

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA**

Disertación previa a la obtención del título de
Economista

*Lineamientos de Política Pública para incrementar el acceso a
medicamentos por parte del Estado*

Evelyn Fernanda Tapia Valenzuela
eveluk04@hotmail.com

Directora: Eco. Tatiana Villacrés Landeta
taty_villacres@hotmail.com

Quito, 20 de Noviembre de 2015

Resumen

La investigación aborda un diagnóstico de la demanda y la oferta en el mercado de medicamentos (entre los años 2009-2014) del Ecuador a nivel nacional, y el análisis del nivel de acceso a medicamentos, por accesibilidad geográfica, costo razonable, disponibilidad física y demás determinantes sociales de la salud que influyen en la distribución de los medicamentos. La investigación realizada es de tipo descriptivo conforme a que se examinó un problema real que afecta a la sociedad y permitió poner de manifiesto su estructura y comportamiento de acuerdo a sus causas o fenómenos.

En este estudio se evidencia que las mujeres demandan más medicamentos que los hombres y que la oferta de medicamentos es más proveniente de importaciones por lo cual del 2009-2014 existe una balanza comercial negativa para este sector, con un nivel de accesibilidad a medicamentos favorable para zonas urbanas que para zonas rurales; del mismo modo, se presentó que el país tiene oportunidades de crecer ya que no ocupa toda su capacidad productiva al máximo.

Por otra parte, la investigación muestra que existen programas propuestos por el Gobierno para invertir y generar mayor competencia de las empresas nacionales farmacéuticas, además se realizó una recopilación bibliográfica de las experiencias internacionales para aumentar el acceso a medicamentos, donde se ejecuta un análisis enfocado al mercado farmacéutico Ecuatoriano de los posibles lineamientos de política pública que serían aplicables. Por lo cual se concluyó, que el país debe promover más la producción y el consumo de los medicamentos genéricos para dar mayor confianza al público y que éste comience a cubrir poco a poco la demanda de mercado, generando utilidades al país y suscitando la investigación y el desarrollo.

Palabras claves: Medicamentos, Accesibilidad, Política Pública, Economía de la Salud, Diagnóstico, Demanda, Oferta.

ABSTRACT

The research addresses a diagnosis of demand and supply in the market of drugs (between 2009-2014) of Ecuador at national level, and analysis of the level of access to medicines, by geographic accessibility, reasonable cost, physical availability and other social determinants of health that influence the distribution of medicines. The research is descriptive according to a real problem that affects society and allowed to reveal their structure and behavior according to their causes or phenomena was examined.

This study shows that women demand more drugs than men and that the supply of drugs is more imports from the 2009-2014 so there is a negative trade balance for this sector with a favorable level of accessibility to medicines for urban areas to rural areas; likewise, it showed that the country has opportunities to grow as it does not fill its full production capacity.

Moreover, research shows that there are proposed by the Government to invest and generate increased competition from pharmaceutical national companies programs, plus a bibliography of international experiences to increase access to medicines, where it runs was conducted a focused analysis Ecuadorian pharmaceutical market potential public policy guidelines that would be applicable. Therefore it was concluded that the country should further promote production and consumption of generic drugs to give greater confidence to the public and it begins to cover gradually the market demand, generating profits to the country and raising the research and the development.

Keywords: Drugs, Accessibility, Public Politics, Health Economics, Diagnosis, Demand, Supply.

Esta tesis en primer lugar se la dedico a Dios que estuvo acompañándome en todo momento, dándome fuerzas y ánimos para no rendirme en los momentos difíciles y recordándome que todo es posible con dedicación y esfuerzo.

También se la dedico a mis padres que sin ellos no hubiese sido posible llegar hasta donde estoy, por los valores, el ejemplo que cada día me dan y su tenacidad de luchar cuando hay dificultades. Así mismo se la dedico a mi abuelita y a mis hermanos que fueron una compañía y aliento en momentos de cansancio.

Agradezco enormemente a mi tutora que me dedico su tiempo y me brindó sus conocimientos para todo el desarrollo de la investigación. A todas mis amigas que me aconsejaron y formaron parte de la culminación del estudio.

Lineamientos de Política Económica para incrementar el acceso a medicamentos por parte del Estado

INDICE

| | |
|---|-----------|
| Resumen | 1 |
| Introducción | 5 |
| Metodología del Trabajo | 8 |
| Pregunta general | 9 |
| Preguntas específicas | 9 |
| Objetivo general | 9 |
| Objetivos específicos | 9 |
| Fundamentación Teórica | 10 |
| Medicamentos | 10 |
| Medicamentos: Bienes de consumo | 10 |
| Tipos de Bienes | 10 |
| Características particulares de los medicamentos..... | 11 |
| Interpretaciones económicas del medicamento | 11 |
| Demanda | 12 |
| Oferta | 15 |
| Tipos de agentes..... | 16 |
| Acceso a los medicamentos | 18 |
| Tipos de Medicamentos según la libertad para acceder a ellos..... | 20 |
| Factores que impiden el acceso a los medicamentos..... | 20 |
| Rol del Estado | 24 |
| Reformas: Estado..... | 25 |
| Maneras de enfocar el papel del Estado | 25 |
| Fallos de la intervención del mercado | 25 |
| Rol del Estado frente al Mercado de Medicamentos..... | 26 |
| Regulaciones gubernamentales: Oferta de medicamentos..... | 26 |
| Economía de la Salud..... | 27 |
| Política Pública | 28 |
| Política Económica..... | 29 |
| Capítulo I | 30 |

