



**Análisis desde el Punto de Vista de la Defensa de la Competencia de los
Mercados de Medicamentos para el tratamiento de las Enfermedades
Cardiovasculares, Respiratorias y Gastrointestinales en El Salvador**

INFORME DE RESULTADOS

Jorge Bogo

Consultor

UNCTAD/COMPAL

Las opiniones emitidas en el presente informe son propias del autor y no reflejan la opinión de la Secretaría de la Conferencia de Naciones Unidas sobre Comercio y Desarrollo (UNCTAD por siglas en Inglés) ni de la Superintendencia de Competencia de El Salvador.

RESUMEN EJECUTIVO

1. El presente estudio continúa otro precedente, realizado por el consultor nacional Marlon Jeréz Portillo, con el financiamiento de COMPAL, que enfocó su análisis en las características de la industria de medicamentos y en las condiciones en que se desarrollaba la competencia.
2. El principal interrogante que debía responder esta segunda instancia de análisis, era el referido al grado de competencia prevaleciente en tres mercados representativos de la industria de medicamentos. Para ello se procedió de la manera y con los resultados que se sintetizan a continuación.
 - a. Los mercados y la información correspondiente a sus características, se seleccionaron en función de su relevancia para el análisis del grado de competencia existente, siguiendo la metodología usual de incluir productos que no son idénticos, si no similares.
 - b. Los valores de los índices de concentración y de rivalidad fueron característicamente los atribuibles a mercados desconcentrados y activamente competidos. Finalmente, el análisis cualitativo y el cuantitativo permitieron descartar también la existencia de posicionamientos dominantes.
 - c. Los precios fueron seguidamente analizados de manera homogénea, en base al precio medio del principio activo contenido en las marcas originales y en los dos tipos de genéricos considerados. Las diferencias entre esas categorías fueron las propias de una activa competencia de precios, lo cual ratificó el punto anterior.
3. Sin embargo, en varios de los informes de tecnólogos y en algunas entrevistas importantes sostenidas en el curso del análisis, se detectaron otros factores que son detrimentales de la eficiencia, de los que sobresalen dos:
 - a. El primero se refiere a la magnitud de las diferencias de precios que hay entre las tres categorías de productos. Si bien evidencian que la oferta está tan diversificada como para que la libertad de elección no sea una cuestión abstracta, ponen de relieve que no existiendo restricciones artificiales a su ejercicio, los precios expresan la disposición de médicos y pacientes a pagar por las diferencias de calidad terapéutica que perciben en los productos.
 - b. El segundo es la falta de escala que se manifiesta más agudamente en una franja marginal de empresas que no representa según estimaciones privadas, más del 30% del mercado doméstico y del 10% del de exportación.
4. La falla no estaría entonces en la importancia de un poder de mercado creado por un déficit de competencia, y ésta a su vez, no residiría en la demanda, sino fundamentalmente en la oferta.
5. Las propuestas que cierran este trabajo, adquieren unidad al encuadrarlas en un objetivo estratégico de mejorar la capacidad disciplinante de las fuerzas del mercado. Asumimos para ello el presupuesto que la implementación del CAFTA-DR podría ser una ocasión para restablecer capacidad operativa, a los instrumentos contemplados en el TRIPS para remediar posibles desequilibrios de oferta.

Factores de contexto.

1.1. Médico sanitarios.

1.1.1. *Incidencia de las enfermedades involucradas.*

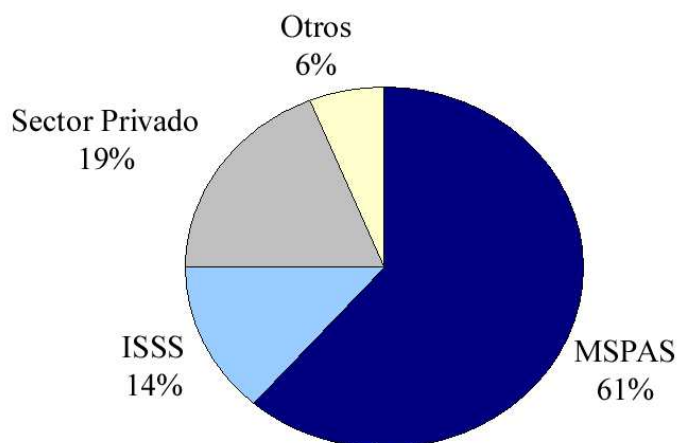
Desde el punto de vista económico, los medicamentos constituyen una demanda derivada del tratamiento de las diferentes enfermedades de modo que, para contextualizar los mercados a estudiar, es necesario remitirse en primer lugar al terreno médico-sanitario.

Durante el año 2005¹, según las cifras de la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM) que publica la Dirección General de Estadísticas y Censos de El Salvador (DYGESTIC), la población salvadoreña que reportó haber tenido alguna enfermedad o accidente asciende a 931,118 personas representando el 13.6% de la población total del país², de las cuales el 96.0% fue por enfermedad, y el resto por accidente o lesiones causadas por hechos delictivos.

De la población que fue afectada por algún problema de salud, el 53.7% buscó ayuda a través de diferentes consultas, a personas particulares o instituciones públicas y privadas de salud; en tanto que el 46.3% restante se automedicó o no consultó con nadie.

Asimismo, en el siguiente gráfico que muestra la distribución porcentual de la población que asistió a consulta según el tipo de establecimiento en el que fue atendido, se puede observar la importancia del Sector Público en la atención de la salud salvadoreña que, a través de sus distintos órganos, atiende al 75% de la población que solicita cuidado médico.

GRAFICO 1
Población que Enfermó, según Lugar Donde Asistió a Consulta
EHPM - 2005



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección General de Estadísticas y Censos.

En cuanto a la morbilidad y la mortalidad que afecta a la población salvadoreña, no se conocen cifras exhaustivas. Sin embargo, el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

¹ Se tomó la EHPM del 2005 en razón de que las estadísticas sanitarias llegan hasta esa fecha .

² Se incluyen aquellas personas que efectivamente se enfermaron y los que presentaron algún síntoma, según la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM).

(MSPAS) de El Salvador publica las principales causas de morbilidad en las consultas ambulatorias correspondientes a sus establecimientos dependientes y, complementariamente, las principales causas de mortalidad hospitalaria.

Si bien estos registros cubren parcialmente a los casos de morbilidad y mortalidad que pueden ocurrir en el país, son la mejor información disponible para identificar los problemas sanitarios que enfrenta toda la población. Esta información sirve a su vez de base para estimar los requerimientos de medicamentos que pueden estar involucrados en los diferentes tratamientos.

En lo referido a las principales causas de morbilidad antes mencionadas, predominan las afecciones al sistema respiratorio, que en sus distintas manifestaciones comprenden casi el 28% del total de consultas realizadas. En segundo lugar, se engloban las consultas asociadas a las vías digestivas, que agregadamente acumula poco más del 10% de las consultas.

CUADRO 1
Primeras Diez causas más frecuentes de Morbilidad atendidas en Consulta Ambulatoria y Mortalidad Hospitalaria, de los Establecimientos del MSPAS.
Enero-Diciembre de 2005

Causa de Morbilidad	Total de Consultas primera vez	% del total de consultas
1 Infecciones de las vías respiratorias superiores	1,859,791	25.7%
2 Infecciones en vías urinarias	330,581	4.6%
3 Parasitismo intestinal	319,303	4.4%
4 Diarrea y Gastroenteritis presunto origen infeccioso	285,663	3.9%
5 Enfermedades del estómago y el duodeno	144,298	2.0%
6 Bronquitis y Bronquiolitis aguda	141,651	2.0%
7 Micosis	137,286	1.9%
8 Migraña y cefalea tensional	137,116	1.9%
9 Traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo	132,269	1.8%
10 Trastornos no inflamatorios de los órganos genitales femeninos	131,991	1.8%
Subtotal de Consultas	3,619,949	50.0%
Las demás causas	3,625,955	50.0%
Total de Consultas	7,245,904	100.0%

FUENTE: Sistema de Morbi-Mortalidad en línea MSPAS.

Población para calcular tasa total de incidencia por causa es:

5,589,315

Por otra parte, entre las causales de mortalidad se destacan las enfermedades cardiovasculares, que en sus distintas manifestaciones representaron casi el 19% de las muertes hospitalarias.

CUADRO 2
Primeras Diez causas de Muertes Hospitalarias, de los Establecimientos del MSPAS
Enero- Diciembre de 2005

Causa de Muerte	Total		% del Total de Muertes
	Muertes	Egresos	
1 Traumatismos que afectan diferentes regiones del cuerpo	1,117	26,696	12.64
2 Tumores malignos en diferentes sitios anatómicos	641	11,441	7.25
3 Enfermedades cerebrovasculares	608	2,193	6.88
4 Enfermedades del sistema circulatorio	582	9,973	6.59
5 Neumonía y bronconeumonía	551	18,969	6.24
6 Afecciones originadas en el período perinatal	516	19,934	5.84
7 Enfermedades del sistema digestivo	471	27,409	5.33
8 Enfermedades isquémicas del corazón	465	2,682	5.26
9 Insuficiencia renal	462	4,447	5.23
10 Septicemia	403	649	4.56
Sub-Total	5,816	124,393	66
Las demás causas	3,021	217,796	34
Total	8,837	342,189	100

Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad en línea MSPAS.

