



Precios y Política de Medicamentos en el Perú

Milagros de la Lama Eggerstedt*

mdelalama@bcrp.gob.pe

Jorge E. Llado Márquez *

Jorge.Llado@mba05.mcombs.utexas.edu

1. Introducción

El presente trabajo es una extensión de un informe anterior sobre la evolución de los precios de los medicamentos en el período 1996-2002, tema motivado por el mayor incremento de los precios de los medicamentos con relación al registrado por el índice general de precios al consumidor. Una actualización parcial posterior, que comprende hasta el mes de marzo de 2004, confirmaría la misma tendencia.

Si bien los precios de los medicamentos muestran una tendencia similar que la inflación, en el año 2002 aumentaron 3,6 por ciento frente a 1,5 por ciento del IPC y 1,8 por ciento de los bienes industriales.

El aumento de los precios de los medicamentos se dio a pesar de medidas como la reducción de 12 a 4 por ciento de los derechos arancelarios ad valorem CIF aplicables a la importación de insumos, partes y piezas no producidos en el país (D.S N° 073-2001-EF de abril de 2001), entre los que se encontraban diversos insumos químico farmacéuticos.

Ello confirmaría la percepción de que el precio de las medicinas es elevado, problema que también ha sido mencionado en estudios en los que se destaca que el consumo de medicamentos en el Perú es uno de los más bajos de América Latina (Organización Mundial de la Salud, 1998; Jofre, 2002).

El objetivo inicial del presente trabajo fue explicar la evolución de los precios al consumidor de los medicamentos y realizar una comparación internacional. La evidencia encontrada, en particular mayores precios y el alto diferencial entre los precios de medicamentos de marca y genéricos, motivó que se profundizara en el análisis del mercado farmacéutico, en su relación con el mercado internacional y en las medidas de política aplicadas en otros países para reducir sus precios.

2. Características generales del mercado farmacéutico

Una de las principales características de la industria farmacéutica en el mundo es el predominio de las empresas transnacionales. El alto precio de los medicamentos se relaciona con la política de patentes que limita el acceso al mercado de otros competidores.

* Los autores pertenecen a la Gerencia de Estudios Económicos del BCRP. Agradecen la supervisión de Andrés Medina, así como la colaboración de Luis Valdivia Souza Peixoto, Fernando Cornejo y del Dr. Manuel Vargas Girón. Las opiniones vertidas en este documento son responsabilidad exclusiva de los autores y no reflejan necesariamente la visión del BCRP.



2.1. Mercado segmentado

Aproximadamente son diez las grandes corporaciones líderes en el mercado farmacéutico¹, sin embargo, ninguna de ellas alcanza una participación significativa en las ventas totales. Este bajo grado de concentración es aparente ya que se observan sub mercados independientes y agrupados según las características terapéuticas de los medicamentos, en los cuales el grado de concentración es generalmente alto.

Las barreras de entrada, derivadas principalmente de la aplicación de patentes, determinan la presencia de concentraciones oligopólicas al interior de cada categoría terapéutica. Por ejemplo, la empresa líder Merck alcanza menos del 4 por ciento del mercado; sin embargo, el medicamento Fosamax (alendronato de sodio), producido por esta empresa, concentraría el 50 por ciento del mercado de fármacos destinado a incrementar la densidad de los huesos (American Journal Health-Syts Pharm, 2001). La competencia limitada determinaría un mercado segmentado e imperfecto (Godoy, 2001; Gonzáles García, 1999, Katz, 1995).

2.2. Protección por patentes

El marco jurídico está dado por el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial del Comercio (OMC).

Las patentes otorgadas bajo este esquema proporcionan a sus titulares los instrumentos jurídicos requeridos para impedir que otros fabriquen, usen o vendan el medicamento durante un período de tiempo limitado (20 años desde el momento del registro). Esta situación ha dado lugar a una clara diferenciación de los medicamentos, según estén o no protegidos por patentes: medicamentos de marca y medicamentos genéricos, respectivamente.

Los laboratorios de medicinas innovadoras señalan que requieren en promedio 13 años de investigación para obtener un nuevo medicamento. Además, mencionan que sólo 1 de 10 mil de los medicamentos obtenidos cumplirá con las exigencias clínicas necesarias para ser introducido en el mercado (Aventis Pharma Chile, 2000).

Si bien se reconoce que los costos de investigación para obtener un nuevo fármaco son elevados, algunos investigadores cuestionan la falta de transparencia de los grandes laboratorios sobre su magnitud. Se cuenta con diferentes estimaciones sobre los costos en que incurren los laboratorios para obtener un nuevo medicamento, las que varían en un rango de US\$ 240 a US\$ 880 millones. También se menciona que estos costos se recuperan generalmente en los primeros años de comercialización y que son utilizados para justificar ganancias oligopólicas (Tobar, 2002).

Los gastos de promoción y publicidad en los que incurren los laboratorios, serían los que elevarían fuertemente los costos totales. Por ejemplo, en Estados Unidos parte del costo creciente de los medicamentos se atribuye a la propaganda proporcionada directamente al consumidor (British Medical Journal, 2000).

Diversos estudios señalan que la estrategia seguida por los grandes laboratorios ha sido la de mantener su posición en el mercado mediante la introducción de productos diferenciados, lo que no representa una contribución importante en términos de calidad terapéutica. Se ha registrado casos en los que las empresas farmacéuticas crean productos similares a su medicamento patentado, cuando la patente está por expirar, o asignan nuevas propiedades terapéuticas a un producto ya patentado. A pesar que generalmente no reportan un beneficio terapéutico significativo, suelen venderse a precios más altos que los medicamentos ya existentes (Boletín AIS Perú, 2001). Por ejemplo, de los setenta principios activos introducidos en España en los años 1998 y 1999, únicamente dos fueron considerados una novedad excepcional y sólo cuatro fueron reconocidos como una importante mejora terapéutica con respecto a medicamentos ya existentes (Azparren, 2000).

¹ Pfizer (fusionada con Warner-Lambert en el año 2000) aparece primera en un ranking de 10 corporaciones farmacéuticas con mayores ventas en 13 economías líderes. Le siguen en orden de importancia: GlaxoSmithKline, Merck&Co., AstraZeneca, Bristol-Myers Squibb, Novartis, Johnson&Johnson, Pharmacie Corp., Aventis y Lilly (IMS Health, febrero 2002). En otras publicaciones se ubica a GlaxoSmithkline (fusión de Glaxo-Wellcome y SmithKline Beecham en el año 2000) como la líder (Revista IQF, diciembre 2001).



2.3. Asimetría de información

En el mercado de medicinas, el demandante (paciente) está menos informado que el oferente (médico, farmacéutico, laboratorio) sobre la eficacia y propiedades del producto. Existen importantes asimetrías de información en la relación médico-paciente, aunque también en la relación del médico con el laboratorio proveedor, ya que usualmente es este último el que informa sobre la calidad y seguridad del medicamento. A este respecto, se considera que la demanda de medicamentos constituye una demanda inducida ya que es el médico quien prescribe el producto que el paciente debe consumir.

2.4. Concentración de la demanda

El consumo de medicamentos está concentrado en los sectores de mayores ingresos, situación que también se presenta a escala mundial. Se estima un monto de ventas anuales de US\$ 272 mil millones, concentrándose cerca del 80 por ciento de éstas en Estados Unidos, Europa y Japón (Droit&Pharmacie, 1999). La mayor parte de los medicamentos no estarían diseñados para combatir enfermedades que afectan mayormente a los países en desarrollo.

