional y durante esos 5 años logró un ahorro de más de 280 millones de soles (S/ 280.418.774), si se comparan los precios obtenidos centralizadamente con los precios que pagaban las unidades al comprar por separado. Al comprar medicamentos más baratos el Ministerio de Salud pudo poner más medicamentos al alcance de la población que atiende, a un precio hasta 10 veces menor que el medicamento de marca (ver cuadros 2 y gráfico 2).

Cuadro 2

Costo promedio de medicamentos por unidad en las siete ciudades estudiadas en el Perú

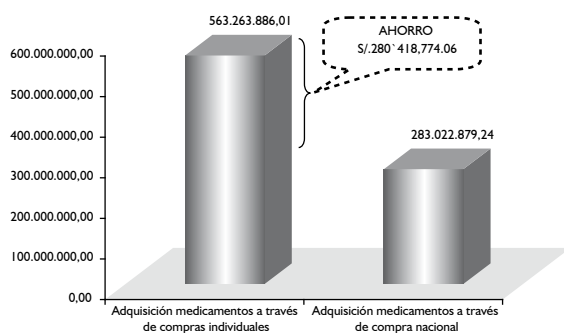
En nuevos soles - nov.2004

Medicamentos	Concentración	FF	Privado 1				Privado 2				Sector público
			Innovador	Marca similar	Genérico más barato	Genérico más caro	Innovador	Marca similar	Genérico más barato	Genérico más caro	
Aciclovir	200 mg	Cápsula	4,52	1,46	0,55	1,09	5,37	1,69	0,80	1,13	0,61
Amoxiciclina	500 mg	Cápsula	1,28	1,01	0,23	0,37	1,54	1,12	0,31	0,4	0,23
Captopril	25 mg	Tableta	1,43	0,47	0,23	0,50	1,71	0,41	0,24	0,46	0,05
Ceftriaxona	1 g	Inyectable	55,82	25,21	6,44	15,25	67,33	30,69	6,66	8,53	4,37
Ciprofloxacino	500 mg	Tableta	10,23	4,53	0,75	0,80	12,6	5,35	0,48	1,17	0,28
Diclofenaco	25 mg	Tabletas	1,07	0,91	0,20	0,43	1,22	0,87	1,27	0,50	-
Dicloxacilina	500 mg	Tabletas	1,41	1,23	0,35	0,60	1,75	1,04	0,47	0,58	0,68
Doxiciclina	100 mg	Cápsula	4,02	2,21	0,34	0,72	9,00	2,64	0,58	0,87	0,18
Fenitoina	100 mg	Cápsula	0,69	0,43	0,32	1,54	0,84	0,74	0,45	1,41	0,2
Fluconazol	150 mg	Cápsula	43,60	15,82	1,55	2,43	41,28	27,01	1,95	2,91	1,32
Gentamicina	80 mg/2 ml	Inyectable	24,96	5,69	1,57	1,69	25,93	7,26	1,34	2,63	0,65
Glibenclamida	5 mg	Tabletas	1,14	0,7	0,28	0,23	1,09	0,73	0,25	0,72	0,09
Ibuprofeno	400 mg	Tableta	1,82	0,69	0,11	0,23	1,76	0,85	0,24	0,44	0,08
Lamidudina	150 mg	Tabletas	10,79	-	-	-	11,76	-	4,96	9,91	-
Nifedipino	20 mg	Tabletas	4,38	1,03	0,56	0,41	3,22	0,56	0,45	0,93	0,09
Omeprazol	20 mg	Cápsula	7,01	2,54	0,40	0,82	6,85	3,13	0,54	1,10	0,24
Ranitidina	150 mg	Tabletas	1,88	1,02	0,21	0,41	2,3	1,01	0,25	0,91	0,14
Simvastatina	10 mg	Tabletas	9,93	8,15	3,52	3,37	7,87	6,28	3,47	5,36	-
Sulfametoxazol/ trimetoprima	800/160 mg	Tableta	1,27	1,00	0,28	0,42	1,77	1,36	0,35	0,49	0,16
Zidovudina	100 mg	Tabletas	-	-	-	-	7,21	-	4,15	4,10	0,71

Fuente : AIS Perú.

Gráfico 2

Logro alcanzado en cinco compras nacionales



Fuente : DIGEMID, www.minsa.gob.pe

Subasta inversa

Si bien la compra centralizada permitió un gran ahorro y por ello un aumento en los volúmenes de medicamentos, todas se hicieron por la modalidad de licitación, modalidad que adolecía de los siguientes defectos: i) el tiempo de realización era muy prolongado —varios meses— produciendo largos periodos de desabastecimiento; ii) se hacía contra documentos presentados por el postor, lo que no permitía una verificación de la autenticidad de ellos, salvo engorrosos tramites; iii) la evaluación era un acto no público lo que posibilitaba la falta de transparencia en las decisiones sobre la aptitud de los proveedores; iv) el control de calidad se hacía a solicitud de la entidad compradora; y no había una estandarización de los productos licitados (forma farmacéutica, envase, rotulado) (ver cuadro 4).

La subasta inversa aportó un nuevo elemento de transparencia al proceso de compra ya que, a diferencia de la licitación, todo el acto era público y se resolvía en una sola sesión y superaba los problemas de tiempo, calidad, transparencia y uniformidad de la compra.