De estos registros se desprende la importancia que tienen los medicamentos dedicados al tratamiento de las enfermedades de las vías respiratorias, del sistema digestivo y del cardiovascular, ya que corresponden a un conjunto de enfermedades que representan más de la mitad de las consultas ambulatorias y más del 20% de los decesos en los hospitales públicos.

1.1.2. Marco normativo e institucional de la producción, importación y venta de medicamentos.

En El Salvador, al igual que en todos los países organizados, es potestad del Estado el registro, la regulación y el control de los medicamentos. A esos efectos el Estado, a través de sus diferentes instituciones cumple las siguientes funciones, que Wertheiner y Vernengo³ definieran como fundamentales para cualquier programa de control de medicamentos:

CUADRO 3 **Actividades de regulación y de control de los medicamentos**

1. La Evaluación de la inocuidad y eficacia de los medicamentos antes de su entrada al mercado.
2. El Registro de los productos farmacéuticos para su comercialización.
3. La inspección de fábricas y el control de calidad de los productos comercializados.
4. La vigilancia de las actividades promocionales y de publicidad del texto de rótulos y prospectos.
5. La vigilancia farmacológica de los medicamentos durante su comercialización.
6. La vigilancia de la observancia y la aplicación de la legislación y sus reglamentos.

³ Ver Wertheiner, A. y Vernengo, M (1989).

Al más alto nivel, la Constitución, y su legislación de aplicación, establecen la obligación del Estado de prestar y regular los servicios de salud a través de la supervisión del Consejo Superior de Salud Pública (el Consejo Superior, en adelante) y la de proveer los recursos para el control de la calidad de los medicamentos. Asimismo, la Constitución establece la creación de organismos legales vinculados, formados por académicos de cada profesión, que vigilan el ejercicio profesional relacionado de un modo inmediato con la salud, antecedente de las Juntas de Vigilancia.

En otro nivel, el Código de Salud establece la obligación de los registros, procedimientos y requisitos referidos a los medicamentos y la autoridad confiada al Consejo Superior antes mencionado, quien debe regular todo lo atinente a la producción, importación y comercialización de los medicamentos.

Asimismo, está vigente desde 1927 la Ley de Farmacias, regulatoria de las actividades de distribución y comercialización de medicamentos. Esta ley, establece la creación de la Junta de Química y Farmacia que tiene por objeto regular y vigilar las droguerías, farmacias, laboratorios químicos o farmacéuticos, herboristerías y ventas de medicinas, así como el ejercicio profesional de esta profesión.

De manera supletoria, se sancionó en 2003 la Ley del Consejo Superior de Salud Pública y de las Juntas de Vigilancia de las Profesiones de Salud que estableció el registro de profesionales y la vigilancia de las actividades de droguerías, laboratorios y farmacias, así como el funcionamiento de hospitales y clínicas y otras dependencias que asisten la salud pública.

También está vigente la Ley de Servicios Médicos y Hospitalarios para el Magisterio que incluye la prestación de medicamentos para los maestros. Así mismo, existe un servicio paralelo de medicina que depende del Ministerio de Defensa y es el encargado de brindar servicios de salud a los militares y sus familiares.

Por otra parte están las leyes de Propiedad Intelectual y la de Marcas y otros Signos Distintivos. La primera establece, entre otras disposiciones, un plazo máximo de veinte años improrrogables de duración de las patentes a partir de la solicitud al Registro de Comercio, incluidas las correspondientes a los medicamentos. La segunda regula la adquisición y licencias de marcas.

La Ley de Adquisiciones y Contrataciones de la Administración Pública determina los procedimientos que deben seguirse para la adquisición de medicamentos por parte del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y el Instituto Salvadoreño del Seguro Social. Finalmente están las disposiciones y acuerdos internacionales con implicaciones para el mercado de medicamentos entre los que se encuentran: a) el Acuerdo Centroamericano sobre el Reconocimiento de Registros Sanitarios de Medicamentos, de reconocimiento común de medicamentos entre Nicaragua, El Salvador y Honduras; b) la Organización Mundial del Comercio con las negociaciones en la Ronda de Doha sobre acuerdos de propiedad intelectual y compras del sector público de medicamentos; c) los acuerdos de libre comercio que han reducido los aranceles de importación de medicamentos a un 5% cuando provinieren de extrazona y a 0% cuando fueren de intrazona, e impuesto restricciones al registro de genéricos.

El marco normativo antes resumido presenta la característica distintiva mencionada, como es la centralización de la regulación y el control de la atención de la salud pública en un ente colegiado, el Consejo Superior de Salud Pública. Dirigido por un presidente y un secretario que no deben tener profesiones médicas y 3 concejales por cada gremio regulado, suma 23 personas con capacidad decisoria. Asimismo, el diseño institucional se completa con

las Juntas Profesionales⁴ que están formadas por 5 profesionales cada una (un presidente, un secretario y tres vocales).

A menos que un medicamento haya sido autorizado para su expendio en Nicaragua u Honduras, es el Consejo Superior, con la aprobación previa de la Junta Profesional Químico-Farmacéutica, el que, en última instancia, decide sobre la aprobación de los medicamentos para ser vendidos dentro de El Salvador.

El proceso administrativo que establece esta regulación para la inscripción de medicamentos, o la autorización de importaciones, se detalla a continuación.

- Presentación de la solicitud ante el Consejo Superior, junto con la documentación requerida.
- Evaluación de los aspectos legales de la documentación presentada por parte del departamento jurídico del Consejo Superior.
- Envío del expediente a la Junta de Vigilancia Químico-Farmacéutica.
- Envío de las muestras al Laboratorio de Análisis de la Junta de Vigilancia Químico-Farmacéutica.
- Elaboración del informe de la Junta de Vigilancia Químico-Farmacéutica, que incluye los resultados de los análisis realizados y la evaluación de la documentación y los informes remitidos.
- En caso de un informe favorable, el Consejo Superior remite el expediente a la Junta de Vigilancia Médica para su evaluación farmacológica (dosificación, indicaciones, precauciones, tipo de expendio, etc.).
- En base a las evaluaciones de las Juntas respectivas, el Consejo Superior expide la aprobación o rechazo del medicamento y emite el correspondiente certificado de registro.

Para conceder la autorización será necesario además, que un académico farmacéutico inscrito en el Consejo Superior, se obligue a responder profesionalmente por la calidad de cada producto registrado ante los organismos legales.

1.1.3. Grado de cumplimiento efectivo de las funciones asignadas.

Los vocablos siguientes serán utilizados para identificar a los documentos cuya opinión respecto a las normas regulatorias de la industria farmacéutica serán citados:

- **COMPAL** (Estudio sobre la Caracterización del Sector Medicamentos y sus Condiciones de Competencia).
- **Defensoría del Consumidor** (D del C en adelante) (“Estudio Comparativo Sobre el Precio de Venta al Público de los Medicamentos Esenciales en dos países de la región Centroamericana, El Salvador y Nicaragua y Revisión de las Normativas, Regulaciones y Aranceles que posee cada país sobre la materia”).

⁴ Las Juntas de Vigilancia existentes son las siguientes: Médica, Odontológica, Químico-Farmacéutica, Médico Veterinaria, Enfermería, Laboratorio Clínico y Psicología.

- **Colombia** (Análisis del Sector Farmacéutico de El Salvador, Proexport Colombia y Banco Interamericano de Desarrollo- Fondo Multilateral de Inversión (BID-FOMIN)).

El primer punto a tratar es el referido a la calidad del control de la elaboración de los productos farmacéuticos y a su efecto sobre el funcionamiento de los mercados. Esta facultad, que es otorgada al Consejo Superior por el artículo 14, inc. d) del Código de Salud, previo análisis y aprobación de instancias inferiores, mereció los siguientes juicios:

- El estudio financiado por COMPAL atribuye las percepciones de diferencias en la calidad de los medicamentos que tienen los consumidores, principalmente a la acción publicitaria de los laboratorios que, al diferenciar así artificialmente sus productos en base a las garantías de calidad de sus marcas, sientan las bases para elevar los precios. Cita como prueba al respecto al conocido caso de las aspirinas de Bayer, un producto maduro, de venta libre (OTC) y creador de una marca que llegó a identificarse en tal medida con el producto, que se convirtió en su denominación genérica⁵. El segundo elemento de juicio que aporta es una comparación de precios tomada de un estudio encargado por la Cámara de Comercio e Industria de El Salvador, en el que se comparan los precios de productos basados en un mismo principio activo, pero en forma no homogénea, ya que son precios que corresponden a distintas formas de administración y a distintos tamaños y calidades de envases⁶.

Una opinión más sociológica al respecto es la del informe colombiano, que se expresa del siguiente modo respecto de la demanda de atención médica. *“El consumidor salvadoreño, sigue en primer término la recomendación del dependiente de la farmacia para adquirir medicamentos, ya que usualmente no acuden al médico para tratar sus enfermedades, sino hasta que estas se complican.”* En este caso la D del C señala el incumplimiento de la previsión del inc. n) del mismo artículo 14, que al prohibir la publicidad engañosa, encara una fuente indirecta de información capaz de generar demandas.