| | |
|---|------------|
| Análisis de la situación de la demanda y oferta de medicamentos en el Ecuador..... | 30 |
| Análisis de la demanda de medicamentos en el Ecuador..... | 30 |
| Análisis de la oferta de medicamentos en el Ecuador | 42 |
| Diagnóstico del sector real a nivel nacional según productos farmacéuticos..... | 49 |
| Análisis de los canales de comercialización de productos farmacéuticos..... | 51 |
| Principales Actores en la Industria farmacéuticas..... | 53 |
| Requisitos para la comercialización de Productos farmacéuticos..... | 54 |
| Manufactura de Genéricos y Agregación de valor | 55 |
| Inversión a medicamentos por parte del Gobierno | 57 |
| Capítulo II..... | 62 |
| Estudio sobre el acceso de los medicamentos en Ecuador | 62 |
| Análisis de acceso a medicamentos de la población ecuatoriana..... | 62 |
| Capítulo III..... | 75 |
| Lineamientos de Política Pública para incrementar el acceso a medicamentos..... | 75 |
| Marco Normativo | 76 |
| Experiencias Internacionales para mejorar el acceso a medicamentos | 81 |
| Elaboración de lineamientos de política pública | 88 |
| Conclusiones..... | 95 |
| Recomendaciones..... | 98 |
| Anexos | 99 |
| Referencias Bibliográficas | 103 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|--|----|
| Gráfico No 1 Clasificación de los Tipos de Agentes en el Sector Farmacéutico | 16 |
| Gráfico No 2 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por sexo (2011-2012)..... | 33 |
| Gráfico No 3 Consumo Agregado por edad a Nivel Nacional (2011-2012) | 36 |
| Gráfico No 4 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Nivel de Instrucción de la Madre (2011-2012)..... | 37 |
| Gráfico No 5 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Nivel de Instrucción del Padre (2011-2012) | 38 |
| Gráfico No 6 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Empleo (2011-2012)..... | 39 |
| Gráfico No 7 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Seguros (2011-2012)..... | 41 |
| Gráfico No 8 Número de Farmacias en Ecuador (2001-2014)..... | 46 |
| Gráfico No 9 Exportación de Químicos y Fármacos en miles de dólares FOB | 47 |
| (2009-2014)..... | 47 |
| Gráfico No 10 Importación de Químicos y Fármacos en miles de dólares (2009-2014)..... | 48 |
| Gráfico No 11 Importación de Químicos y Fármacos en miles de dólares 2014 | 49 |
| Gráfico No 12 Producción Anual de Productos Farmacéuticos en miles de dólares (2009-2013)..... | 50 |
| Gráfico No 13 Índice de Precios al Consumidor del Sector Salud (2009-2014) | 50 |
| Gráfico No 14 Principales flujos en la cadena de distribución de Productos Farmacéutica en el 2012 | 52 |
| Gráfico No 15 Usos de Inversiones ALFE (2010-2013) | 59 |
| Gráfico No 16 Zonas Administrativas del Ecuador..... | 65 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|----|
| Tabla No 1 Formación de Precios Finales | 22 |
| Tabla No 2 Medicamentos para el Análisis de la Demanda en (2011-2012)..... | 31 |
| Tabla No 3 Promedio de Demanda en Monto USD de Productos Farmacéuticos | 32 |
| (2011-2012)..... | 32 |
| Tabla No 4 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos según Provincia (2011-2012)..... | 35 |
| Tabla No 5 Mercado Farmacéutico Mundial Top 20 2014 | 44 |
| Tabla No 6 Participación del mercado farmacéutico (2009-2013)..... | 46 |
| Tabla No 7 Medicamentos producidos a Nivel nacional en 2014..... | 55 |
| Tabla No 8 Porcentaje del Costo de Fabricación correspondiente de valor agregado Ecuatoriano | 56 |
| Tabla No 9 Industrias de Especial Interés para la Planificación Pública | 58 |
| Tabla No 10 Comparación de la Cantidad de Farmacias y Botiquines en Ecuador en relación con la Cantidad de Habitantes por zona, 2016..... | 66 |
| Tabla No 11 Comparación del Promedio de Medicamentos Ofertados en Ecuador en relación al stock promedio disponible, 2016 | 68 |
| Tabla No 12 Precios Promedios en Ecuador (2011-2014)..... | 69 |
| Tabla No 13 Diez medicamentos más comercializados en Ecuador (2013-2014)..... | 70 |

Introducción

El Estado y los sistemas de salud se han transformado a lo largo de la historia, nuevos enfoques de salud se han presentado con retos relacionados a lograr la interrupción de la exclusión social, conseguir un fuerte liderazgo político nacional e internacional, una adecuada gestión y distribución de recursos disponibles para la salud con un crecimiento de información y capital humano, con el fin regular eficientemente las normas y recursos por el bienestar de la población (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

En la actualidad el instrumento trascendental para tratar y prevenir diversas enfermedades son los medicamentos, por ello las medicinas esenciales deben ser un derecho fundamental para la población. Sin embargo, en muchos lugares del mundo todavía son inaccesibles o se utilizan de manera incorrecta. Se estima que la tercera parte de la población mundial no accede a medicamentos esenciales (Hardon, Hodgkin & Fresle, 2004).

La salud pública se enfrenta a desafíos comunes como la pobreza, inaccesibilidad, falta de conocimiento con respecto a la salud, desordenados sistemas de comercialización de medicamentos y lo más importante escasez de personal cualificado son causas que perjudican el acceso a los medicamentos. En este sentido las personas con bajos ingresos se han visto perjudicadas por falta de inversión en la investigación y desarrollo de medicamentos de sus enfermedades (Federación Farmacéutica Internacional, 2005).

Además, los gastos en medicamentos son cada vez un tema de preocupación por las administraciones públicas que observan por un lado como aumentan de forma constante y por otro que el consumo no se correlaciona necesariamente con la morbilidad del país (Iñesta, 2011). El gasto en medicamentos puede alcanzar el 30% al 40% del gasto sanitario y gran parte va dirigido a compras de medicinas individuales para la automedicación y muy poco con prescripción médica, por lo cual es indispensable conocer como los consumidores eligen para intervenir y dar menor riesgo a despilfarrar (Hardon, Hodgkin & Fresle, 2004).

La selección y uso racional de los medicamentos son principios fundamentales conforme a la gestión y calidad de los servicios sanitarios de las entidades públicas y privadas. La OMS y otras organizaciones internacionales han impulsado políticas farmacéuticas como directrices en la toma de decisiones y coordinación de componentes necesarios para garantizar un acceso a medicamentos con uso racional (Hardon, Hodgkin & Fresle, 2004). Según la OMS y la Organización de Ciencias de la Gestión de Salud el acceso a medicamentos es el “Conjunto formado por la disponibilidad, asequibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de un medicamento para el paciente, con dimensiones transversales relacionadas con la calidad tanto de los medicamentos como de los servicios farmacéuticos” (Federación Farmacéutica Internacional, 2005:2).