3. Medicamentos de marca y genéricos

Una primera clasificación de los medicamentos es entre aquellos cuya venta debe realizarse con receta médica (medicamentos éticos) y aquéllos cuya venta es libre (medicamentos populares u OTC, siglas de Over The Counter). Los medicamentos éticos constituyen la mayor parte del mercado y se clasifican según su patente esté o no vigente.

Los medicamentos están constituidos por una o más drogas, lo que vienen a ser los *principios activos* (sustancia o componente que produce determinado efecto sobre la patología diagnosticada), y por excipientes o sustancias que se utilizan para darle consistencia, sabor y, en general, para facilitar su ingestión.

Un medicamento innovador u original es aquel que contiene un *principio activo* nuevo, obtenido mediante un proceso de investigación y desarrollo. El laboratorio productor, propietario de los derechos, lo comercializa bajo un nombre de marca registrada.

Una vez que los derechos de patente caducan, los *principios activos* incluidos en los medicamentos innovadores pueden ser comercializados libremente por diferentes laboratorios. Ello da origen al medicamento genérico, que es un producto que tiene el mismo *principio activo*, la misma dosis, la misma forma farmacéutica y las mismas características farmacológicas que el medicamento de marca utilizado como referencia.

Siguiendo las recomendaciones de la OMS, los medicamentos genéricos se comercializan con el nombre de la sustancia medicinal correspondiente o Denominación Común Internacional (DCI). El medicamento genérico debe demostrar equivalencia terapéutica con el medicamento original que le sirve de referencia².

Se considera que dos medicamentos son *bioequivalentes*³ si contienen la misma cantidad del mismo *principio activo*, en la misma forma de dosificación y poseen igual *biodisponibilidad*: no exhiben diferencias significativas en la cantidad y velocidad de absorción de un mismo *principio activo*, cuando se administran en la misma dosis y bajo condiciones experimentales similares.

² En el mercado también se encuentran los denominados *medicamentos de segunda marca*, que son los mismos que el medicamento innovador, comercializados por otras compañías farmacéuticas con autorización expresa del investigador, previo pago de un *royalty*. También se comercializan los medicamentos denominados *copias o productos similares* a otros ya autorizados, que copian las fórmulas originales sin el consentimiento del dueño de la patente.

³ Se refiere a la igualdad de potencia y efecto entre dos sustancias farmacológicas, por lo que pueden ser intercambiadas sin modificar el efecto terapéutico.



La evidencia empírica muestra que el precio de los medicamentos genéricos es significativamente menor que los de marca, lo que se atribuye a que sus costos no incluyen los gastos en investigación.

4. El mercado farmacéutico peruano

4.1. Tamaño del mercado

El valor de ventas anuales del mercado farmacéutico peruano se estima en aproximadamente US\$ 500 millones, correspondiéndole al sector privado aproximadamente el 65 por ciento y el restante 35 por ciento al sector público. Este mercado es pequeño ya que, por ejemplo, sólo las ventas anuales del laboratorio Pfizer a nivel mundial se estiman en US\$ 30 mil millones.

De acuerdo a International Marketing Service (IMS)⁴, entre 1977 y el 2000, el valor de ventas del mercado farmacéutico privado peruano pasó de US\$ 126 a US\$ 314 millones, alcanzando su máximo nivel en 1997 (US\$ 458 millones). Por el contrario, en términos de unidades, éstas pasaron de 134,3 a 58,1 millones en el período, lo que en términos per capita implicó una reducción de 8,40 a 2,26 unidades por persona. El precio unitario implícito nominal aumentó, en consecuencia, de US\$ 0,94 en 1977 a US\$ 5,40 en el 2000. Considerando la inflación de Estados Unidos, este precio aumentó de US\$ 2,67 a US\$ 5,40 a precios constantes del 2000. Por lo tanto, se consumiría una menor cantidad de medicamentos y a un precio mayor.

En el año 2001, el valor de ventas anuales alcanzó US\$ 335 millones, de los cuales el 30 por ciento correspondió a productos nacionales y el 70 por ciento a productos importados, lo que se atribuye al mayor precio de éstos últimos. En términos de unidades, el volumen de ventas ascendió a 60 millones de unidades, de los cuales el 60 por ciento correspondió a productos importados, comercializados principalmente en el sector privado, y el restante 40 por ciento a productos elaborados en el Perú. En el año 2002, el valor de las ventas presentó cierto repunte y, en menor medida, las ventas en número de unidades, por lo que el precio implícito continuó aumentando.

4.2. Organización

En el mercado peruano participan los laboratorios nacionales que producen localmente y las transnacionales que importan medicamentos desde sus plantas filiales. Los laboratorios nacionales importan el *principio activo* para efectuar la producción del bien final.

La Asociación de Industrias Farmacéuticas de Origen y Capital Nacional (ADIFAN), agrupa 19 laboratorios peruanos y 2 argentinos. Se estima que los laboratorios más grandes registran ventas anuales entre US\$ 20 y US\$ 25 millones. Los laboratorios transnacionales están representados por la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Perú (ALAFARPE), que agrupa a 18 grandes laboratorios provenientes de Europa y Estados Unidos, aunque también cuenta con 2 laboratorios peruanos. A partir de los años noventa muchos de estos laboratorios dejaron de producir en el Perú y empezaron a importar de otros países como Ecuador, Argentina y México. Si bien importan la mayor parte de sus productos, se estima que un 10 por ciento lo encargan a laboratorios nacionales.

Luego de reducción de los aranceles a los insumos químicos en abril de 2001, las importaciones de los principales insumos de esta industria aumentaron de US\$ 41 millones en el período enero-agosto de 2001 a US\$ 49 millones en el mismo período de 2002, mientras que la producción nacional aumentó 22 por ciento (gráfico 1).

⁴ Citado por el Dr. Manuel Vargas Girón en "Acceso y Uso Racional de Medicamentos en el Perú" en "La Salud Peruana en el Siglo XXI: Retos y Propuestas de Política", Consorcio de Investigación Económica y Social, julio de 2002.



Gráfico 1



Fuente: INEI

La distribución de medicamentos a los puntos de venta se concentra en pocas empresas, destacando Química Suiza, Droguerías Kahan (Drokasa), Albis, Perúfarma y Difesa. Las medicinas se distribuyen principalmente en farmacias (65 por ciento), clínicas privadas (12 por ciento) y hospitales y en Essalud (23 por ciento).

Existe también una creciente participación de las cadenas de farmacia (por ejemplo, Fasa y Torres de Limatambo), que incluso importan sus propios productos genéricos, con respecto a las boticas y farmacias convencionales. Cabe relevar que su mayor presencia en el mercado les permite negociar precios con los laboratorios y distribuidores.

4.3. Principales características

4.3.1. Mercado segmentado

El nivel de concentración es relativamente bajo, sin embargo, éste se eleva significativamente a nivel de clase terapéutica. Indecopi (2002) reportó que los grados de concentración de analgésicos y antiinflamatorios ascendían a 46 y 32 por ciento, respectivamente, mientras que los correspondientes a reguladores del calcio óseo y antiácidos ascendían a 95 y 61 por ciento, en cada caso.

4.3.2. Protección de patentes

Desde setiembre del 2000, el Perú se rige por el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC o TRIPS, por sus siglas en inglés) de la Organización Mundial del Comercio (OMC), tal como lo establece la Decisión N° 486 de la Comunidad Andina de Naciones (CAN). (recuadro 1).

La aplicación de esta norma ha constituido una ampliación a la protección conferida a las patentes de la industria farmacéutica innovadora, ya que anteriormente se excluía a los productos considerados en la lista de medicamentos esenciales (Decisión N° 344).



El régimen de la CAN no permite patentar *segundos usos* de un medicamento ya patentado, con lo que se busca evitar que se prolongue el período de las patentes de 20 años contemplado inicialmente. Sin embargo, la tendencia en los países desarrollados es otorgar *patentes de segundo uso*, aunque no es una obligación en los acuerdos vigentes.