Cabe finalmente destacar un incumplimiento de carácter no trivial, como es lo establecido en el mismo artículo 14 a fin de impulsar la penetración de genéricos. Se trata de la regulación que establece que cuando los productos son dispensados con receta médica, se exigirá que el facultativo incorpore en la receta el nombre genérico del producto junto al nombre comercial. En el informe de la D del C se dice que esa disposición es letra muerta y que: *“De hecho, médicos consultados argumentaron, por una parte, que el Consejo y las Juntas no hacen efectivo el cumplimiento de esta disposición y, por la otra, que no conocen casos concretos de imposición de sanciones”*.

Un comentario obligado al respecto es la enorme dificultad que hubiera debido vencerse para hacer efectiva esta norma, cuando falla la condición objetiva que hace posible su cumplimiento y existe una inercia cultural en la profesión médica, que requiere de tiempo para cambiar.

⁵ Ver COMPAL. (2007).pag. 33

⁶ Ver COMPAL. (2007).pag. 35 Cuadro N° 16.

1.2. Socio-políticos.

1.2.1. Antecedentes de resistencia de los médicos a recetar por principio activo y a subordinar a ellas la indicación de marcas.

Las entrevistas realizadas a médicos especialistas demostraron que hay una fuerte resistencia a recetar sobre bases distintas que las tradicionales que, si bien puede tener un fuerte componente cultural de inercia, tiene también al menos dos explicaciones racionales. La primera es la falta de garantías de la calidad de fabricación, y la otra está vinculada con la ética médica. Esta última resistencia se debe a que un régimen de libre elección por el paciente asesorado por el farmacéutico, implicaría delegar en terceros decisiones que, a su entender, sólo el médico responsable de la curación de un paciente puede tomar. Esto implicaría perder el control de la eficacia de un tratamiento debido a que no hay garantías suficientes de bioequivalencia de los medicamentos que son alternativas al de su primera elección ⁷.

El riesgo de efectos secundarios derivados de la sustitución de los medicamentos de primera elección del médico tratante no se limitan al período inmediato, ya que pueden existir efectos acumulativos no perceptibles en el corto plazo, sobre otros órganos no comprendidos en el cuadro presente. Este es el caso, entre otros, de efectos acumulativos adversos en los riñones, derivados del uso de antihipertensivos.

La prueba de bioequivalencia, que aparece reiteradamente como una cuestión central, consiste en la demostración de que el ingrediente activo es liberado y absorbido a la misma tasa en el caso del genérico que en el del medicamento original.

Parece probable, de acuerdo a lo manifestado por algunas de las fuentes entrevistadas, que algunos laboratorios farmacéuticos encarguen pruebas de bioequivalencia a laboratorios privados de otros países y hagan de esto una ventaja competitiva bien publicitada, lo cual aceleraría obviamente la penetración de los genéricos de marca y su efecto restrictivo sobre los precios de los laboratorios originales. Similar resultado se alcanzaría asociativamente.

1.2.2. Idem de farmacéuticos y restantes participantes del mercado.

No obstante que existe la obligación de que las farmacias tengan un farmacéutico profesional a tiempo completo y que los vendedores sean paulatinamente reemplazados por idóneos de farmacia, la impresión reinante entre los médicos es que esta función no se cumple. Falla así una de las piezas críticas para el funcionamiento de un mercado con mayor grado de sustituibilidad entre marcas.

2. Los mercados relevantes.

2.1. Determinación de los mercados que son relevantes para analizar los niveles de competencia.

Para medir el grado de concentración de la oferta, los productos comprendidos en la delimitación del mercado deben ser lo suficientemente substitutivos, como para que los consumidores tengan la opción de cambiar de proveedor ante aumentos de precios -o deterioros de la calidad- unilateralmente decididos. Obviamente, cuanto menores sean las posibilidades de cambio de proveedor, mayor será el poder de mercado de las empresas

⁷ Cabe aclarar en este punto, que la bioequivalencia de dos medicamentos se refiere a la magnitud y la velocidad con que el principio activo llega al sitio de acción. Esto se mide generalmente a través de los niveles en sangre (plasma) o de su excreción en la orina.

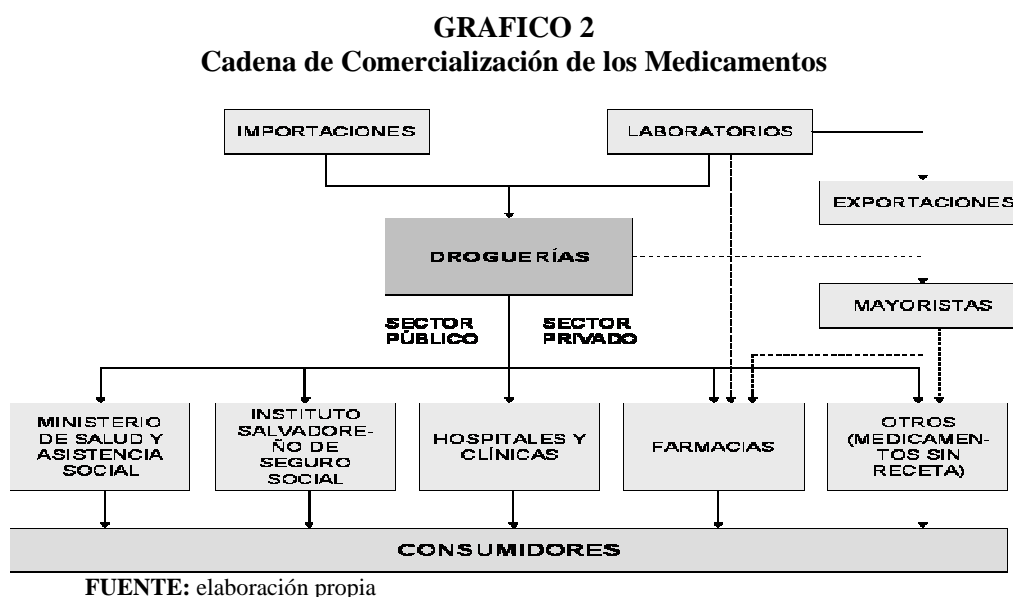
actuantes y mayor será también la importancia de las cuotas de mercado -o de la capacidad instalada- para expresarlo.

3. Características estructurales.

3.1. Mercados de la cadena de valor.

Esta denominación hace referencia a las etapas y las jurisdicciones por las que atraviesa un medicamento hasta llegar al consumidor. Desde el punto de vista del análisis de competencia, son mercados distintos e independientes unos de otros, sin que la posible especialización de algunas empresas cambie las cosas. El análisis no particulariza según sean los productos involucrados, por la simple razón de que los canales de distribución son en general comunes a todos los laboratorios e importadores.

El diagrama siguiente resume los eslabones de la cadena que va del laboratorio fabricante o importador hasta el consumidor final –en este caso paciente.



El primer comentario que motiva el cuadro es que la cadena de comercialización en El Salvador no difiere, en líneas generales, de su similar de otros países: un nivel de 1ª venta es seguido por el de 2ª, cuya principal función es tener un stock que, por su magnitud y surtido, disminuya la inmovilización de capital que deben hacer tanto fabricantes/importadores, como las farmacias. Para que esto sea posible, se requiere no sólo de un capital importante, sino también de una logística de distribución eficiente.

Los laboratorios inscritos en el Consejo Superior de Salud Pública (CSSP) eran 72 pero, la Asociación de Industriales Químicos Farmacéuticos de El Salvador (INQUIFAR) estimaba, a su vez, que sólo 45 de los establecimientos inscritos estuvieron en el 2005 activos, operando con un nivel estimado de ventas para ese año de US\$ 292 millones, de los cuales unos US\$ 80 millones fueron destinados a mercados de exportación y US\$ 210 millones dirigidos al mercado interno. De los 45 laboratorios, 17 concentran el 70% de las ventas en el mercado interno y 90% de las exportaciones. Estos 17 laboratorios son los que tienen mejor cumplimiento de las prácticas requeridas internacionalmente.

CUADRO 4
Ventas de Productos Medicinales
Año 2005

Calidad de laboratorios	En US\$ Millones			Ventas Unitarias
	Domésticas	Exportaciones	Totales	
45 Total activos	212	80	292	6.5
28 Baja	64	8	72	2.6
17 Alta	148	72	220	12.9

FUENTE: elaboración propia con base a INQUIFAR.

Si bien la primera impresión es de una fuerte concentración de las ventas en el conjunto de laboratorios de mayor tamaño, una segunda mirada dirigida esta vez a la última columna, pone de relieve la existencia de un problema de desequilibrio entre la demanda y la ocupación de capacidad instalada que determina un bajo nivel de productividad promedio.

En particular, hay un conjunto de establecimientos que están fuera de escala y cuyas ventas están dirigidas casi exclusivamente al mercado interno; que en alguno de los informes son calificados como “industrias de garaje”. Pero según uno de los informes, en algunas de las visitas del consultor a los establecimientos pudo comprobar que el problema de insuficiencia de la escala, se evidenciaba en la forma de una alta capacidad ociosa. En ambos casos es igualmente grave que se trate de establecimientos que fueron habilitados, luego de una evaluación en la que estuvieron manifiestamente ausentes los criterios económicos de escala mínima eficiente.