Por todo lo antes mencionado el periodo de análisis que se tomó para esta investigación, en el caso de la oferta fue desde el 2009-2014, mientras por el lado de la demanda los años corresponden al 2011-2012, los mismos que se utilizaron en la realización de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales ENIGHUR tomadas para el diagnóstico del consumo en medicamentos para esta investigación; esta encuesta se realizó con el objetivo de proporcionar información del monto, distribución y estructura del ingreso y

gasto de acuerdo a las características demográficas y socioeconómicas de los hogares ecuatorianos, la misma que se apoyó para su creación en recomendaciones de la Organización Internacional del Trabajo OIT en asuntos de Encuestas de Ingresos y Gastos y asimismo en experiencias internacionales de diseño en este tipo de encuestas, enfocándose más en países latinoamericanos por similares rasgos culturales con el Ecuador. Igualmente para conocer el presupuesto se ha tomado como base Encuestas realizadas desde hace más de 30 años como la Encuesta de Presupuestos Familiares en el Área Urbana (INEC, 2011-2012).

Es decir esta encuesta accede a dar un panorama más real de la situación que la población vive cada día, por el cambio de las diferentes culturas y en la estructura demográfica a causa de los diferentes patrones de movilización poblacional. Para el caso de la investigación enfocada solo en el sector farmacéutico en el consumo de medicamentos se evidencio que existe una demanda que no concuerda con el perfil epidemiológico del país, fallas de mercado, donde las zonas rurales se ven mayormente perjudicadas en el acceso a medicamentos por sus bajos ingresos y principalmente por las ubicaciones del centro de dispensación de productos medicinales.

Por lo tanto, existe un problema complejo cuya solución debe ser enfocada desde la prioridad del derecho a la salud en contraposición a posibles intereses comerciales, todas estas implicaciones son el principal motivo de la investigación, la misma que está estructurada de la siguiente manera:

El primer apartado aborda los principales conceptos llevados a cabo para tener el conocimiento previo al desarrollo y análisis de los medicamentos y el acceso a los mismos por parte de la población Ecuatoriana, constituye la fundamentación teórica de la investigación que sustenta la problemática del mercado farmacéutico nacional.

Una vez desarrollado la fundamentación teórica se presenta el primer capítulo, el cual analiza el estado del mercado farmacéutico, enfocado en su estructura de oferta en los años 2009-2014 abordados por publicaciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC y por el Banco Central del Ecuador; en el caso de la demanda se expone en el 2011-2012 a través de la encuesta de ENIGHUR, la misma que registra el número de medicamentos abordados para el análisis, desplegando por diferentes categorías como provincias y por niveles de escolaridad y seguridad social.

El segundo capítulo, comienza con un estudio sobre la trayectoria de las medicinas en Ecuador, luego da paso a un análisis del acceso a medicamentos a la población a nivel nacional, seguido por el nivel de inversión por parte del gobierno en el sector farmacéutico.

Finalmente, el tercer capítulo, se centra en el marco normativo de las políticas públicas para incrementar el acceso a los medicamentos, seguido por la elaboración de lineamientos de política pública con relación a experiencias internacionales para mejorar el acceso a medicamentos.

Por último se encuentran las conclusiones y recomendaciones de la investigación, donde se muestra que efectivamente el estado está buscando la manera de mejorar el acceso a recursos farmacéuticos, ya que diferentes propuestas y programas se están llevando a cabo

para difundir la competitividad del mercado nacional frente a las grandes importaciones de empresas transnacionales y particulares. Mientras tanto, las recomendaciones sugieren contemplar más apertura a promociones de medicamentos genéricos con el fin de acaparar más el mercado nacional, y mejorar el mapeo de la estructuración y ubicación de los centros de salud.

Metodología del Trabajo

La investigación que se realizó fue de tipo descriptivo de acuerdo a que se establece un problema social en el que se involucran tanto variables económicas, políticas y sociales que resultan a la falta de acceso a medicamentos como derecho prioritario de la salud de la población, ligado a ello a las causas y características de la situación del objeto de estudio, consecuentemente a esto se aportó lineamientos políticos utilizados para el incremento de medicamentos.

Asimismo se analizó los gastos e ingresos de los hogares de la población ecuatoriana, con el fin de evaluar costos económicos, por lo cual la investigación fue descriptiva, ya que su aplicación no se limitó a la recolección de datos, sino a la predicción e identificación de las relaciones para exponer cuidadosamente los posibles resultados, con la obtención de conocimiento significativo que aportó a la investigación.

Las fuentes de información que se utilizaron para esta investigación como primarias fueron: el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos INEC, en el cual a través de esta institución se analizó la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales ENIGHUR 2011-2012 y otras publicaciones de estadísticas. Bases de datos del Banco Central del Ecuador y del Censo poblacional.

Mientras tanto para la fijación de precios de los medicamentos, la fuente de información fue la Secretaría Técnica de Fijación y Revisión de precios de medicamentos de uso Humano proporcionado por el Ministerio de Salud Pública.

En el caso de fuentes secundarias la información que se usó fueron principalmente: tesis relacionadas con el tema, publicaciones, textos referentes al servicio de fármacos y centros de salud con respecto su capacidad operativa, políticas públicas y programas tanto nacionales como internacionales. También se consideró las publicaciones de la Organización Mundial de la Salud relacionadas con medicamentos y los diferentes factores que intervienen para su distribución en la población.

Para obtener mayor información actual sobre programas de acceso a medicamentos se tomaron en cuenta la institución que rige la salud en el país que es el Ministerio de Salud Pública y en el ámbito internacional se tomó en cuenta la Organización Panamericana de la Salud que promueve la estrategia de atención primaria en salud como una manera de extender los servicios de salud a la comunidad y aumentar la eficiencia en el uso de los escasos recursos.

Pregunta general

¿Cuáles son los lineamientos de política pública que pudiera adoptar el Estado para incrementar el acceso a medicamentos en función de las cifras disponibles a partir del año 2009?

Preguntas específicas

¿Cuál es la situación de la demanda y oferta de medicamentos en el Ecuador?

¿Cuál es el nivel de acceso a medicamentos por parte de la población ecuatoriana?

¿Qué lineamientos pudiera adoptar el Estado para incrementar el acceso a medicamentos; en base a las mejores experiencias de otros países?