Recuadro 1

Tratados comerciales y política de medicamentos

El Perú, en su calidad de Estado miembro de la Organización Mundial de Comercio (OMC), está obligado a cumplir el Acuerdo sobre Derechos de Propiedad Intelectual relacionado con el Comercio (TRIPS, por sus siglas en inglés) que establece una vigencia mínima de 20 años para las patentes. Su aplicación tiene por objeto proteger la propiedad intelectual y de esta forma hacer posible las investigaciones orientadas al desarrollo de nuevas vacunas y terapias.

La relación entre el TRIPS y la salud pública ha cobrado relevancia en los últimos años, principalmente ante la epidemia del sida y las medidas que tomaron países como Brasil y Sudáfrica para reducir los precios de los antirretrovirales. En el debate se puso de manifiesto dos posiciones diferentes: los que defendían el sistema de patentes, consideran que el monopolio que genera y las consecuentes ganancias incentivan la investigación y el desarrollo de nuevos fármacos; y aquellos que consideran las patentes como un obstáculo para el acceso a los medicamentos.

En la IV Reunión Ministerial de la OMC, celebrada en Doha en noviembre de 2001, se reconoció el efecto que tiene la protección intelectual sobre los precios de los medicamentos y la necesidad de una mayor flexibilidad en la aplicación de los instrumentos ya disponibles en el TRIPS, como las licencias obligatorias, principalmente en los casos de emergencia nacional. Se reafirmó el derecho de los países de emitir, según su criterio, licencias obligatorias y su libertad para determinar qué situaciones pueden ser consideradas emergencias nacionales, en cuyo caso la emisión de licencias obligatorias se aceleraría. Ello permitiría que un país emita licencias obligatorias no sólo en casos de emergencia, sino también para aumentar la oferta de medicamentos y consecuentemente la competencia y así reducir los precios

A pesar del acuerdo global del TRIPS, en las negociaciones bilaterales o multilaterales de comercio se estarían promoviendo normas más estrictas sobre propiedad intelectual, como la prórroga de las patentes por un período superior a los 20 años considerado actualmente en el TRIPS. Otra medida contemplada sería limitar la emisión de licencias obligatorias sólo a emergencias nacionales y únicamente para el sector público, y restringir la importación paralela al área de libre comercio. También se estaría planteando otorgar derechos exclusivos, por un período mínimo de 5 años, a las compañías innovadoras sobre los datos de los análisis farmacéuticos que se les exige para verificar la calidad y eficacia de un medicamento, medida que retrasaría el ingreso de los productos genéricos al mercado ya que esta información es utilizada para demostrar su seguridad.

Se estima que en el Perú se comercializan aproximadamente 5 mil productos farmacéuticos, de los cuales la mayor parte no tiene patente vigente. Entre 1994 y setiembre de 2001, el Indecopi sólo registró 383 patentes farmacéuticas (Indecopi, 2002). A pesar de ello, los precios de los medicamentos de marca vendidos en el país son significativamente mayores que los de los genéricos.

A este respecto, cabe indicar que los precios de los productos comercializados por los laboratorios extranjeros generalmente se determinan en la casa matriz. Ésta establece una banda de precios para la venta de medicinas en cualquier parte del mundo y las filiales eligen un precio dentro de dicha banda.



4.3.3. Oferta heterogénea

Un factor que ha sido determinante en la gran cantidad de fármacos que conforman la oferta en el Perú es el libre registro de medicamentos. Desde 1992, en el Perú se flexibilizó el Registro de Medicamentos - D.L N° 25596- estableciéndose en 30 días el plazo para que el organismo regulador respondiera a la solicitud de registro presentada por una empresa farmacéutica; si después de treinta días no se había obtenido respuesta, la empresa consideraba como otorgado el registro sanitario del medicamento. La Ley General de Salud de 1997 redujo a siete días dicho plazo.

En opinión de los especialistas, esta medida ha dado lugar a la introducción en el mercado nacional de un número significativo de productos de dudosa eficacia, procedente de laboratorios en los que no se cumple necesariamente con los criterios de control de calidad requeridos, ni se realizan pruebas de equivalencia terapéutica.

Por otra parte, la presencia en el mercado de productos falsificados, adulterados y de contrabando ha aumentando en los últimos años y se estima que podría representar el 20 por ciento del mercado. Otro problema mencionado es la eliminación, mediante la R.M N°158-98-SA, de la obligación del canje de medicamentos vencidos, lo que haría posible el reciclaje de medicamentos.

4.3.4. Escasa participación de los medicamentos genéricos

En el Perú, el Estado promueve la sustitución de productos de marca por genéricos con el objetivo de aumentar la competencia en el mercado farmacéutico. La Ley N° 26842 -Ley General de Salud- establece que el médico debe prescribir obligatoriamente, además del nombre de marca, la versión genérica del medicamento. También establece que el químico farmacéutico está facultado para sugerir un medicamento genérico ante la entrega de una receta en la que se prescribe un producto de marca. Además, el Ministerio de Salud publica la Guía Farmacopéutica Nacional, documento oficial que incluye equivalencias entre los medicamentos genéricos y de marca.

Si bien la participación de los productos genéricos ha venido incrementándose en los últimos años, su participación no superaría el 10 por ciento del mercado farmacéutico⁵. Dos factores limitarían su presencia en el mercado:

- El incumplimiento de la norma sobre la prescripción médica que indica que "... al prescribir medicamentos - los médicos- deben consignar obligatoriamente su Denominación Común Internacional (DCI), el nombre de la marca si lo tuviere, la forma farmacéutica, posología, dosis y período de administración ..." (Ley N° 26842, Artículo 26).
- El hecho que la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), encargada de normar, controlar y evaluar la producción, importación, exportación, registro, distribución y comercialización de los productos farmacéuticos, no cuenta con los recursos suficientes para realizar un exhaustivo control de calidad.

En el Perú, el derecho para registrar medicamentos es inferior al que se cobra en otros países de América Latina. Además, no existe la obligación de efectuar estudios de *bioequivalencia* para aquellos medicamentos reproducidos y tampoco se cuenta con pruebas de *biodisponibilidad*.

⁵ Según Indecopi (2002), la participación es del orden de 7 por ciento.



4.3.5. Demanda diferenciada según niveles de ingreso

La OMS (1998) señaló que aproximadamente el 40 por ciento de la población peruana no tenía acceso a los medicamentos esenciales y que los precios de las medicinas eran caros comparados con el poder de compra de la población y con los de otras regiones.

Se estimó un consumo per-capita anual equivalente a US\$ 15, monto significativamente inferior que el de otros países de América Latina. Por ejemplo, en Argentina dicho consumo ascendía a US\$ 100. En el Perú el acceso a los medicamentos sería particularmente complejo debido a la escasa cobertura de los sistemas de salud.

Cortez (2002), con base a la Encuesta Nacional de Demanda de Salud (ENDESA 1995)⁶, encontró que aproximadamente sólo el 27 por ciento de los pobres extremos adquirió las medicinas que se les recetó, mientras que, en el caso de los no pobres, lo hizo en 59 por ciento. El mismo autor, con base a la Encuesta Nacional sobre Medición de Niveles de Vida 2000 (ENNIV 2000), señala que la falta de acceso a los medicamentos es más aguda en los quintiles de menores ingresos y en las zonas rurales.

4.3.6. Asimetría de información

Al igual que en el mercado internacional, se observa información asimétrica entre los agentes del mercado; sin embargo, en el caso del Perú, el que influye en la decisión de compra no siempre es el médico, sino el farmacéutico. A pesar de la obligación legal de vender medicamentos con receta, se señala que la mayor parte de los pacientes adquiere los remedios sin cumplir con este requisito.