Al sólo efecto de tener un estándar (“benchmark”) contra el cual comparar los tamaños se reelaboró el cuadro 13 del informe financiado por COMPAL incorporando los datos de la industria farmacéutica argentina, los únicos disponibles gratuitamente, obteniéndose resultados cuya elocuencia exime de comentarios. Las dos columnas con datos se expresaron en porcentajes, para normalizar cifras muy dispares de laboratorios activos (45 y 150 respectivamente).⁸

CUADRO 5
Clasificación de los laboratorios por niveles de ventas

Niveles de venta en US\$	% Laboratorios	
	El Salvador *	Argentina**
0 > < 49,999	8,30	12,00
50,000 > < 999,999	37,80	18,70
1,000,000 > < 4,999,999	35,00	24,00
5,000,000 >	18,90	45,30
	100,00	100,00

FUENTE: elaboración propia en base a COMPAL y CEP.

NOTA: * 2003 ** 1996 (provisorios).

Complementariamente, la inversa del difundido indicador HHI, sirve al mismo propósito de señalar la existencia de un problema de escala y dar una idea aproximada de su magnitud. Este indicador estima el número de empresas del mismo tamaño que cabrían en un

⁸ UNIDO tiene una base de datos de industrias que permite calcular productividades y escalas de producción, pero no es de acceso libre.

mercado, siendo que la comparación con el número efectivamente presente en el mismo período da una idea de escala. En este caso se individualizaron las empresas nacionales como proxy de manufactureras y se estimaron los valores de facturación media anual, lo cual completa la idea de la existencia de un problema de marginalidad y falta de escala.

CUADRO 6
Indicadores de escalas económicas

Acumulado a agosto 2007/2006	1/HHI	N° empresas		Ventas
		Total	Nacionales	Nacionales Me.
Inhibidores de la bomba de protones	10	46	12	\$53,853
Inhibidores de la ECA	13	34	10	\$31,994
Mucolíticos	7	52	21	\$11,624

FUENTE: elaboración propia.

Una manera de cerrar este punto con una cita elocuente respecto a la heterogeneidad de su composición, es la del consultor Martínez Pérez-Canto ⁹

“Hay alrededor de veinte laboratorios (de los visitados hasta ahora) que podrían incorporar tecnología y calidad total. El resto, lamentablemente, carece de una infraestructura adecuada y la incorporación de tecnología haría probablemente necesario el construir nuevas plantas para operarlas bajo normas internacionales. Esto ocurre debido a que la mayoría partieron en casas particulares o locales provisionales, que luego fueron creciendo inorgánicamente en la medida que crecían sus ventas. Esto incluye a las empresas dedicadas a la maquila para otras empresas farmacéuticas, apoyándolas en la preparación de formas farmacéuticas que éstos no pueden producir por carecer de equipamiento y de zonas especiales de trabajo, por ejemplo, para producir inyectables”.

A su vez, los canales de distribución de medicamentos que atienden el segmento privado del mercado dan testimonio, con su propia complejidad, de que han ido moldeándose para atender demandas y aprovechar ofertas, con sentido de oportunidad. El papel principal lo cumplen las droguerías que, a través de distribuidores mayoristas o en forma directa, venden a clínicas, hospitales y otros establecimientos, que por su naturaleza venden fundamentalmente OTC. Las farmacias, por último, son abastecidas por las droguerías y también, en algunos casos, directamente por los laboratorios.

Las importaciones alcanzaron en 2005 un nivel de US\$ 227 millones con lo que participan en algo más de la mitad en el consumo aparente de medicamentos en el país que alcanza un nivel global de US\$ 439 millones.

El primer escalón de la distribución interna de los medicamentos lo componen las droguerías. Su función es comprar los productos a los laboratorios que, en algunos casos, son empresas relacionadas, y suelen también importar otros medicamentos, a veces como distribuidores exclusivos de laboratorios radicados en el exterior. Por lo general atienden tanto al consumo privado como al público, presentándose en este último caso en forma directa a las licitaciones.

Una expresión de ineficiencia, resultante del problema de la baja escala de un sector de laboratorios de dimensiones artesanales, es que por no alcanzar los tamaños mínimos de

⁹ MINEC-BIRF (S.D.) pag. 14

las órdenes de compra directas requeridas por los laboratorios del exterior, adquieren las materias primas en las droguerías locales.

Si bien las farmacias son también muy numerosas, con un total de 1,775 están conformadas en algunos casos por cadenas de locales de la misma empresa. Las cadenas de farmacias con más de 10 locales, que son las más importantes, son alrededor de una tercera parte del total. Así 42 cadenas con un total de 669 farmacias comercializan un 80% de los medicamentos, y de ellas unas 15 cadenas de mayor tamaño relativo son las más fuertes del mercado.

En los tres eslabones se reitera una tendencia a la ganancia de posiciones y de escala por parte de un conjunto pequeño de empresas, que han desarrollado ventajas competitivas que son propias de la modernidad. Esa tendencia estaría en los comienzos y no cuenta en el caso de la etapa fabril con el impulso necesario para consolidarla mediante un régimen de aprobación y renovación de licencias, que tome en cuenta el avance en materia de buenas prácticas de manufactura y la economicidad de la escala de producción.

Los márgenes y la independencia de los actores son motivo de controversias y de imputaciones cuya dilucidación requiere de un análisis sereno y basado en datos relativamente confiables. Para ello es imprescindible dejar de lado los juicios de carácter general y desagregar cada escalón de la cadena de valor, en las categorías de participantes que puedan explicar el comportamiento del agregado y su tendencia. Dicho más directamente, se trata simplemente de la necesidad de ubicar donde está el problema, antes de encarar sus posibles soluciones.

3.2. Criterios de selección.

De acuerdo a los criterios de selección de los mercados relevantes antes expuestos y, en especial, de los de productos medicinales, se plantearon inicialmente dos tipos representativos de productos. A tal fin se consultó a médicos especialistas y otros informantes calificados, para obtener la definición de los medicamentos que cumplieran con la condición de ser:

- a. Un fármaco utilizado en el tratamiento de la enfermedad que origina la mayor frecuencia de consultas, y que sea además medicamento de primera elección, que su ubicación en el ciclo de producto corresponda a la madurez, pero que no esté amparado por una patente.
- b. De ser posible, por razones de disponibilidad de información, contemplar el caso opuesto de un medicamento innovativo, terapéuticamente eficaz y con un consumo en expansión, que permita detectar diferencias de valor en variables con capacidad para explicar el funcionamiento de los mercados.

En base a los anteriores criterios, los productos seleccionados fueron los siguientes:

CUADRO 7
Productos seleccionados

Grupo Terapéutico	Clase Terapéutica	Franja Terapéutica	Productos medicinales
Aparato gastrointestinal	Antiulcerosos	Inhibidores de la bomba de protones	5 principios activos 57 marcas activas
Aparato cardiovascular	Antihipertensivos	Inhibidores de la ECA	9 principios activos 42 marcas activas
Aparato respiratorio	Antitusígenos y antigripales	Mucolíticos	3 principios activos 73 marcas activas

Estos medicamentos están instalados en el mercado y son considerados por los especialistas consultados como productos maduros, no amenazados por el ingreso de productos medicinales que estén en una fase avanzada de I&D y puedan ser calificados como iniciadores de una nueva etapa (“*breakthrough drugs*”) o mejoradores de efectos secundarios (“*conveniences*”) de alguna importancia.¹⁰

4. Instrumentos complementarios de regulación competitiva.

4.1. Importaciones paralelas.

Las importaciones paralelas (IP en adelante), también llamadas mercados grises (“*Grey Markets Imports*”) en EE.UU. son productos elaborados bajo la protección de patentes, que fueron puestos a la venta en el mercado de un país y luego importados a un segundo mercado, sin la autorización del titular de la licencia con la cual se los elaboró. Se trata del mismo producto, con diferencias por lo común en el etiquetado para cumplir con las normas locales y sin garantía del fabricante. La rentabilidad de este tipo de operaciones depende de la diferencia de precios entre el mercado donde se compra la mercadería (barata) y aquél donde se la vende (más cara), operación denominada de arbitraje, y que al repetirse termina igualando los precios, o al menos reduciéndolo a un rango muy pequeño.

De hecho, en ciertos mercados, las IP son una fuente importante de competencia de precios, particularmente en el caso de muchos productos farmacéuticos, dado que su costo es alto con relación al de transporte y son, además, objeto de una fuerte discriminación geográfica. Por esta razón, en la Unión Europea han sido un formidable instrumento de integración, ya que facilitaron la convergencia de precios, resultado esperado al constituirse un mercado común.

No obstante sus ventajas, según la información recogida, este instrumento no fue nunca utilizado en El Salvador, aunque no está formalmente prohibido. Las disposiciones de jerarquía de ley aplicables se refieren a marcas y patentes. Si bien tienen un efecto restrictivo, es la normativa de letra pequeña de cuño administrativo la que ha convertido a este régimen en una forma de control de la oferta, que pone a los mercados a salvo de operaciones sorpresivas de intrusos (“*outsiders*”). Se basa en una interpretación del artículo 5° y 7° del Reglamento de Especialidades Farmacéuticas que establece la obligación de respaldar cada

¹⁰ “*Breakthrough drug*” es el primer medicamento que utiliza un método particular de tratamiento de una determinada enfermedad y “*conveniences*” son las mejoras que facilitan la administración de medicamentos existentes.

producto farmacéutico con un profesional químico/farmacéutico responsable. Ese mismo profesional (y no otro) es quien debe visar las facturas de importación del producto cuando ingresa por vía paralela. El obvio resultado de esta práctica es que no existan IP, hecho reconocido como un objetivo por los entrevistados, sobre la base que así se evitan conflictos entre los profesionales en caso de surgir problemas una vez que el producto está en el mercado.