Objetivo general

Incrementar el acceso de la población a medicamentos a través de lineamientos de política pública en función de las cifras disponibles a partir del año 2009.

Objetivos específicos

Analizar la situación de la demanda y oferta de medicamentos en el Ecuador.

Investigar el nivel de acceso a medicamentos por parte de la población ecuatoriana.

Establecer lineamientos de política económica que incrementen el acceso a medicamentos.

Fundamentación Teórica

Medicamentos

El medicamento es una sustancia que contiene propiedades curativas o preventivas, constituidos en una forma farmacéutica, con el fin de administrar a personas para prevenir, aliviar, mejorar el estado de salud y recuperar los desequilibrios causados por las distintas enfermedades. El medicamento puede tener una sustancia o más como base denominada principio activo, que es la sustancia que ejecuta la acción en el organismo. La forma farmacéutica es la forma en la cual el principio activo se presenta como un medicamento y esta puede ser de forma sólida (cápsulas, polvos), semisólidas (pomadas, cremas), líquidas (jarabes, soluciones), gaseosa (oxígeno). La importancia de la forma farmacéutica reside en que precisa la eficacia del medicamento (Centro de Información de Medicamentos de Catalunya [CIM CedimCat], s.f.).

Medicamentos: Bienes de consumo

Los medicamentos son bienes de consumo destinados a satisfacer necesidades humanas y que son consumidos por los usuarios/usuarios finales sin sufrir ninguna transformación posterior, pero en términos económicos tienen algunas características que los hacen específicos. Como bienes de salud integran el recurso médico y terapéutico más comúnmente utilizado, lo que significa que las limitaciones en su producción, circulación y consumo pueden tener un importante impacto negativo en la salud de la población y afectar la distribución de los stocks de los recursos de salud para la ciudadanía (Tobar, 2008: 59).

Tipos de Bienes

Para algunos pacientes, un medicamento puede considerarse un **Bien Normal**, cuya cantidad demandada aumenta a medida que se incrementa el ingreso, es decir aumenta la compra del medicamento cuando el precio baje o cuando su ingreso aumente. Frank, Robert (2009) *Microeconomía Intermedia* (7ª ed.). Estados Unidos de América: McGraw-Hill.

Para otros pacientes, el medicamento puede ser un **Bien Inferior**, cuya cantidad demandada disminuye a medida que aumenta el ingreso, es decir que a medida que el ingreso del usuario suba, este disminuirá su demanda, esto puede referirse a medicamentos genéricos y también a medicamentos más caros que no sean genéricos por mejor calidad (intensivos en tecnología). Frank, Robert (2009) *Microeconomía Intermedia* (7ª ed.). Estados Unidos de América: McGraw-Hill.

Por último, para un consumidor un medicamento específico podría considerarse un **Bien Giffen**, cuya cantidad del bien demandada aumenta a medida que aumenta el precio, esto ocurre generalmente cuando algunos pacientes asocian precios elevados con mayor calidad de un producto farmacéutico (Miranda, s.f.).

Se deben cumplir dos condiciones para que sea un bien giffen:

1. El bien en cuestión debe ser un bien inferior.

2. El bien debe representar una parte importante del presupuesto del consumidor.

Todos los bienes giffen son inferiores, pero no todos los bienes inferiores son giffen. Frank, Robert (2009) *Microeconomía Intermedia* (7ª ed.). Estados Unidos de América: McGraw-Hill.

Características particulares de los medicamentos

A los medicamentos no se los puede contemplar como si fueran bienes de consumo iguales a otros ya que poseen especiales características de mercado que son diferentes de las que tienen otros productos manufacturados como:

- Son bienes diferenciados y pueden ser sustituidos parcialmente.
- Deben ser adquiridos en situaciones exclusivas y/o específicas que no son previstas y su no uso puede representar la invalidez permanente o riesgo de muerte.
- Existe gran asimetría y falta de sincronización en la cadena de información (consumidor - prescriptor - dispensador - fabricante).
- El acceso al mercado es limitado por factores como la patente, la lealtad a la marca, los mercados segmentados, la innovación y la concentración.
- El consumidor particularmente no siempre puede decidir los bienes que puede utilizar.
- La oferta y la demanda son desiguales (Ministerio de Salud del Perú, s.f.: 41).

Las compañías farmacéuticas han utilizado las características antes descritas, como formas de estrategias y no solo centrándose en la competencia de precios, sino más bien se ha dado que a nivel mundial se viene desarrollando de forma constante la industria de genéricos, esto impulsado por una gran parte la presión de la opinión pública y por otra parte las empresas prestadoras de salud que buscan reducir la cuenta farmacéutica (Ministerio de Salud del Perú, s.f.: 41).

Interpretaciones económicas del medicamento

La industria farmacéutica en la parte de la actividad económica muestra dos principios. Por un lado es intensiva en conocimiento, permitiendo generar un gran valor agregado que la convierte en estrategia para un desarrollo competitivo. Por el otro lado, se encuentra directamente vinculada al bienestar individual y social a través de la variable más sensible que es la salud. Por lo tanto se interpreta como bien social y de mercado. (Tobar & Sánchez, 2005: 11).

El medicamento como bien social

Si a los medicamentos se los analiza desde un punto central: en el paciente y en la comunidad, se refieren a bienes sociales o públicos. Bienes cuyo consumo beneficia no solo a quien lo elabora sino también a otros (Tobar & Sánchez, 2005: 12). Los bienes públicos se caracterizan por ser bienes de consumo no rivales¹ y bienes con la imposibilidad de excluir

¹ **Consumo no rival:** Se refiere a los casos en los que el consumo de una persona no impide o reduce el consumo de otra. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3a ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

a nadie de sus beneficios, son bienes públicos puros aquellos bienes que cumplen con estas dos características. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

En este sentido el medicamento como bien social necesita de una estructura detallada con un programa de investigación y desarrollo de nuevas moléculas orientadas a resolver los problemas epidemiológicos de un país, o más aún del mundo en su conjunto, centrada a reducir la carga global de enfermedades. Por lo cual, la industria farmacéutica iría en un camino que inicia con la investigación y desarrollo de fármacos, después su producción, comercialización, prescripción, dispensación, para que finalmente se concluya a la utilización por parte de los pacientes (Tobar & Sánchez, 2005: 12).