5. Evolución de precios de las medicinas

Los precios de las medicinas en el mercado peruano han registrado un continuo incremento, no obstante la reducción dispuesta en los aranceles en abril de 2001. El aumento de los precios de las medicinas ha sido mayor al de la variación del Índice de Precios al Consumidor (IPC) y al de los bienes industriales⁷.

Cuadro 1			
IPC, PRECIOS DE BIENES INDUSTRIALES Y DE MEDICINAS			
(Variación porcentual anual)			
	IPC	Bienes industriales	Medicinas
1996	11,8	8,0	17,1
1997	6,5	6,4	12,1
1998	6,0	7,3	9,5
1999	3,7	2,7	14,1
2000	3,7	2,7	6,5
2001	-0,1	0,7	5,1
2002	1,5	1,8	3,6

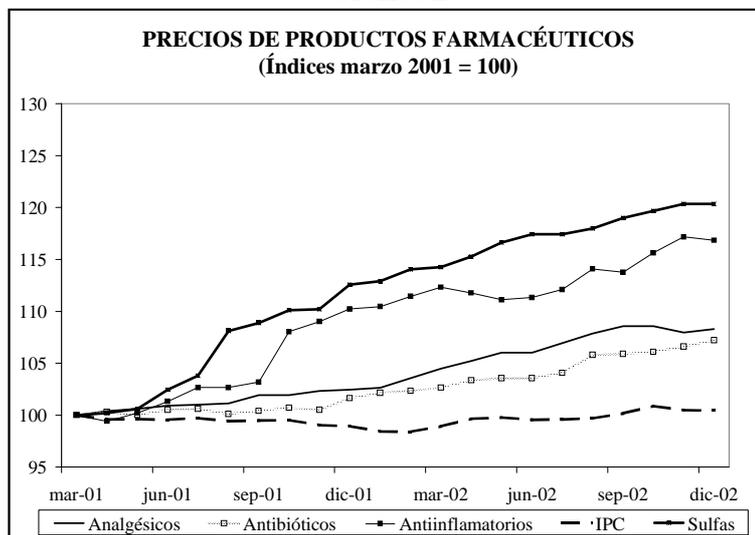
Fuente: INEL.

⁶ Recopilada por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico entre los días 15 de noviembre de 1995 y 7 de enero de 1996 y aplicada a una muestra de 1 290 hogares.

⁷ En el año 2003 el IPC varió 2,5 por ciento mientras que el promedio de los precios de los bienes industriales aumentó 0,7 por ciento y el precio de las medicinas en 1,7 por ciento. En el período enero-agosto de 2004, el IPC varió 3,2 por ciento, los bienes industriales en 2,7 por ciento y las medicinas en 3,3 por ciento.

Según información del INEI sobre precios de medicinas por categoría terapéutica, en el período abril 2001-diciembre 2002, los mayores incrementos de precios se captaron en sulfas (20 por ciento), antiinflamatorios (16 por ciento), analgésicos (8 por ciento) y antibióticos (7 por ciento). La variación del Índice General de precios al Consumidor en ese período fue 0,44 por ciento. (gráfico 2)

Gráfico 2



5.1. Precios de medicinas de marca y genéricos

En la medida que la información del INEI es agregada y no permite diferenciar entre los precios de las medicinas de marca y genéricos, se recurrió a la información proporcionada por la revista farmacéutica K@iros, la misma que es distribuida a las farmacias de todo el país con periodicidad mensual y que incluye los precios de venta del distribuidor a las farmacias y al público. Se consideraron las presentaciones ofrecidas por los principales laboratorios.

Se observa un alto diferencial de precios existente entre las medicinas de marca y genéricos. En el caso de los corticoides y los antiinflamatorios una medicina de marca puede costar 5 veces más que el producto genérico⁸. Cabe mencionar que los precios reportados son los precios sugeridos de venta al público, por lo que cabría esperar que se apliquen descuentos de precios.

⁸ Cabe tener presente, en forma referencial, que los precios internacionales de algunos medicamentos genéricos habrían disminuido en el año 2001. De acuerdo al International Drug Price Indicator Guide, los precios internacionales de ibuprofeno y amoxicilina disminuyeron 15 y 5 por ciento, respectivamente.



CUADRO 2
PRECIOS SUGERIDOS AL PÚBLICO
(En nuevos soles)

Categoría	Ingrediente activo		mar-01	mar-02	dic-02
Analgésico	Ketorolac	Marca	3,91	3,99	4,09
		Genérico	1,46	1,60	1,68
Antiácido	Ranitidina	Marca	96,97	96,97	98,87
		Genérico	32,18	32,18	32,18
Antibiótico	Amoxicilina	Marca	155,65	173,31	181,07
		Genérico	73,93	74,51	74,51
Antiinflamatorio	Ibuprofeno	Marca	1,99	2,05	2,26
		Genérico	0,41	0,41	0,41
Corticoide	Prednisona	Marca	1,13	1,31	1,31
		Genérico	0,25	0,25	0,25
Expectorante	Bromhexina	Marca	30,04	33,04	34,74
		Genérico	7,06	7,06	7,06
Hipotensor	Captopril	Marca	2,16	2,23	2,27
		Genérico	0,59	0,65	0,68
Sulfas	Sulfametoxazol + trimetoprima	Marca	21,84	27,22	30,75
		Genérico	6,88	6,88	7,05
Antimicótico	Fluconazol	Marca	61,73	61,73	63,82
		Genérico	25,27	25,27	25,27
Antiasmático	Salbutamol	Marca	0,56	0,63	0,68
		Genérico	0,17	0,17	0,17

Fuente: Revista K@iros

5.2. Comparación internacional de los precios

De acuerdo a un estudio de Acción Internacional para la Salud – AIS, en mayo de 2001 y para una muestra de 6 países de América Latina -Argentina, Bolivia, Brasil, Ecuador, Nicaragua y Perú- se constató una gran variación de los precios de las medicinas entre estos países, siendo Perú el país que mostraba el mayor rango de diferencia de precios entre el producto de marca y el genérico.



CUADRO 3
PRECIOS DE MEDICAMENTOS DE MARCA Y GENÉRICOS
(En US dólares por 100 unidades)

Compuesto principal / presentación		Argentina	Bolivia	Brasil	Ecuador	Nicaragua	Perú
Amoxicilina 500 mg, cápsula	marca	80,2	46,7	53,0	26,1	n.d.	54,2
	genérico	63,5	13,8	38,0	18,0	11,3	9,9
Captopril 25 mg, tableta	marca	31,3	46,8	36,0	36,2	n.d.	58,7
	genérico	n.d.	24,0	17,0	n.d.	57,4	8,4
Fluconazol 150 mg, cápsula	marca	2 087,0	648,0	1 232,0	772,8	1 766,0	1 390,0
	genérico	1 300,0	n.d.	n.d.	375,0	558,0	310,0
Gentamicina 80 mg/ 2 ml inyección	marca	470,0	18,0	157,0	72,0	n.d.	580,0
	genérico	127,0	18,0	92,0	47,0	26,0	59,6
Ibuprofeno 400 mg, tableta	marca	45,6	40,0	22,0	56,5	n.d.	46,3
	genérico	30,9	10,0	n.d.	6,5	45,0	7,8
Sulfametoxazol, trimetoprima 180 /160 mg tableta	marca	79,3	64,0	44,0	40,2	n.d.	72,0
	genérico	34,1	15,0	28,0	3,5	6,0	11,3

Fuente: Acción Internacional para la Salud (AIS). Mayo 2001.