Asimismo, los exportadores extranjeros pueden tener varios distribuidores locales - según se nos manifestara ya quedan pocos distribuidores que tengan la exclusividad de un laboratorio extranjero- hecho que en la economía de la competencia es considerado positivamente, porque implica la existencia de competencia intramarca. Sin embargo, este hecho positivo tiene un complemento que no lo es, ya que debe tener un solo importador. Esto corrobora lo relacionado al control de la oferta, ya que mientras se ejerce un control efectivo sobre las IP, igual cosa ocurre respecto de las importaciones oficiales. En los países en los que se produjo una desregulación de los mercados, una de las medidas más importantes fue abrir la importación a las cadenas de farmacias, a compradores institucionales, a cadenas de supermercados (OTC) y fundamentalmente a usuarios directos del producto.

La consecuencia más destacable al nivel más agregado de este control es que endogeuiniza la competencia del exterior, con lo cual la formación de precios queda sujeta a la oferta y la demanda actuales. Los mercados de medicamentos de El Salvador no pueden por cierto ser considerados cerrados, ya que operan con un arancel extrazona del 5%, con una desgravación total de las importaciones de intrazona y con un acuerdo con Honduras, Guatemala y Nicaragua de reconocimiento mutuo de los registros y licencias de comercialización de los medicamentos. La capacidad correctiva y, sobretudo, preventiva de la posibilidad de que ingresen desafiantes, introduciría un elemento disciplinante de la formación de precios, dado que en ese caso es muy probable que la paridad de importación actúe como un techo.

4.2. Licencias obligatorias

También llamadas compulsivas, son un paso de mayor alcance que las IP, ya que implican un grado muy delicado de subordinación de la propiedad de una patente al interés público, siempre mediante el pago de regalías. En su origen, las licencias así obtenidas habilitaban a obtener un producto genérico tanto de productores locales como de productores extranjeros, estando vigente la protección patentaria. Es de destacar que las licencias no voluntarias son también aplicables a la comercialización de productos culturales, pero en general se trata de casos en los que los valores en juego no pueden equipararse al de preservar la vida de quienes no pueden adquirir medicamentos, por ser éstos demasiado caros.

En el TRIPS están contempladas en el artículo 31, que establece sobre todo las condiciones y los procedimientos que deben observarse para su otorgamiento. Si bien el Acuerdo refiere algunos motivos principales que justifican la emisión de una licencia obligatoria (LO) como es el caso de emergencias médico-sanitarias, ello no excluye otras razones que en algunos casos se explicitan y en otros no. Musungu & Oh analizaron las normas y la jurisprudencia de varios países, estableciendo siete causales que habilitan la utilización del instrumento.¹¹

- a) Negativa a licenciar
- b) Interés público

¹¹ Musungu & Oh (2005) pag. 16

- c) Salud pública y nutrición
- d) Emergencias nacionales
- e) **Prácticas anticompetitivas**
- f) Patentes dependientes
- g) Explotación deficiente o insuficiente

La redacción de los artículos correspondientes a este tema en los documentos multilaterales y bilaterales, pone de manifiesto que son la resultante de compromisos entre posiciones antagónicas, a los que se llegó al final de agotadoras jornadas de discusión. El punto central en materia farmoquímica es la relación de las LO con las situaciones extremas en materia sanitaria. Más precisamente, se trata del derecho a utilizar estas licencias para el tratamiento de casos extremos de conflicto entre el precio de los fármacos innovativos y la capacidad de pago de quienes combaten o padecen el HIV, y también otras enfermedades endémicas o pandémicas.¹²

Según Correa, el procedimiento estándar cuando no puede haber fabricación local, es el siguiente:¹³

- El 1er. paso de una persona de un país elegible, es solicitar del titular de la patente una licencia voluntaria.
- a) Fallado este punto, debe solicitar una licencia obligatoria del gobierno del país importador.
 - b) El país importador debe estimar su capacidad fabril y técnica para fabricar esa medicina.
 - c) Si la respuesta es negativa, debe notificar a la OMC su decisión de usar el párrafo 6 de Doha.
 - d) El país importador debe identificar una firma potencialmente exportadora, con antecedentes específicamente relevantes para el caso.
 - e) Ese exportador potencial debe a su vez obtener una licencia voluntaria por un tiempo razonable.
 - f) Si obtiene la licencia, el exportador va a tener que fundamentar químicamente el medicamento y resolver los problemas de presentación, para diferenciarlo como producto exportable.
 - g) En los casos en que sea requerido por la autoridad sanitaria, deberá aportar adicionalmente pruebas de bioequivalencia.
 - h) Si en el país importador se hubiera otorgado la exclusividad respecto de los datos de prueba presentados para el registro del producto, el fabricante del producto deberá obtener un permiso especial del titular para usar esa información, o bien desarrollar sus propios estudios de seguridad y eficacia. Salvo que en la licencia compulsiva dijera algo al respecto.

¹² Aunque a todo efecto práctico pareciera no existir otra enfermedad que el HIV

¹³ Correa C (2007) documento

- i) Antes del embarque el titular de la licencia obligatoria, deberá consignar en una página web los datos identificatorios del producto y las cantidades a embarcar.
- j) El país exportador deberá notificar al Consejo los términos de la licencia.

La enumeración anterior se alarga por la inexistencia de un laboratorio nacional capacitado para tomar el compromiso de elaborar localmente el producto en cuestión. En ese caso cabría citar la opinión también negativa de Abbott quien llama la atención sobre un tema: la licencia de una patente farmoquímica, aunque sea compulsiva, no exime de la necesidad de obtener la autorización para comercializarlo. En ese caso el titular de la patente podría impedir la comercialización del producto equivalente, negando simplemente su consentimiento.

Lo anteriormente expuesto permite hacer un primer comentario apreciativo. La legislación protectora de los inventos otorga un monopolio legal sobre los mismos, al conferir el derecho de excluir a terceros de su uso, siendo que la renta generada por este hecho es reconocida usualmente como el precio incentivo a innovar. Desde el punto de vista de los consumidores, es el precio que se debe pagar por la innovación.

5. El rol competitivo de los productos genéricos.

5.1. Características más generales de los mercados de productos genéricos.

El presupuesto respecto del funcionamiento de los mercados tras la entrada de genéricos, es que vaya aumentando progresivamente la importancia del precio como factor decisorio de las compras, en el segmento de consumo personal del mercado. Esto supone que los productos originales -diferenciados por una marca reputada- sean sustituidos por productos muy similares, cuya venta se apoya en el suministro del mismo principio activo a menores precios. Estos precios son en principio menores, debido a que sus gastos de publicidad y distribución están reducidos a un mínimo. No obstante que son identificables por lo común por el principio activo, llevan frecuentemente marcas que carecen de capacidad para garantizar la calidad del producto, pero que cumplen con el propósito de facilitar su comercialización mediante una denominación coloquial.

Son por lo tanto, productos esencialmente “commoditizados”, de los cuales se espera que vayan ampliando un segmento del mercado que privilegia el precio como factor decisorio de la compra de un medicamento.¹⁴

Para que su uso se extienda, es una condición necesaria que los médicos consideren que los genéricos ofrecen garantías suficientes de equivalencia terapéutica como para arriesgarse a cambiar el medicamento original, cuyas virtudes conocen por haberlos recetado durante años. Esta inercia de la profesión médica es muy conocida y vencerla lleva un tiempo cuya extensión depende de la confianza en la calidad de los controles que realice la autoridad sanitaria u otra entidad, y del apoyo de regulaciones que induzcan a considerar al precio como factor de decisión.

¹⁴ Un medicamento genérico es definido en los EE.UU. como una copia de una medicina innovativa, que contiene los mismos ingredientes activos. La Food and Drug Administration no requiere duplicar la información presentada por la firma innovadora, considerando suficiente para su aprobación la demostración de bioequivalencia y de factores tales como la calidad, efectividad terapéutica y seguridad.

La consecuencia es un quiebre de la demanda en un segmento de baja elasticidad-precio correspondiente a la marca del producto original y otro de alta elasticidad que comprende a los genéricos. Este segmento competitivo del mercado, en esas circunstancias, irá ampliándose a un ritmo cuya velocidad dependerá de la comprobación de sus virtudes terapéuticas y del esfuerzo promocional del fabricante para hacerlas conocer.

Esto último explica que antes o después del vencimiento de las patentes, con mayor probabilidad antes, sea esperable que surja un tercer segmento intermedio constituido por genéricos de marca que, a la garantía de calidad del laboratorio que lo fabricó, una algunos otros elementos de diferenciación, como es el caso de una mayor tolerancia. Este tipo de productos, cuando son encarados por laboratorios que han construido una imagen de seriedad empresarial, asociable a una marca institucional que da garantías de calidad, son un factor competitivo de reconocida eficacia. La explicación a ese respecto es doble y reside en primer lugar en que los atributos diferenciales no tienen magnitud suficiente, como para disminuir la importancia del precio como factor decisorio de la compra. A eso suele sumarse un segundo factor que hace a la eficacia de la presión competitiva sobre el producto original, como es la capacidad para colocar los productos en el mercado por disponer de un cuerpo de visitantes médicos bien entrenados.