Dependiendo de lo anterior mencionado, el registro y la producción deberían ser limitados al criterio de medicamentos esenciales y no habría productos huérfanos (aquellos que nadie se interesa en producir por su falta de rentabilidad). La financiación sería predominantemente pública ya que esto permitiría garantizar la igualdad en el acceso para todos los sectores sociales; la estructura de los precios sería precisa, transparente y fuertemente controlada por el Estado. Además la comercialización debería ser limitada a centros de farmacia con profesionales a cargo y el marketing médico fuertemente regulado y restringido a controles (Tobar & Sánchez, 2005: 12).

La farmacovigilancia debería intervenir para el respectivo control y para la verificación del uso racional de los fármacos en los distintos procesos, tanto dispensación como en las rutinas y usos por parte de los pacientes (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2011).

El medicamento como bien de mercado

El medicamento como bien de mercado se asocia más a la realidad de los países Latinoamericanos. El bien de mercado es un bien que se comercializa a través de un sistema de precios, es decir que tienen la propiedad de exclusión, es posible impedir que los individuos disfruten de ellos si no pagan. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

De esta manera, la industria farmacéutica inicia, la investigación y el desarrollo (I+D) de productos con incentivos generados por intereses comerciales (utilidad) que por intereses en la salud pública. La cantidad de enfermedades tropicales dejadas a un lado dan evidencia de lo mencionado. Desde 1910 hasta 1970 el aporte en la reducción de la carga global de enfermedades por parte de la industria farmacéutica fue significativa, pero luego esta se reduce porque la línea de proceso del medicamento como bien de mercado se orienta a la búsqueda de rentabilidad, siendo su estructura o cadena de proceso concentradas en la producción y comercialización de productos que generen utilidad (Tobar & Sánchez, 2005: 13).

Demanda

La demanda de los medicamentos, puede ser producida por los pacientes o por los médicos, que dependiendo de las circunstancias pueden ayudar a aumentar o disminuir la demanda

de un producto o marca específica. Sin embargo, la demanda de los medicamentos también puede estar determinada por:

- El nivel de ingreso de las personas
- Los precios de los medicamentos
- Los mecanismos de financiamiento
- La estructura de la oferta
- Las regulaciones para el acceso, del manejo y uso de los medicamentos
- El perfil epidemiológico de la población (Zerda, Velásquez, Tobar & Vargas, 2001).

Adicionalmente, los consumidores pueden contar con una característica en su demanda por medicamentos, denominada elasticidad precio del mercado. Lo que significa, que por más que el precio de un bien suba o baje, los consumidores no dejarán de consumir ese bien, por ejemplo un paciente que depende de insulina, la demanda no cambiará independientemente de si el precio se incrementa o se reduce, ya que la necesita. Es decir, los bienes que son de necesidad básica para el ser humano por más de que su precio varíe la demanda no cambia (Ley de la demanda). Para los casos, en que los pacientes son extremadamente sensibles en su demanda, ante variaciones pequeñas de los precios, se dice que cuentan con una mayor elasticidad. En otras circunstancias, la sensibilidad de los pacientes frente a los precios de los medicamentos, puede afectar la demanda de manera exagerada cuando el precio sube (Miranda, s.f.).

Demanda generada por los Usuarios

La demanda generada por los usuarios resulta de la automedicación o la auto-prescripción, en función del tipo de medicamento (venta libre o prescripción obligatoria).

La automedicación: Es la decisión individual de consumir un medicamento de venta libre, donde no es indispensable para el consumidor la intervención del médico. Se llama medicación al acto de administrar un medicamento y automedicación al de aplicarlo a sí mismo por voluntad propia. La automedicación es impulsada por las casas productoras de medicamentos con grandes inversiones en publicidad (Zerda et al, 2001).

La auto-prescripción: Es la decisión de un individuo de recetarse un medicamento que debería ser prescrito por un profesional, o de aceptar una recomendación de consumir tal bien por un tercero no facultado. Si existe una demanda de medicamentos por auto-prescripción muestra que en el uso de los medicamentos consta: mala calidad de los servicios de salud y vacíos en los controles públicos a la venta con prescripción médica. En la auto-prescripción el usuario toma riesgos y su decisión no puede ser la más acertada, es decir que incurre en un menor costo-efectividad de tal manera que perjudica su salud y su ingreso. La auto-prescripción es impulsada mediante publicidad y mediante estímulos (premios) a los dueños y dependientes de las farmacias, que son los asesores más frecuentes de los usuarios (Zerda et al, 2001).

Prescripción: Es la acción de indicar el medicamento que debe recibir un paciente, incluyendo la dosis y la duración de tratamiento. La prescripción la hace personal autorizado, mediante una receta médica (Zerda et al, 2001).

Demanda generada por los médicos

La demanda que generan los médicos es más significativa en los países donde hay sistema de seguridad social avanzada y una alta accesibilidad. Como ya se señaló, deciden la combinación tecnológica, los medicamentos a ser usados en tiempo y en cantidad. Por este motivo, los laboratorios productivos de medicamentos se centran en influir en la decisión de los médicos a través de información, estímulos e incentivos para prescripción de un medicamento específico (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

El mercado se ubica a establecer en los médicos la presencia de una determinada marca, a través de: visitas explicativas, muestras gratuitas, folletos y afiches de apoyo, objetos alusivos y publicidad en publicaciones especializadas y eventos profesionales. Al mismo tiempo se acostumbra financiar actividades científicas y recreativas. Además existe una práctica de las comisiones, donde por volumen de prescripción, se entrega una contribución porcentual por las ventas al médico, en especial cuando el medicamento posee un alto precio (OPS, 2001).

Demanda Institucional: Listas y gerencia de medicamentos

La demanda institucional de medicamentos es la encargada de hacer un buen uso de todos los recursos de salud, mediante mecanismos para una optimización de la demanda institucional se ha formulado dos aspectos muy relevantes: El uso de listas y el mejoramiento de la gerencia de medicamentos (OPS, 2001).