Con el fin de presentar información más reciente de los niveles de precios de las medicinas de marca en el Perú y los correspondientes a otros países, en particular de América Latina, se consultó -vía internet- los precios reportados por la revista *K@iros*. De acuerdo a esta fuente de información, se observó un gran diferencial en precios de las medicinas de marca entre los países de la región, siendo los precios reportados para el Perú los más elevados, seguidos por México.

CUADRO 4
PRECIOS DE PRINCIPALES MEDICINAS DE MARCA 1/
(En US dólares)

Compuesto principal y presentación	Perú	Argentina	Brasil	Chile	España	Estados Unidos	Francia	México	Uruguay	Venezuela
Captopril 50 mg, tableta x30	37,8		13,4	13,5	13,1			34,5	17,3	13,5
Eritromicina 500 mg, tableta x 24	27,8		9,2					13,5		13,7
Fluoxetina 20 mg, cápsula x 28	86,3	24,9	26,9	15,0	21,6	77,9	24,9	49,1		61,9
Amoxicilina 500 mg, cápsula x 12	7,7		4,3		2,5	5,0		7,5		7,0
Alendronato 70 mg, tableta x 2	31,2	11,7	12,7	17,6			17,4	34,3		53,8
Atorvastatina 20 mg, tableta x 30	64,9	12,1	32,7	37,0					43,2	54,6
Fluconazol 200 mg, cápsula x 8	177,7							161,9		68,7
Celecoxib 200mg, cápsula x 10	15,0	10,0				30,7	11,6	24,2		16,9
Ibuprofeno 600 mg, tableta x 30	27,2		4,4	8,3				14,5		18,4
Lincomicina 500 mg, cápsula x 12	17,8			7,1						10,2
Naproxeno 550 mg, comp. x 10	10,0				1,9	16,1	3,7			
Sulfametoxazol, comprimido x 20	9,4		5,5	6,8						4,3

1/ Considera una homogenización de presentaciones de medicinas.
Fuente: Revista *K@iros* para países de América Latina y consultas en los casos de Francia, España y Estados Unidos. Agosto 2002.



6. Evaluación de medidas

Frente a la problemática de los altos precios de las medicinas, los países han aplicado una serie de medidas con el objeto de reducirlos. Entre estas medidas se encuentran la conformación de listas de medicamentos esenciales, el control de precios, así como el aumento de la oferta a través de la promoción de los productos genéricos.

6.1. Conformación de listas

Consiste en seleccionar un grupo de medicamentos no sólo con criterios clínicos sino económicos, los que deben de satisfacer los requerimientos medicinales de la mayor parte de la población. Se espera que estos productos se distribuyan en los hospitales públicos o en los hospitales de la seguridad social.

La lista de medicamentos esenciales promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) está conformada mayoritariamente por medicinas con patente vencida y que son de dominio público, lo que tiene la ventaja de desalentar la introducción de productos nuevos con escaso aporte terapéutico y de mayor precio.

En el Perú se aplica programas de medicamentos esenciales, pero en forma restringida. A este respecto, expertos en el tema indican que aproximadamente el 22 por ciento de los medicamentos esenciales incluidos en el Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales no se encuentra disponible en el mercado.

6.2. Control de precios

Esta medida consiste en fijar los precios de las medicinas, teniendo como referencia el costo de productos similares o el precio registrado en otros países. La experiencia en otros países indica que los problemas de información entre el regulador y el regulado no han permitido asegurar que el precio sea equitativo tanto para el consumidor como para el fabricante.

La política seguida por el productor ante el control de precios ha sido generalmente la de incentivar un mayor consumo del producto para ganar por volumen, lo que va en contra del uso racional de los medicamentos. Los laboratorios también han optado por la introducción de productos nuevos para superar el control, lo que no necesariamente implica una mejora en términos terapéuticos. A este respecto, algunos especialistas señalan que si se incorporan al mercado fármacos genéricos, de producción local e importados, bajo un concepto básico de calidad, no habría razón para que exista control de precios.

Otra opción al control de precios ha sido la de fijar un límite máximo para la tasa de retorno por ventas de la industria. Este sistema se ha aplicado en Inglaterra en el sistema de salud pública, que en dicho país constituye el principal mercado para los productos farmacéuticos. Si bien la medida ha permitido un menor costo de las medicinas, entre sus desventajas se señala la mayor concentración de la industria.



Recuadro 2

Proyecto de Ley General de Medicamentos Ley N° 2882

En el Perú se cuenta con una propuesta de control de precios contenida en el proyecto de Ley General de Medicamentos. Entre sus principales planteamientos se encuentran:

- La conformación de un Consejo Nacional de Medicamentos, Insumos y Drogas (CONAMID), que se constituirá en el ente regulador del sector, con atribuciones e independencia mayores que la actual DIGEMID y que tendrá injerencia en la producción, importación, comercialización y distribución de los medicamentos;

- El CONAMID intervendrá en la supervisión y regulación de los precios de los medicamentos y sus insumos y materias primas. Para tal efecto designará una comisión técnica especial que fijará los precios máximos de venta al público, mediante la elaboración y difusión de listas de referencia de precios máximos de medicamentos de marca y medicamentos genéricos (Artículo N° 38). Con esta finalidad, en el Artículo N° 39 se señala que el CONAMID reunirá información sobre los costos de producción, precios de las materias primas y precios de los medicamentos en otros países. También se determinará los márgenes de ganancia de los diferentes participantes en el proceso de elaboración y distribución de los productos farmacéuticos.

Este proyecto ha sido objetado por el Indecopi -Informe N° 048-2002/GEE de julio de 2002-, que señala que la fijación administrativa de precios, del valor de insumos y materias primas y de márgenes de ganancias contraviene los principios de libre competencia y contratación, consagrados en la Constitución. Bajo el actual ordenamiento jurídico, le compete al Estado sancionar el abuso de posiciones dominantes, las prácticas restrictivas de la libre competencia y la competencia desleal.

Indecopi realiza importantes objeciones sobre las dificultades prácticas para aplicar una medida de control de precios. Señala que los márgenes de ganancia, al igual que los precios, constituyen variables que controlan las empresas, con la diferencia que, mientras los segundos son públicos, los primeros no son directamente observables. La aplicación de un sistema como el descrito, exigiría contar con mecanismos de control y auditoría contable, que difícilmente tiene el Estado o, en todo caso, generará elevados costos de fiscalización y supervisión.

También menciona que las condiciones de oferta y demanda suelen ser cambiantes, por lo que existe el riesgo que el Estado sobrevalúe o subvalúe un producto o servicio, lo que distorsionaría la asignación de recursos y puede dar lugar a mercados negros y contrabando. La fijación administrativa de precios también puede ser altamente discrecional y favorecer a determinados agentes que intervienen en el mercado.

6.3. Sustitución de productos de marca por genéricos

La sustitución del producto de marca por uno genérico -fármaco con el mismo *principio activo*- o por medicamentos con similar utilidad terapéutica, permite que el consumidor enfrente mayores opciones a precios significativamente inferiores.

A este respecto, destaca el caso de Estados Unidos, país que registra una disminución de precios de los medicamentos en los últimos años debido a la introducción de productos genéricos en el mercado. Desde 1984, para autorizar su venta, sólo debe probarse que el medicamento genérico contiene el mismo *principio activo* que el de marca y que cumple con buenas prácticas de manufactura.



En el caso de ese país, se permite la sustitución entre medicamentos por parte del farmacéutico. El Centro para la Evaluación e Investigación de Fármacos (CDER, por sus siglas en inglés) es el organismo encargado de garantizar que los medicamentos genéricos sean seguros, eficaces y *bioequivalentes* con el producto de referencia, y de asegurar que estén al alcance de la población.