Desde el punto de vista económico crean un segmento intermedio de la curva de demanda, cuya elasticidad al precio está comprendida entre la de los otros dos. Desde el punto de vista de una política para los medicamentos, el objetivo principal debería ser modificar de manera eficiente esa curva, lo que significa acelerar el tránsito de un segmento al otro.

Esta categorización deja un vacío que llenar, como es el análisis de las estrategias de entrada al mercado de los productos innovadores, lo cual lleva a la cuestión de los precios de lanzamiento de estos productos y a las evidencias que demuestran que este determinante de la decisión de compra, compite con otros factores, como son la calidad de los productos y la capacidad persuasiva de la fuerza de ventas.

6. El rol de los genéricos en los mercados analizados

6.1. Las evidencias relativas a precios

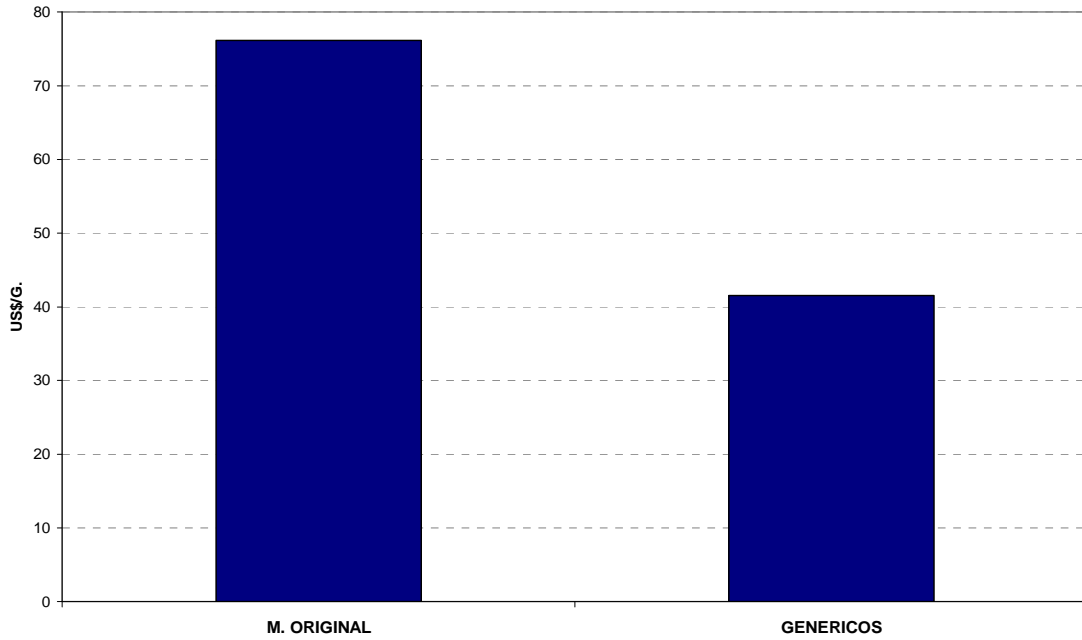
Los resultados obtenidos en el procesamiento de precios son en la mayoría de los casos tan elocuentes que eximen de mayores comentarios, simplemente son congruentes con el grado de competitividad estimado al analizar los componentes estructurales y los comportamientos cooperativos.

6.1.1. Los Inhibidores de la Bomba de Protones

La primera y más básica de las cuestiones involucradas en una estrategia de regulación competitiva de los mercados, es el papel que jugó su principal instrumento, los medicamentos genéricos. En el caso del mercado de los Inhibidores de la Bomba de Protones, para probar este punto sujeto a controversia, se preparó el siguiente gráfico en el que los precios unitarios del mgr. de principio activo de las marcas originales y de los genéricos, permiten hacer una comparación homogénea.

GRAFICO 3

Mercado de Inhibidores de la Bomba de Protones Precios Medios del principio activo

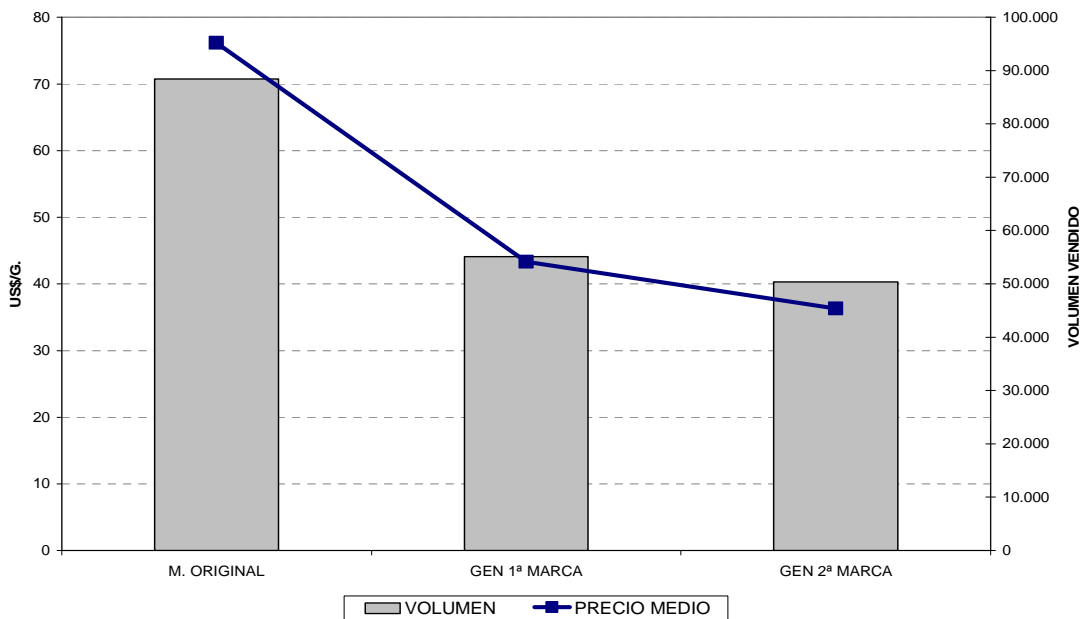


FUENTE: elaboración propia.

El resultado demuestra muy elocuentemente el rol competitivo que cumplen los medicamentos genéricos en este mercado, ya que el precio Medio Ponderado de las marcas originales es 1.8 veces superior al promedio de ambos tipos de genéricos. Esta evidencia necesita ser complementada con la relación entre precios y volúmenes vendidos, incorporando al análisis en este caso a los genéricos desagregadamente.

GRAFICO 4

Mercado de Inhibidores de la Bomba de Protones Relación entre volúmenes vendidos y precios medios de principios activos



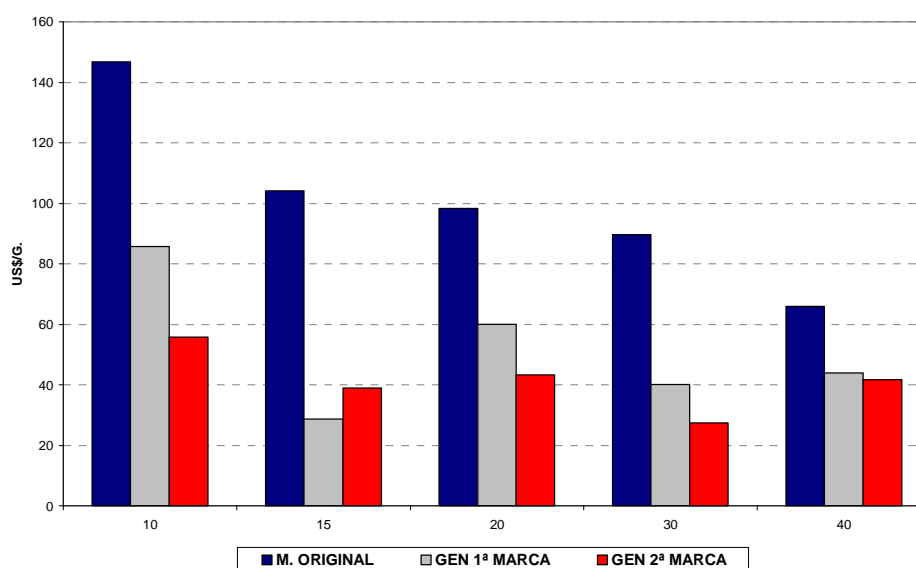
FUENTE: elaboración propia.

Este segundo gráfico ratifica lo dicho respecto al funcionamiento del mercado en condiciones de competencia. Esto significa que se trata de una competencia basada en la diferenciación artificial de los productos y no en los precios. Nótese al respecto, que el volumen de los genéricos de 1ª. marca, demuestra una respuesta muy significativa a una agresiva política de precios, situación que no repiten los genéricos de 2ª. marca. En cuanto a las marcas originales, la política de mantener precios altos no le significó perder ventas.

El gráfico siguiente incorpora una nueva variable, caracterizadora de la forma de competir, como son las concentraciones que se comercializan y sus precios medios/Gr.