Listas de medicamentos: El componente más utilizado y recomendado para normalizar la demanda de medicamentos en los sistemas de seguridad social de salud es la preparación de listas restrictivas, donde incluyan **listas positivas**, que son las que el sistema considera medicamentos más costo efectivos y **listas negativas**, que se consideran inaceptables por su bajo costo efectividad. Las listas varían por países, dependiendo: del perfil epidemiológico y de la oferta de medicamentos en cada uno, estas deben ser actualizadas (OPS, 2001).

Cuando las listas se basan en denominaciones científicas tienen un impacto positivo, mientras que cuando se basan en denominaciones comerciales pueden tener un impacto negativo. “La Organización Mundial de la Salud promueve en todos los países el establecimiento de **listas de medicamentos esenciales**, elaboradas con criterio farmacológico (seguridad y eficacia), epidemiológico (patologías prevalentes) y financiero (precio)” (OPS, 2001).

La gerencia de los medicamentos: Esta tiene un peso decisivo. La experiencia muestra que cuando existen niveles de pérdida por vencimientos, deterioro, sustracción y otras limitaciones de almacenaje, errores de distribución y dispensación y manejo inadecuado, es posibles eliminar o reducir los niveles de pérdida adoptando tecnologías eficientes en dos sectores: minimización de stocks y la gerencia de medicamentos dentro de las unidades de salud (OPS, 2001).

Minimización de stocks: Las maneras más eficaces son:

- Cambio de modelo tradicional (compras en grandes volúmenes), con el fin de que no exista el peligro de escasez (Zerda, Velásquez, Tobar & Vargas, 2001).
- Cambio en las prácticas de distribución a los usuarios por contratos de suministro por redes de farmacias (Zerda et al, 2001).

Gerencia Moderna: En las unidades de salud se ha logrado ahorros hasta el 50%, dentro de la gerencia existen diferentes manejos como:

- Listas específicas según las necesidades propias del centro de salud.
- Identificación de mejores proveedores mediante concurso.
- Garantía de presupuesto y flujos de pagos de acuerdo a las necesidades de la unidad de salud.
- Manejo de inventario muy reducido (Zerda et al, 2001).

Otros factores condicionantes de la demanda: precios, ingresos y financiamiento

Estos factores condicionantes tienen un peso financiero fuerte para el consumidor: el costo del tratamiento, el precio de los medicamentos, el ingreso y el sistema de financiamiento influyen enormemente en la decisión que tomará el usuario para su tratamiento (OPS, 2001).

Oferta

La oferta de medicamentos resulta de un pequeño grupo de empresas productoras, básicamente transnacionales, la oferta es crecientemente oligopolística, por lo que en los últimos años se acelerado el proceso de control y concentración que ha implicado las fusiones de las grandes firmas multinacionales (OPS, 2001).

Estructura de la oferta de medicamentos

Las empresas productoras de medicamentos manejan directamente o por terceros los mecanismos de distribución de los fármacos y los mecanismos para moldear la demanda. Las políticas restrictivas a las importaciones han hecho que las empresas nacionales, cuya capacidad de investigación es mínima, se protejan de la competencia externa y esto ha provocado que se insiste en el equilibrio entre las importaciones y producción nacional de medicamentos (OPS, 2001).

Pero en los últimos años la industria nacional de medicamentos se ha debilitado y tiende a desaparecer por cinco razones:

1. Avance de las tecnologías de síntesis química y biotecnología.
2. Apertura general de las importaciones, ya no hay mucha protección a la producción de pequeñas empresas.
3. Avance de las políticas internacionales de propiedad intelectual.
4. Aumento de las escalas por efecto de la globalización, hacen más rentable producir en un país base y distribuir mundialmente.

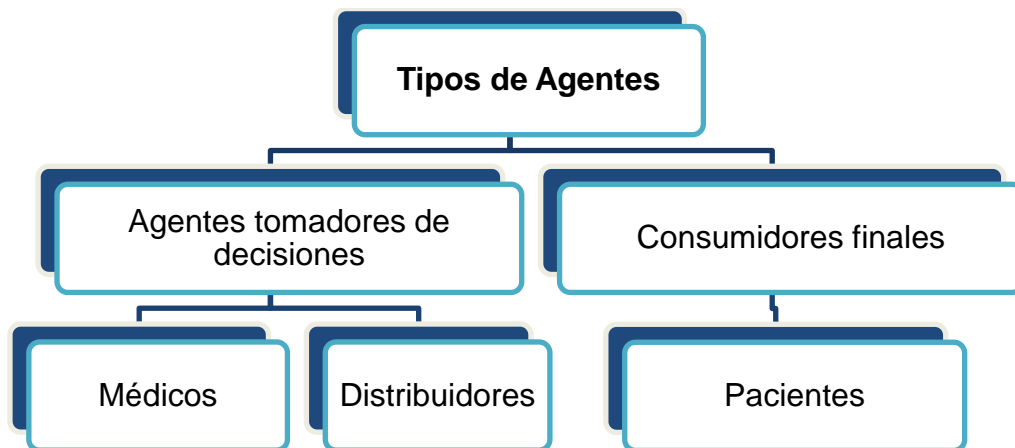
5. Fortalecimiento de los controles sobre buenas prácticas de manufactura en algunos países (OPS, 2001).

Esto ha incitado a que algunas empresas nacionales se asocien con multinacionales provocando ventajas como: facilidad para introducirse en el mercado nacional de nuevos medicamentos y capacidad para poner a disposición de las multinacionales sus mecanismos de acceso a los médicos y farmacias, mediante brigadas de visitantes que se han ganado su confianza (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Tipos de agentes

En el sector farmacéutico, dado que la demanda no solo depende del consumidor final, sino también del comportamiento de los médicos y el personal que actúa en hospitales y droguerías, que finalmente son los que entregan el medicamento al usuario, se los clasifica de la siguiente manera, como se observa en el gráfico No 1 a continuación (Velásquez, Gómez, Castaño, Herrera & Ramírez, 2013).

Gráfico No 1 Clasificación de los Tipos de Agentes en el Sector Farmacéutico



Fuente: Velásquez et al, 2013.