Recuadro 3

Precios de Medicamentos en Estados Unidos

En forma referencial, de acuerdo a información del Bureau of Labor Statistics de Estados Unidos, el incremento de precios de las medicinas de marca es mayor que el incremento de precios al consumidor, habiéndose ampliado dicha diferencia en el transcurso del tiempo. Por su parte, los precios de las medicinas genéricas han aumentado en un monto menor que el nivel de precios promedio de bienes y servicios.



El aumento de los precios de medicamentos de marca se ha atribuido a los gastos de promoción y publicidad por parte de la industria farmacéutica, desde que se permitió la publicidad directa de estos productos.

Por su parte, en los países miembros de la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE) durante el período 1996-1997, la participación promedio de los genéricos en el valor total de medicamentos fue 11 por ciento. La mayor participación se registró en Alemania (39 por ciento), Dinamarca (38 por ciento) y Finlandia (32 por ciento), mientras que las más bajas se reportaron en Portugal (3 por ciento), Italia (3 por ciento), Francia (2 por ciento) y España (insignificante). Cabe mencionar que en España y Portugal los productos de marca falsificada presentaron una elevada participación⁹.

Entre las políticas que contribuyeron a aumentar la demanda por genéricos se menciona: i) la falta de incentivos financieros a los médicos para recetar productos de marca y la retribución financiera por disminuir el gasto en medicinas, como ocurre con los médicos en los hospitales públicos, o en los sistemas de seguros de salud públicos; ii) la autorización para la sustitución de medicamentos de marca por genéricos; iii) la libertad de elección de los consumidores.

⁹ Fuera de Europa, la participación más alta de medicamentos genéricos se captó en Canadá (15 por ciento), mientras que en Estados UNIDOS alcanzó 11 por ciento.



El precio de los genéricos fue controlado en 16 países, a través de los sistemas de seguros de salud, que fijaron un precio de reembolso por debajo del precio del producto original. Por ejemplo, en Estados Unidos con el fin de reducir sus costos, la política seguida por los seguros privados ha sido incentivar el uso de medicamentos genéricos, fijando el valor de reembolso al del precio más barato de los medicamentos comparables.

La experiencia internacional indica que los cambios en la prescripción médica de medicamentos de marca a genéricos puede lograrse mejorando la información proporcionada a los médicos a través de cartillas o cursos de capacitación y con incentivos económicos -por ejemplo, en los seguros de salud se puede premiar al médico que disminuya el costo de las aseguradoras-. En los sistemas de seguro público, el reembolso al asegurado se realiza con base al medicamento más barato de un grupo de productos similares; ello implica proporcionar información al consumidor sobre listas de medicamentos, lo que también contribuirá a que haga un uso racional de los mismos.

En América Latina, destaca el caso de Chile, país que presenta los precios de fármacos más baratos del continente (Godoy, 1999). Dos características básicas del caso chileno son la presencia de una industria farmacéutica nacional predominante y el rol que cumplen los medicamentos genéricos, que representan cerca del 40 por ciento del mercado total. Cabe señalar que el precio promedio de los genéricos es 4 veces menor que el conjunto de medicamentos y que el farmacéutico tiene la capacidad para sustituir medicinas, encontrándose incentivado por el mayor margen de ganancia que ofrecen los genéricos.

En el caso de Perú, cabe relevar la propuesta de la Comisión Multisectorial creada mediante Resolución Suprema N° 196-2001-SA¹⁰, con el objetivo de diseñar una estrategia que facilitara el abastecimiento de medicinas y posibilitara una reducción de los precios de las medicinas esenciales para la salud humana.

La principal recomendación de la Comisión fue la de hacer cumplir la disposición que en las recetas se consigne el nombre genérico del medicamento. Para que esta medida fuese efectiva se le otorgaba a la DIGEMID la facultad de aplicar sanciones a los médicos. Por su parte, el Indecopi tendría la facultad de sancionar a las farmacias que no brindaran dicha información. Asimismo, se autorizaba a la DIGEMID y al INDECOPI a difundir listas comparativas de precios de productos farmacéuticos.

Otra propuesta importante fue la de dotar de mayores recursos a la DIGEMID para que pudiera cumplir de forma efectiva con su labor fiscalizadora; también se recomendó la aplicación de un sistema que permita realizar los estudios de biodisponibilidad y bioequivalencia necesarios.

6.4. Compras consolidadas

La compra en grandes volúmenes por parte del sector público, con base a una lista de medicamentos básicos y nombres genéricos, es una práctica usual para disminuir los precios de estos productos. Ello requiere de una correcta previsión de la demanda y del nivel de stock que se debe mantener.

En el Perú las compras centralizadas de medicamentos por parte del Ministerio de Salud y ESSALUD habrían contribuido a reducir los precios en el sector público. Otro hecho relevante es el acuerdo de los Ministros de Salud de la Comunidad Andina respecto a la compra conjunta de antirretrovirales.

¹⁰ La Comisión estuvo integrada por representantes del Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, Colegio Médico del Perú, Academia Nacional de Medicina, ALAFARPE, ADIFAN, Defensoría del Pueblo, Indecopi y Colegio de Químicos Farmacéuticos del Perú.



6.5. Licencias obligatorias e importaciones paralelas

Se consideran un medio para reducir los precios de los medicamentos y para incrementar la oferta local. La OMS, invocando el estado de emergencia sanitaria, ha apoyado el derecho de los países en desarrollo a fabricar o importar genéricos, aun cuando la patente no haya expirado.

Bajo el Acuerdo ADPIC de la OMC, el titular de la patente está obligado a explotar la invención patentada, en cualquier país miembro, bajo la forma de producción industrial del producto objeto de la patente, su importación o el uso integral del procedimiento patentado de forma suficiente para atender la demanda del mercado. De no darse esta explotación, se establece que cualquier persona puede solicitar una licencia obligatoria: se permite la manufactura y uso de medicamentos sin el consentimiento del titular de la patente.

La industria farmacéutica innovadora se ha opuesto a las licencias obligatorias aduciendo que configuran un clima de inseguridad para la inversión y la transferencia tecnológica, razón por la que sería preferible suprimirla o, en todo caso, que se otorguen sólo en casos excepcionales.

Las importaciones paralelas se refieren al caso que un agente, no autorizado por el productor del fármaco, importe este medicamento desde un país distinto de aquel donde fue fabricado. De esta forma, puede obtenerlo a un precio más bajo ya que las compañías farmacéuticas transnacionales fijan precios diferentes para un mismo producto según países¹¹. Los precios del mismo producto pueden variar de un país a otro debido a diversos factores, como las reglas de protección de la propiedad intelectual, nivel de ingresos y grado de competencia entre los productores.

En Perú, ADIFAN ha propuesto el establecimiento de las licencias obligatorias como un derecho del Estado en casos de emergencia nacional o de urgencia. Al respecto, se ha señalado que si bien la importación paralela puede ser beneficiosa al introducir más competencia, se debe tener cuidado de no importar fármacos que no tienen control de calidad. Debido a ello, se propone establecer la obligación por parte de las importadoras de presentar un certificado de Buenas Prácticas de Manufactura del laboratorio fabricante y que este documento sea emitido por la autoridad competente de su país.

¹¹ Consumer Project on Technology (1998) encontró los siguientes precios de la versión del Amoxil de SmithKline Beechman: Pakistán, US\$ 8; Canadá, US\$ 14; Italia, US\$ 16; Nueva Zelanda, US\$ 22; Filipinas, US\$ 29; Malasia, US\$ 36; Indonesia, US\$ 40; y Alemania, US\$ 60.