GRAFICO 5

**Mercado de Inhibidores de la Bomba de Protones
Relación entre dosis y precios medios del principio activo**



Resulta evidente en este gráfico, que hay diferencias entre las políticas comerciales de las marcas originales y las de los genéricos.

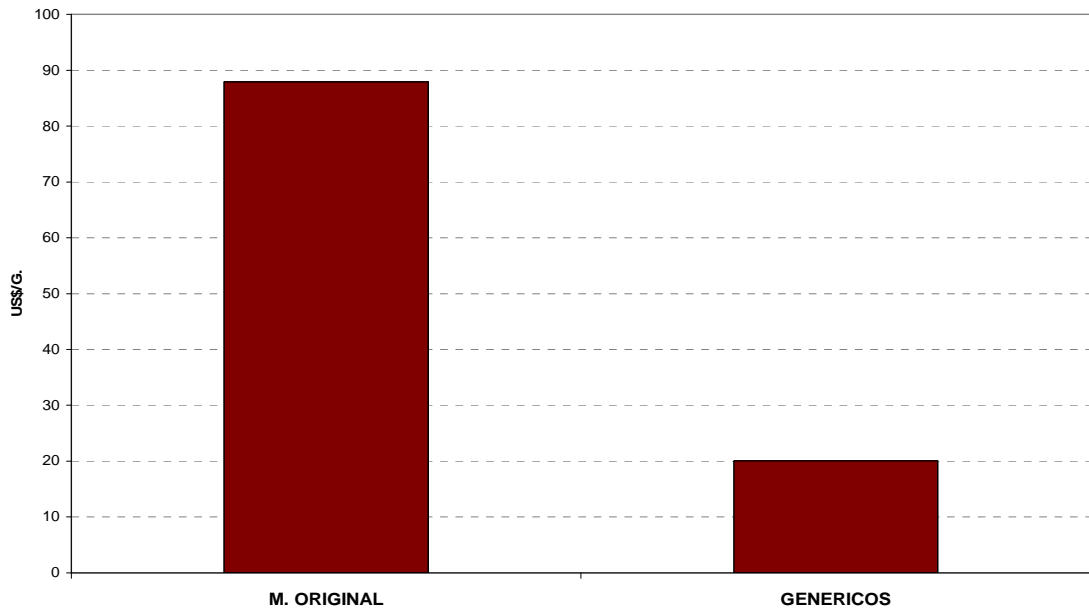
Cabe por último, hacer referencia a dos de los supuestos con los que se abordó este rápido análisis, dado que las conclusiones fueron complementarias. Porque si bien no se encontró una relación significativa entre los precios y el número de oferentes, se encontraron diferencias de precios muy amplias en presentaciones homogéneamente comparables. Lo normal en un mercado de productos diferenciados es que los precios vayan convergiendo hasta un rango que expresa la voluntad de pago de los consumidores, por aquellos atributos que valoran.

6.1.2. Los Inhibidores de la ECA

En este mercado se repiten los resultados del anterior, pero de forma más acentuada, ya que los precios medios de las marcas originales superan en 4,4 veces a los genéricos.

GRAFICO 6

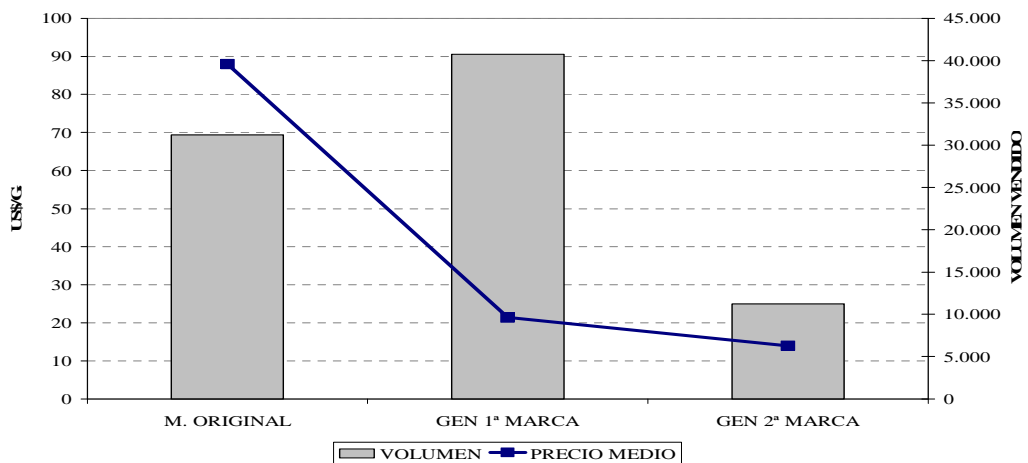
Mercado de Inhibidores de la ECA Precios medios de los principios activos



Al desagregar 1^a. y 2^a. marcas se advierte un mercado aún más competitivo, ya que la relación entre las marcas originales y las 1^a. marcas fue de 6.3 veces y de ésta con las 2^a., 1.5 veces. Al vincular estos precios con los respectivos volúmenes vendidos, los resultados muestran una decidida respuesta de la demanda a los precios de las 1^a. marcas, una muy escasa elasticidad respecto de los precios de la 2^a. marca y una resistencia a abandonar las marcas originales cuya magnitud se manifiesta al comparar el volumen vendido con sus precios medios.

GRAFICO 7

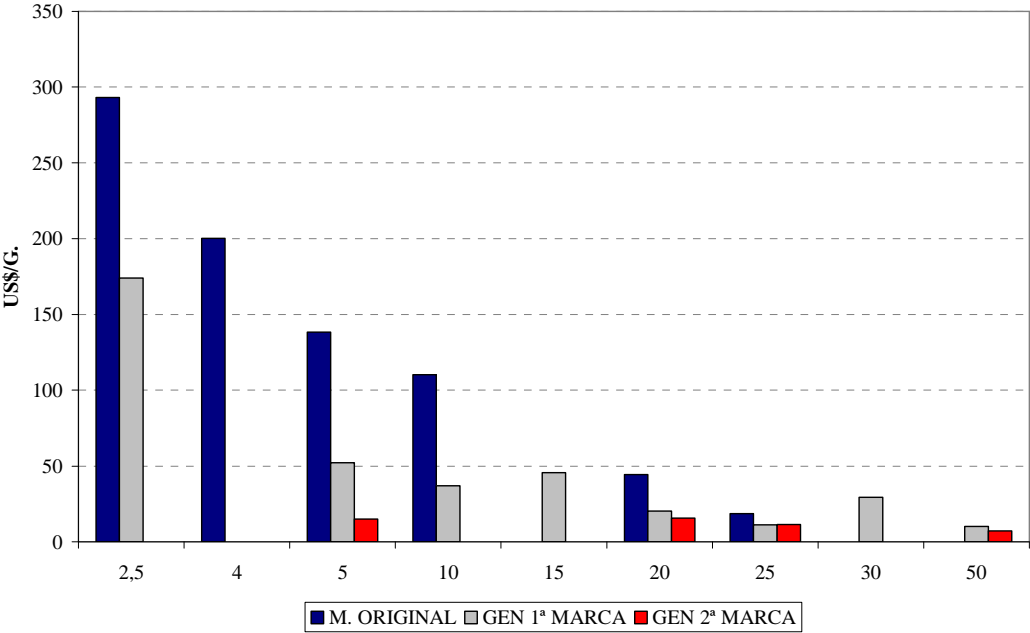
Mercado de Inhibidores de la ECA Relación entre volúmenes vendidos y precios medios principio activo



Cuando se relacionan los precios medios de las tres categorías de marcas con el contenido vendido en cada presentación, se repiten las estrategias observadas en el mercado anterior. Las categorías de envases con menores contenidos fueron el blanco privilegiado de

las marcas originales, mientras que las 1ª. marcas de genéricos apuntaron a los envases de tamaño medio y las 2ª. marcas al segmento de los tamaños grandes. Este perfil se corresponde con lo esperable al considerar la sensibilidad de los adquirentes en cada categoría a los precios, dada la prolongación de los tratamientos. No se encontró una relación significativa entre precios y número de competidores.

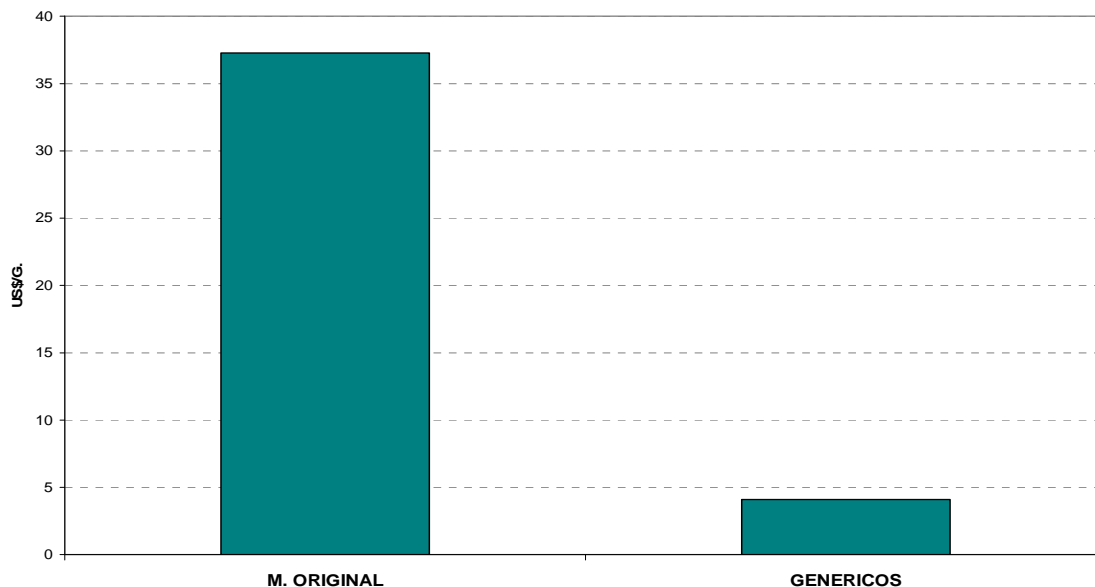
GRAFICO 8
Mercado de Inhibidores de la ECA
Precios Medios por Principio Activo por Envase



6.1.3. El mercado de mucolíticos.

El análisis de este mercado será más circunscripto que los anteriores. Esta circunstancia no desmerece el hecho que los precios medios de las marcas originales son más de nueve veces mayores que los de los genéricos, que demostrarían así que la competencia llega al terreno de los precios.