Elaboración: Evelyn Tapia

En este sentido, pueden distinguirse tres tipos de consumidores:

1. **Comprador directo:** Persona que interviene en medicamentos de venta libre, para este tipo de comprador posiblemente la demanda sea elástica, ya que su posible elección esté sujeta a su restricción presupuestaria (ingreso), con relación al precio.
2. **Médico como agente del paciente:** Este tipo de consumidores participarán en el mercado ético (el médico elige entre los medicamentos con el mismo ingrediente activo, el que mejor se ajuste a las características del paciente según su enfermedad. Después, el médico elige el tipo de producto (marca o genérico); en este caso el médico, dependiendo de su sensibilidad a las variaciones en los precios,

puede actuar como agente perfecto o imperfecto de sus pacientes (Velásquez et al, 2013).

- 3. Pacientes con planes de salud que cubren la entrega de medicamentos:** Según Onishi (1997), este tipo de prácticas en el mercado han aumentado el grado de sustitución entre medicamentos de marca y genéricos (Velásquez, Gómez, Castaño, Herrera & Ramírez, 2013).

En la actualidad, la mayoría de medicamentos son preparados por laboratorios farmacéuticos y, para su preparación y distribución, estos deben ser autorizados por el **Ministerio de Sanidad y Consumo** con un nombre exclusivo registrado. Todos los procedimientos con la investigación, fabricación y distribución están rigurosamente regulados por las leyes que protegen la salud de los ciudadanos (Centro de Información de Medicamentos de Catalunya [CIM CedimCat], s.f.).

Los medicamentos han demostrado ser más efectivos en la lucha contra las enfermedades, ya que han resultado de un sin número de sustancias, procedimientos y técnicas que curan, alivian, diagnostican o previenen las enfermedades (Finlay, 1998).

Los medicamentos actuales generalmente, son productos de alta tecnología y cada vez son más potentes y selectivos. En ocasiones, son caros, por lo que es necesario compararlos con otras alternativas, tanto en términos económicos como de calidad de vida. La época moderna se caracteriza por el incremento en la escasez de recursos y en la demanda sanitaria. Los factores demográficos, la cobertura de los servicios, el envejecimiento de la población que traen instaladas más enfermedades crónicas, la disponibilidad de alta tecnología sanitaria, y otros, hacen que los gastos en salud crezcan en porcentajes dentro del Producto Interno Bruto de muchos países. (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001). “Dentro del gasto en salud se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que tienen desde los encargados de la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos, hasta los propios pacientes” (Finlay, 1998).

Toda esta nueva gama de tecnología con el descubrimiento de nuevos químicos hace muy complicado pronosticar lo que será el sector farmacéutico y en sí la medicina en el siglo XXI, entre más es sofisticada la medicina, los médicos, las farmaceutas se convierten en una fuerza laboral presionada por la competencia, la economía, la sociedad, la racionalización del gasto, el control médico y la industria de apoyo. Según Jácome la brecha entre la gran tecnología y la atención primaria es cada vez más significativa, ya que el ser humano es más longevo y su salud es un derecho primordial de todos los ciudadanos (Jácome, 2008: 14-89).

El interés por cuidar el bienestar del paciente pierde valor ante la necesidad de que el médico debe cuidar sus propios intereses y el patrimonio de la empresa que le asegura, por lo cual el contacto del médico con el paciente es cada vez más rápido y la visita se vuelve constante; pero las recetas de medicamentos es cada vez más reducida, por el empuje de nuevas moléculas que deben ser despachadas para permanecer con el ciclo de investigación – hallazgo- mercadeo – utilidades, que hasta el día de hoy parece el único sistema que lleve al progreso (Jácome, 2008: 14-89).

Así mismo, el funcionamiento de precios cambia entre los países, la presencia de genéricos, el poder de negociar de las grandes industrias de cadena, y muchas otras cosas más provoca que la acción del médico sea presionada por un tiempo límite en la consulta, formularios, auditores, presión de los empleadores y la de los pacientes que piden autorizaciones hace que la interacción del médico con los pacientes sea corta. Por eso es de suma importancia que la prescripción en la adquisición de los medicamentos no solo se piense en las ganancias o por despachar mercadería sino en el paciente (Ayala, 2014: 23-26).

La Administración de Medicamentos y Alimentos FDA (Food and Drug Administration), en 2007 ha aprobado un montón de medicamentos biotecnológicos como la insulina humana como producto principal, en un futuro no muy lejano se considerará que el 20% de la formulación será de este tipo de medicamentos, pero a causa de la presión que demandan los ciudadanos a la hora de que sus necesidades sean atendidas a costos accesibles ha provocado un debate entre los laboratorios por la duración de la patente y el lanzamiento de genéricos y con el esmero de abaratar costos se ha empezado aparecer genéricos de estos medicamentos, pero en Europa no lo aceptan que se les llamen genéricos sino biosimilares, a parte que la eficacia terapéutica todavía no está en el mercado (Jácome, 2008: 14-89).

Acceso a los medicamentos

El acceso a medicamentos como definición implica su obtención con o sin pago del usuario del fármaco que requiera, complementado a que:

El acceso a medicamentos implique no solo su expedición sino también los servicios farmacéuticos, inclusión del fenómeno de automedicación, calidad del producto y del servicio per se, acceso a la información sobre el uso racional del medicamento, sostenibilidad y continuidad del servicio (Oscanoa, 2012: 120).

Es un factor clave promover el acceso a los medicamentos ya que son esenciales para la salud de las personas, el éxito de lograr un acceso significaría cumplir y respetar el derecho a la vida, garantizar un beneficio de los avances tecnológicos y honrar los innumerables acuerdos internacionales. Esto representaría un beneficio para combatir enfermedades que son inexistentes en países desarrollados pero no en vías de desarrollo y directamente relacionado a mejorar la eficiencia de los sistemas nacionales de salud (IFPMA, 2014).

La OMS reconoce que el acceso equitativo a unos medicamentos seguros y factibles es de valiosa importancia para que todo el mundo disfrute del grado máximo de salud que se pueda alcanzar (Organización Mundial de la Salud, 2009). Por esta cuestión los Estados Miembros de la OMS confirmaron su obligación y responsabilidad con esos principios en mayo del 2008, con la adopción de una resolución sobre la estrategia y plan de acción mundial sobre salud pública, innovación y propiedad intelectual. Asimismo aportando la resolución que expresa el compromiso de una mejor distribución de todos los productos sanitarios y dispositivos médicos con el acceso a los mismos mediante la superación de los obstáculos a dicho acceso.