7. Conclusiones

1. En los últimos años, los precios de las medicinas en el mercado peruano, han registrado un continuo incremento, en particular los medicamentos de marca, superando en muchos casos el correspondiente a los mismos productos en otros países.
2. Las características imperfectas de este mercado han determinado en el ámbito internacional, la intervención por parte del Estado, la cual ha adoptado desde formas de políticas de difusión de listas de medicamentos, hasta el control directo de precios, no siempre con los resultados esperados. En el Perú los problemas pueden superarse mediante medidas que permite el actual marco normativo en este campo, como la obligatoriedad de escribir en la receta el nombre genérico del medicamento.
3. Entre las principales acciones que se deben contemplar se encuentra la de brindar información suficiente para que los agentes que actúan en el mercado adopten decisiones adecuadas. Ello implica una campaña de difusión de medicamentos genéricos y de sus precios -por ejemplo, a través de medios como hojas electrónicas en internet tal como lo ha propuesto Indecopi- y, en una perspectiva de mediano plazo, una mayor cobertura de seguros público o privado, lo que aseguraría una mayor información y el uso racional de medicamentos.
4. Corresponde al organismo regulador establecer los métodos de evaluación que aseguren la equivalencia farmacéutica y la equivalencia terapéutica, pero con especial cuidado de no introducir una barrera técnica adicional para el acceso del medicamento genérico al mercado. Esto último requiere el aporte de los especialistas en temas como la intercambiabilidad, entre medicamentos de marca y genéricos, la relación farmacocinética y farmacodinámica de los productos, los criterios de bioequivalencia, y en general sobre las pruebas requeridas para cumplir con el objetivo de calidad y eficacia terapéutica de los medicamentos.
5. A nivel mundial la importancia de fomentar la investigación orientada al desarrollo de nuevos medicamentos a través de la aplicación del sistema de patentes se enfrenta a la evidencia de que un gran porcentaje de la población que requiere justamente de esos medicamentos no está en capacidad de adquirirlos. La tendencia creciente de los precios de las medicinas ha llevado incluso a plantear la interrogante sobre la capacidad futura de los sistemas de seguros, incluso privados, de cubrir costos cada vez mayores de reembolso por concepto de medicamentos. El escaso acceso los medicamentos no sería por lo tanto sólo un problema de baja capacidad adquisitiva de la población, sino de precios elevados. Contener los precios a través de una mayor competencia sin afectar la innovación constituye el reto actual de la política de medicamentos.



8. Bibliografía

Acción Internacional para la Salud (1999), Boletín AIS-LAC.

Acción Internacional para la Salud (2001), Boletín AIS-LAC.

Acción Internacional para la Salud, Documento (2001), AIS-LAC: Genéricos e intercambiabilidad.

Acción Internacional para la Salud (2002), Boletín AIS-LAC.

Azparren, Ana (2000), Promoción de medicamentos, Revista Bit.

Consejo Internacional de Organizaciones con Servicio en SIDA (ICASO) (1999), Licencias obligatorias e importaciones paralelas.

Correa Salde, Viviana; Uema, Sonia y Solá, Nancy (2002), Información activa sobre medicamentos. Los medicamentos genéricos ¿qué necesitamos saber?, Boletín Fármacos, Volumen 5, Número 2.

Cortez, Rafael (Editor) (2002), Salud, equidad y pobreza en el Perú: Teoría y nuevas evidencias, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

Godoy Garraza, Lucas (2001), Contención de costos en medicamentos. La experiencia internacional y el caso chileno, Universidad de Chile, Magister en Gestión y Políticas Públicas, Estudio de caso N° 59.

González García, Ginés (1999), El mercado de medicamentos en la Argentina, Fundación ISALUD, Estudios de la Economía Real N° 13.

Indecopi (2002), Compras estatales y competencia en el mercado de productos farmacéuticos, Documento de Discusión N° 05-2002/GEE, Gerencia de Estudios Económicos.

Indecopi (2001), Informe N° 033-2001/GEE .

Indecopi (1999), Resolución N° 0084-999/TDC-INDECOPI .

National Economic Research Associates (1998), Policy relating to generic medicines in The OECD.

OPS/OMS (2002), Análisis de la situación Perú, Programa Especial de Análisis de Salud.

Queijo, Virginia (2000), La industria farmacéutica en el Uruguay.

Semana Económica (2001), La industria farmacéutica. Año 17, N° 793, Lima.

Tobar, Federico (2002), Acceso a los medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas. En Boletín Fármacos, volumen 5.

Vargas Girón, Manuel (2002), “Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú” en “La salud peruana en el siglo XXI: Retos y propuestas de política” Consorcio de Investigación Económica y Social.



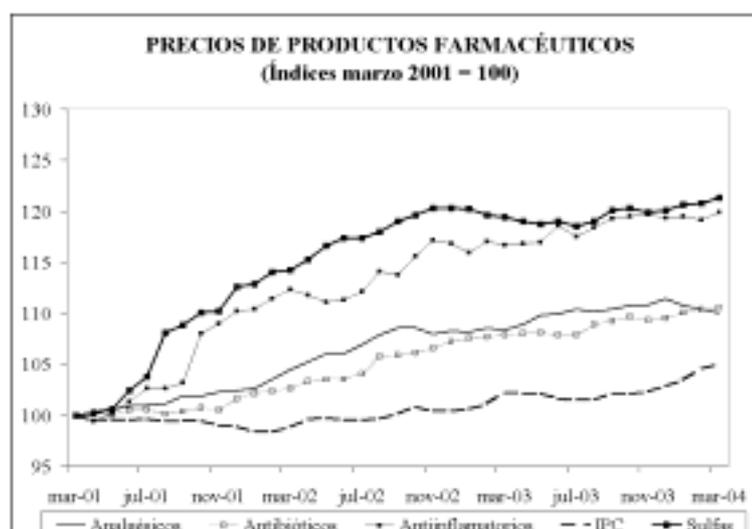
ANEXO 1

**IPC, PRECIOS DE BIENES INDUSTRIALES Y DE MEDICINAS
(Variación porcentual anual)**

	IPC	Bienes industriales	Medicinas
1996	11,8	8,0	17,1
1997	6,5	6,4	12,1
1998	6,0	7,3	9,5
1999	3,7	2,7	14,1
2000	3,7	2,7	6,5
2001	-0,1	0,7	5,1
2002	1,5	1,8	3,6
2003	2,5	0,3	1,7
2004 1/	3,2	2,7	3,3