Cuadro 3

Características de compra por licitación y subasta inversa

Características	Licitación	Subasta
Tiempo requerido	Prolongado: meses	Corto: días
Habilitación	Contra documentos presentados por el postor	Contra el registro Sanitario
Transparencia	Evaluación en acto no público	100% público
Condiciones de entrega	La que establece la entidad	La que establece la entidad
Control de calidad	Si lo solicita la entidad	Establecido en las fichas como obligatorio
Estandarización	Cada entidad establece características técnicas	Se establece Ficha Técnica sobre la cual todas las Entidades públicas adquieren

Fuente: DIGEMID, www.minsa.gob.pe

La primera subasta inversa se llevó a cabo en el 2007 y produjo un ahorro de más de 21 millones (S/ 21.283.085) para el MINSa y de casi 19 millones (S/ 18.961.655) para ESSALUD.

Esta experiencia sirvió como base para avanzar en tres aspectos:

- Ampliar los ítems de compra que hacía el MINSa.
- Ampliar la subasta a una compra corporativa que incorpore MINSa, ESSALUD, FFAA, Fuerzas Policiales.
- Construir un petitorio único de compras estatales.

Compra corporativa

Demostradas las ventajas de la subasta inversa —como instrumento ágil, transparente y productor de mejores ahorros en la compra a gran escala— se incorporaron al proceso ESSALUD y las Fuerzas Policiales. La segunda subasta interna se llevó a cabo en el primer semestre del 2008 y permitió adjudicar 168 de los 198 ítems planeados y logró un ahorro de más de 50 millones de nuevos soles (S/. 50.740.977) respecto a los precios de referencia (ver cuadro 4).

Cuadro 4
Ahorro por compra corporativa

	Montos valorizados S/.	Nivel de Ahorro S/.	% Ahorro
Compras individualizadas	168.105.371,63		
Valores Referenciales	132.005.173,09	36.100.198,54	21
Valores Adjudicados	117.364.394,19	14.640.778,90	11

Fuente: DIGEMID. www.minsa.gob.pe

Con la compra centralizada en la modalidad de subasta inversa el Estado (MINSA, ESSALUD, Fuerzas Policiales) ha logrado mejorar su capacidad de compra de medicamentos logrando precios hasta 10 veces menores que los precios del mercado privado, esto ha permitido la compra de más medicamentos con calidad certificada lo que a su vez ha permitido que existan medicamentos en todos los establecimientos a precios, como dijimos arriba, más asequibles para los pobres.

Todas estas acciones han sido realizadas por un organismo del Estado: la Dirección General de Medicamentos del Ministerio de Salud (DIGEMID), gracias a la Concertación en el Consejo Nacional de Salud y la decisión de la alta dirección de las instituciones implicadas. Por tanto es posible que desde la administración pública se pueda gestionar correctamente los fondos, comprar honestamente y cumplir con el principio enunciado al comienzo de que el acceso a los medicamentos es un derecho humano que debe ser cautelado por el Estado.

Conclusiones

En síntesis, vemos que ambos mecanismos han logrado múltiples beneficios:

- Se ha logrado un importante ahorro presupuestal al comprar la mayoría de los medicamentos a un precio 50% menor del precio de referencia inicial.

- La compra centralizada y la subasta inversa, han permitido que un equipo se entrene en todo el proceso y realice correctamente la consolidación de petitorios, estudio de mercado, precios de referencia, fichas técnicas de calidad, normas claras y precisas, procesos administrativos públicos y transparentes y por último la realización de la subasta inversa en un solo acto público y controlado por los proveedores.
- El éxito de los dos procesos de compra por subasta inversa, con la participación del MINSA, ESSALUD y la Sanidad de las Fuerzas Policiales, ha incentivado la participación del INPE para abastecer a las cárceles y el sector privado. Falta incorporar más sectores hasta consolidar un petitorio único del Estado, que incluya a todos los sectores poblacionales que quieran participar.
- Lo avanzado permite visualizar la necesidad de conformar un operador logístico (una central de compras de medicamentos, insumos y equipamiento médico), que opere como Organismo Público Descentralizado, que institucionaliza la compra centralizada de medicamentos y equipo médico.
- Contrariamente a lo que han venido pregonando los gurús del “libre mercado, irrestricto y ciego”, esta experiencia confirma que el Estado, puede lograr un adecuado uso de los exiguos presupuestos y hacerlo con transparencia y honestidad. Una condición indispensable ha sido la voluntad política del equipo de DIGEMID.

Lo anterior prueba que se puede trabajar honestamente y con eficacia, favoreciendo a los que menos tienen, usando las reglas del mercado y con el rol rector del Estado y defendiendo los derechos humanos de la población, en especial de los más pobres.

Referencias bibliográficas

1. Velásquez, Germán. OMS El Acceso a Medicamentos como un Derecho Humano. Lima, julio 2007.
2. Encuesta Nacional de Hogares Sobre Condiciones de Vida en el Perú. Junio 2007. Informe Técnico N° 3 Setiembre 2007.
3. INEI. La Pobreza en el Perú en el año 2007. Lima, Mayo 2008.
4. Ministerio de Salud. Cuentas Nacionales en Salud Perú 1995- 2005. Lima, 2008.
5. IMS Health del Perú S.A. www.ims.health.com ■