GRAFICO 9
Mercado de mucolíticos
Precios Me.

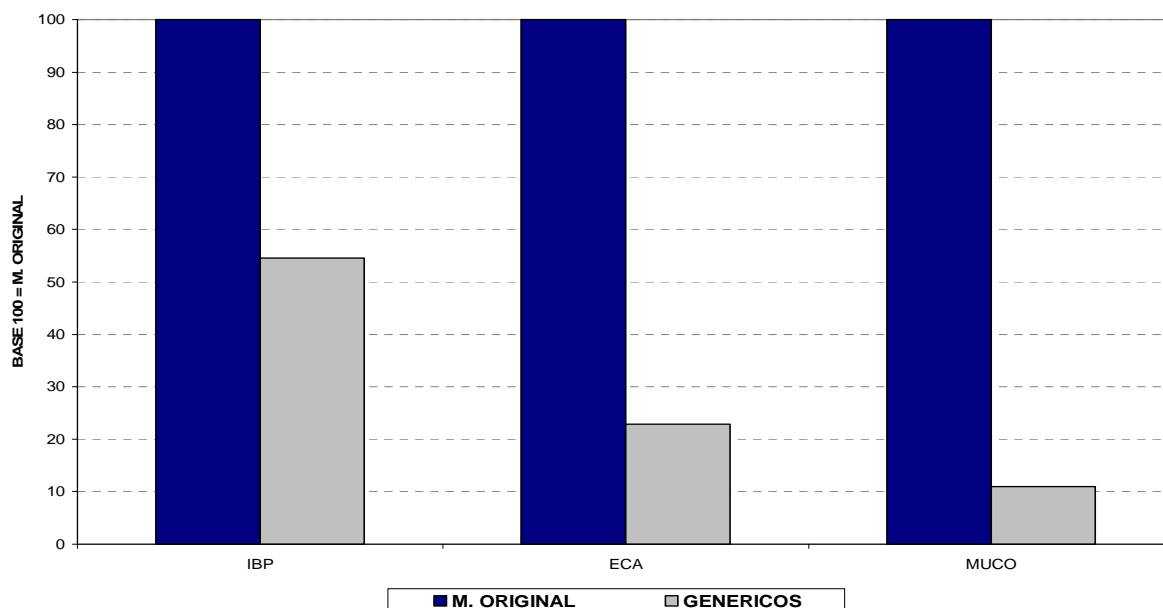


Las características competitivas que presenta este mercado son extremadamente simples, uno de los tres principios activos en venta tiene una participación muy alta, pero ello no deviene una posición dominante porque la marca original enfrenta una activa competencia de genéricos.

6.1.3.1. Comparaciones de precios medios.

El gráfico siguiente fue preparado de modo tal que sirviera de síntesis expresiva de la realidad que prevalece en los tres mercados estudiados en materia de competencia de precios. Para permitir una mejor comparación, los precios fueron normalizados, convirtiendo a 100 los valores de las marcas originales.

GRAFICO 10
Comparación precios Me.



Estas relaciones entre los precios medios unitarios no se compadecen con el supuesto de competencia monopólica “alla Chamberlin”, ya que manifiestan la existencia de una activa competencia de precios por parte de los genéricos. Competencia que es congruente con la conformación estructural de los respectivos mercados.

CUADRO 11
Comparación de cuotas de mercado

MERCADOS	MARCA ORIGINAL	GENERICOS	TOTAL	HHI
Inhibidores de la bomba de protones	51%	49%	100%	984
Inhibidores de la ECA	45%	55%	100%	780
Mucolíticos	35%	65%	100%	1504

FUENTE: elaboración propia.

6.2. Un esquema de análisis.

Los mercados estudiados presentan dos características salientes. Son mercados que de acuerdo a los indicadores de concentración y de rivalidad cabe calificar como competitivos, razón por la cual no es posible que en virtud de estas circunstancias, alguien tenga poder de mercado suficiente como para ejercerlo individualmente. A estas características estructurales se agrega que existen dos categorías de productos genéricos, cuyos precios son significativamente menores que los de las marcas originales y tienen cuotas de mercado similares a las de los productos originales. Se cierra así un círculo virtuoso que hace posible que la libertad de elección tenga un significado concreto, al permitir que las decisiones de compra se basen en un compromiso (“trade off”) entre calidades y precios.

Sin embargo, en ese dechado de virtudes hay una cuestión discordante, que no se compadece con el buen funcionamiento de un mercado, como es la amplitud de las diferencias de precios que se advierten entre las tres categorías de productos utilizadas para el análisis. La explicación al respecto pasa por el hecho de que existiendo competencia, los precios están expresando la disposición de médicos y pacientes a pagar por las diferencias de calidad terapéutica que perciben en los productos. Dicho de otro modo, el análisis de las condiciones de competencia prevalecientes en los mercados analizados, lleva a una conclusión y es que allí no está el problema. El problema está en que los precios reflejan una realidad subyacente que es la importancia que tiene la falta de garantías suficientes de calidad terapéutica que percibe una parte de la población, y que motiva su voluntad de pagar por las marcas de buena reputación.

Esta explicación puede no ser válida en los mercados de otros medicamentos, que por su tamaño, por ser productos relativamente recientes, por tener barreras de conocimiento técnico (“know how”) o por diversas otras circunstancias, no califiquen como estructuralmente competitivos. Sólo podemos decir que ahora parece menos probable que sean numerosos. Se trata por lo tanto ahora de bajar el nivel de análisis en base a las fallas detectadas en el funcionamiento del mercado. El cuadro siguiente responde a ese objetivo metodológico de diagnosticar y preparar así el camino para encontrar soluciones.

FALLAS DE MERCADO

Lado de la demanda	Lado de la oferta
<ul style="list-style-type: none"> • Extendida automedicación • Fidelidad de los médicos a la marca original • Asimetría Médico/Paciente • Asimetría Laboratorios/Médicos • Respuesta de médicos a incentivos de marcas onerosas • Respuesta de dependientes de farmacias a incentivos comerciales 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de economías de escala • Falta de calidad para exportar a costos plenos • Falta de garantías de biodisponibilidad • Paralelismos conscientes • Incentivos no científicos que desvirtúan la objetividad de médicos y farmacéuticos • Altos márgenes de comercialización

La problemática de los mercados de medicamentos de El Salvador no comienza con los clásicos problemas del excesivo uso de los medicamentos por parte de los médicos, sino en algo más grave, como es la extendida costumbre de automedicación. Es una limitante de la efectividad de las medidas que puedan tomarse para separar la elección del principio activo, del correspondiente a la marca identificatoria de un producto.

Pero el punto central es la resistencia de la profesión médica a recetar por el nombre del principio activo. Si bien la regulación del contenido de las recetas puede tener algún efecto en la práctica, es necesario reconocer que a más de un componente subjetivo de preferencia por una marca probada, hay en la conducta médica otro más objetivo, derivado de la falta de pruebas de bioequivalencia y de garantías en general, que aumentan el riesgo de cambiar un fármaco probado por otro cuyas virtudes están sujetas a prueba.

En ese escenario, constituye una falla del mercado que la respuesta no haya sido otorgar esas garantías, sino establecer incentivos ajenos a la ética médica. Que sea una falla no implica que sea una respuesta irracional, ya que esto último se comprueba por la efectividad de uno y otro instrumento (la prueba de bioequivalencia vs. el turismo convencional) para incrementar los ingresos.

Una posición se advierte en el documento Propuesta de una Política Industrial del Ministerio de Economía, al decir a este respecto y de un modo muy general en el **capítulo 6. Objetivos del Programa:**

- *Incentivar la adopción y uso de Normas y Estándares Internacionales de Calidad por parte de los sectores Público y Privados*
- *Desarrollar la infraestructura industrial de Calidad*
- *Crear cultura de productividad y calidad a nivel nacional*
- *Mejorar la infraestructura de apoyo a las buenas prácticas en Calidad y Productividad*
- *Posicionar los temas de calidad y productividad como una prioridad nacional*
- *Fomentar las actividades de producción más limpia como vía para incrementar la productividad de las empresas.*