1/ Enero-agosto

Fuente: INEI





ANEXO 2 PRECIOS DE MEDICINAS (En nuevos soles)													
Clase Terapéutica	Ingredientes Activo		Presentación		mar-00	mar-01	dic-01	mar-02	dic-02	mar-03	dic-03	mar-04	
Analgésicos	Metamizol sódico +Dipirone	marca	1g. Iny. Amp x 2 ml	FPB	5,32	6,26	6,26	7,26	8,05	9,35	10,38	10,38	
		genérico	1g/2 ml Amp x 25	FPB	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	102,56	102,56	102,56	102,56	
	Paracetamol	marca	tab*100	FPB	30,15	34,00	33,99	33,99	36,87	39,75	40,89	40,89	
		genérico	500 mg. Tab x 100	FPB	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	20,90	21,30	21,30	21,30	
	Ácido Acetilsalicílico	marca	500 mg tab x 100	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	15,84	15,84	17,40	17,40	
		genérico	500 mg tab x 100	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	5,79	5,79	5,79	5,79	
	Ketorolac	marca	10mg. Tab x 10	FPB	36,10	30,13	30,91	30,91	40,91	40,90	44,37	44,37	
		genérico	10 mg tab x 200	FPB	s.i.	292,60	292,60	319,20	335,16	335,16	335,16	335,16	
	Anticídicos	Hidróxido de aluminio+hidróxido magnesio+dietilicona	marca	tab x 145	FPB	113,30	120,84	121,63	122,41	123,03	123,64	124,69	124,69
			genérico	200 mg tab x 30	FPB	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	24,36	26,57	29,23	29,23
Rambidina		marca	150 mg comp x 50	FPB	91,48	96,97	96,97	96,97	98,87	98,87	99,71	99,71	
		genérico	150 mg tab x 100	FPB	s.i.	64,35	64,35	64,35	64,35	64,35	64,35	64,35	
Simeticona		marca	80 mg/ 1ml. Gotas x 15 ml	PVF	s.i.	10,38	10,38	10,38	10,49	10,60	11,09	11,09	
		genérico	80 mg/ 1ml. Gotas x 15 ml	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	14,88	14,88	
		genérico	40 mg/0,6 ml. gotas x 15 ml	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	5,78	5,78	5,78	5,83	
Antibióticos		Amoxicilina	marca	500 mg cap x 100	PVF	143,07	155,65	165,06	173,31	181,07	183,63	183,63	183,63
			genérico	500 mg cap x 100	PVF	s.i.	73,93	74,51	74,51	74,51	74,51	75,14	75,14
	Eritromicina	marca	500 mg tab x 100	FPB	282,60	324,02	340,42	340,42	366,88	393,18	396,51	396,51	
		genérico	500 mg tab x 50	FPB	96,52	101,35	101,35	101,35	101,35	106,35	101,35	101,35	
	Doxiciclina	marca	500 mg. Caps x100	PVF	216,46	233,20	185,92	191,51	199,23	206,20	202,91	202,91	
		genérico	500 mg caps x 60	PVF	s.i.	39,50	39,50	39,50	39,50	39,50	39,50	39,50	
	Ceftriaxona	marca	1000 mg vial x 1	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	112,23	112,23	113,18	113,18	
		genérico	1000 mg IV Iny amp x 1	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	44,84	44,84	44,84	44,84	
	Antibacterianos	Furazolidona	marca	50 mg/15 ml susp. X 120 ml	FPB	30,50	30,50	31,72	31,72	32,36	33,00	37,32	37,60
			genérico	50 mg/15 ml susp. X 120 ml	FPB	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	5,89	11,77	11,77	11,77
	Antiinflamatorios	Ibuprofeno	marca	400 mg. grageas x 30	FPB	59,64	59,64	61,48	61,48	67,70	69,67	69,67	70,26
			genérico	400 mg tab x 30	FPB	15,23	15,23	16,52	16,29	16,88	17,12	17,26	18,14
genérico			400 mg tab x 100	FPB	39,24	41,23	41,23	41,23	41,23	41,23	41,23	41,23	
genérico			400 mg tab x 100	FPB	42,00	42,00	42,00	42,00	42,65	43,30	43,30	43,30	
Naproxeno		marca	550 mg tab x 100	PVF	s.i.	231,01	254,84	254,84	254,84	254,84	257,80	257,80	
		genérico	500 mg tab x 30	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	15,77	16,07	16,07	16,07	
		genérico	550 mg tab x 100	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	93,10	93,10	93,10	93,10	
		genérico	550 mg tab x 100	PVF	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	93,10	93,10	93,10	93,10	



**ANEXO 2
PRECIOS DE MEDICINAS
(En nuevos soles)**

Clase Terapéutica	Ingredientes Activo	Presentación	mar-00	mar-01	dic-01	mar-02	dic-02	mar-03	dic-03	mar-04		
Antiespasmódicos	Rofecoxib	marca	25 mg caja tab x 14	FFS	69,47	70,85	70,85	74,19	76,06	77,92	77,92	77,92
		genérico	25 mg caja tab x 10	FFS	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	39,30	39,30
	Celecoxib	marca	200 mg cap x 10	FFS	40,54	54,40	54,37	54,37	54,37	54,36	54,36	54,32
		genérico	200 mg cap x 60	FFS	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	240,12	242,15	242,15
Corticoides	Dexametazona	marca	4 mg/iny amp. X 2 ml	FFS	8,31	10,31	10,31	11,15	13,47	14,12	15,33	15,33
		genérico	4mg / 2 ml amp x 25	FFS	86,31	86,31	86,32	86,32	86,32	86,32	87,85	87,85
	Prednisona	marca	5 mg tab x 30	FFS	30,87	33,94	35,66	39,22	39,22	39,22	39,22	39,22
		genérico	5 mg tab x 100	FFS	24,80	24,80	24,80	24,80	24,80	24,80	25,81	25,81
Expectorantes mucolíticos	Bromhexina	marca	jarabe x 100 ml	FFS	28,60	30,04	30,04	33,04	34,74	36,43	36,73	36,73
		genérico	jarabe x 100 ml	FFS	7,06	7,06	7,06	7,06	7,06	7,06	7,06	7,06
	Ambroxol	marca	30 mg/ibe x 100 ml	FFS	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	51,46	51,46	51,90	51,90
		genérico	30 mg / 5 ml/ibe. X 120 ml	FFS	14,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00
Hipotensores	Captopril	marca	25 mg blát. Tab x 100	FFS	315,15	324,61	334,34	334,34	338,36	344,37	357,71	357,71
		genérico	25 mg tab x 100	FFS	38,52	38,52	38,52	65,17	68,40	68,40	68,40	68,43
	Enalapril	marca	5 mg tab x 40	FFS	66,25	73,04	76,81	82,34	82,68	83,01	85,51	85,51
		genérico	5 mg tab x 50	FFS	26,80	31,30	31,30	31,30	31,30	31,30	31,30	31,30
Tranquilizantes	Diazepam	marca	10 mg tab x 100	PVF	43,36	43,36	43,36	43,36	43,38	43,40	46,41	46,41
		genérico	10 mg tab x 20	PVF	5,24	5,24	5,24	5,24	5,24	5,24	5,24	5,24
	Bromazepam	marca	3 mg comp x 30	PVF	s.i.	90,11	107,52	120,42	144,23	151,90	172,12	172,12
		genérico										
Alprazolam	marca	0,5 mg tab x 100	FFS	273,33	295,19	309,94	309,94	351,16	361,39	361,39	364,45	
	genérico	0,5 mg tab x 100	FFS	70,62	70,62	77,69	77,69	77,69	77,69	78,34	78,34	
Sulfos, antibacterianos y antiparasitarios	Sulfametoxazol + trimetoprima	marca	7be x 60 ml	PVF	30,22	21,24	25,93	27,22	30,75	31,50	31,77	31,77
		genérico	5 sup. X 60 ml	PVF	s.i.	6,88	6,88	6,88	7,05	7,22	7,28	7,28
	Nofloxacina	marca	400 mg tab x 14	FFS	s.i.	s.i.	s.i.	s.i.	91,90	92,79	97,42	97,42
		genérico	400 mg tab x 14	FFS	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00	17,00
Fluconazol	marca	150 mg cap x 1	FFS	61,73	61,73	61,73	61,73	63,82	65,90	66,86	66,83	
	genérico	150 mg tab x 1	FFS	25,27	25,27	25,27	25,27	25,27	25,27	25,48	25,48	
Antiasmáticos	Salbutamol	marca	4 mg tab x 30	PVF	14,53	16,71	18,82	18,82	20,26	20,26	20,43	20,43
		genérico	4 mg tab x 20	PVF	3,40	3,30	3,30	3,30	3,55	3,40	3,40	3,40

Fuente: Revista K@rta.

s.i. = Sin información. No aparece el registro del producto

FFS = Precio sugerido al público

PVF = Precio de venta a las farmacias.