En el año 2001, 193 países habían reconocido en su constitución el derecho a la salud como prioridad. El Consejo Económico y Social ha destacado que la sección correspondiente del

pacto significa que productos médicos, incluyendo medicamentos, deben estar disponibles, accesibles, asequibles y seguros (calidad). Por lo cual el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales se refiere a la disponibilidad adecuada de los productos farmacéuticos como un componente del derecho a la salud (Dukes, 2004).

La situación del acceso a medicamentos afecta a más de la tercera parte de la población mundial, el 20% de la población mundial usa el 80% de los medicamentos, lo que significa un gasto per cápita de 400 dólares de los países desarrollados frente a 4 dólares para los países en vías de desarrollo (PVD) (FARMAMUNDI, 2008: 20).

Sin embargo entre 2007 y 2012 se ha hecho mucho énfasis en diferentes países en desarrollo en promover medicamentos genéricos que se suponen son más baratos que los de marca, pero que solo han estado disponibles en el 56% de los establecimientos públicos. Además, los precios de los medicamentos genéricos en el sector privado, eran cinco veces superiores a los precios de los medicamentos internacionales. Lo que resultó en que ciertos medicamentos basados supuestamente en bajos precios son inaccesibles para muchos hogares y como consecuencia más de 15 millones de personas mueren cada año por enfermedades que existe tratamiento pero no tienen posibilidad de acceder (OMS, 2014).

Según Tobar (2002: 42), existen tres barreras que impiden el acceso a los medicamentos y son:

1. "Barreras socio-sanitarias establecidas por las diferentes modalidades de organización y estratificación social.
2. Barreras dependientes de los esquemas de protección de los sistemas de salud.
3. Barreras propias de la dinámica económica del mercado de medicamentos".

Sin embargo, la OMS contempla que un individuo tiene acceso a medicamentos esenciales cuando posee:

- **Accesibilidad geográfica:** Es decir tiene el poder de adquirir medicamentos a una distancia corta.
- **Disponibilidad Física:** En todos los centros de salud sean públicos o privados deben haber fármacos.
- **Costo razonable:** Precio real sea financieramente posible (accesible).
- **Prescripción racional:** El fármaco sea utilizado adecuadamente según lo recetado (Oscanoa, 2012: 120).

Con el fin de lograr un acceso equilibrado de los medicamentos esenciales la OMS ha realizado una propuesta que conlleva cuatro puntos fundamentales:

1. **Selección y uso racional de los medicamentos:** Enfatizando a la realización de listas de medicamentos esenciales en cada país, con el uso de guías de práctica clínicas que demuestren efectividad, seguridad, calidad y costo-efectividad.
2. **Precios asequibles:** Políticas de medicamentos genéricos, programas que incentiven la producción local en favor a suministrar la población nacional, mayor información sobre los precios, entre otras estrategias.

3. **Financiamiento sostenible:** Mecanismos de financiación equitativa, como donaciones internacionales o apoyo del gobierno, seguro social de salud, pago de bolsillo y copagos.
4. **Sistemas fiables de suministro:** El sistema público y privado de suministro de medicamentos se unan con el fin de asegurar una disposición de fármacos esenciales. (Oscanoa, 2012: 121).

Tipos de Medicamentos según la libertad para acceder a ellos

Los medicamentos se dividen en dos grandes grupos, que los diferencian como productos legal y económicamente diferentes:

- **Medicamentos de venta libre:** Pueden ser adquiridos por decisión autónoma del comprador, sin requerir autorización facultativa (Organización de la Salud Mundial [OMS], 2001).
- **Medicamentos de prescripción obligatoria:** Solamente pueden ser adquiridos y vendidos con base en la formulación de un médico habilitado para el efecto (Organización de la Salud Mundial [OMS], 2001).

Factores que impiden el acceso a los medicamentos

Estos factores están asociados por el lado del mercado, estrategias políticas o de interés propio, falta de recursos, información y demás; y son los siguientes:

- **Investigación y Desarrollo:** Este factor engloba todo un proceso que rige seguridad, eficacia, formulación y fabricación; con estudios preclínicos y una serie de ensayos clínicos para la aprobación de un medicamento. La investigación y desarrollo (i+D) de nuevos medicamentos es un reto fundamental para la industria farmacéutica, implica tiempo (12 a 15 años), una enorme inversión y un procedimiento bastante complejo y riguroso (Román, 2014: 37-40).

Las grandes empresas farmacéuticas se están dedicando a la producción de sus propios medicamentos genéricos luego de que expire la patente, por lo cual la investigación y el desarrollo ha sido un problema para el acceso a medicamentos en los países pobres que no tienen la capacidad de financiar muchas enfermedades que en países desarrollados ya son inexistentes, sólo el “10% de la I+D se dirige hacia los problemas que suponen el 90% de la carga mundial de enfermedad”, denominado el desequilibrio 10/90 o Gap 10/90 (FARMAMUNDI, 2009: 20).

Es claro que las industrias han dejado de invertir en muchas enfermedades o patologías que son prevalentes en países pobres como el caso de la Malaria, se ha comprobado que un 95% de éxito puede ser erradicado con el fármaco Coartem (elaborado por la empresa Novartis), sin efectos adversos. La OMS lo aconseja como primer fármaco para esta enfermedad autorizando su comercialización, sin embargo en las zonas afectadas el bien no

ha sido adquirido o lo poco que ha sido suministrado no ha sido suficiente para la erradicación por falta de una adecuada estructura sanitaria (Román, 2014: 25-27).

El informe de la Comisión de Derechos de Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública (CIPIH por sus siglas en inglés), emitido por la OMS, concluye concretamente que es necesario plantear nuevas soluciones para incentivar la I+D de productos que requiere la población. En el mercado, existen dos mecanismos de financiamiento e incentivo a la investigación médica (FARMAMUNDI, 2009: 21).

La clave del problema en investigación es la estrecha relación del precio del producto final, por lo cual muchos expertos concluyen que el modelo actual lleva impuesto los mecanismos pull, que conducen a que los mercados de monopolio se incentiven a investigar solo con el fin de adquirir ganancias (a un solo mercado de pacientes) y recuperar los costos con un precio elevado, resultando un obstáculo en el acceso a los medicamentos. Sin embargo, muchos expertos están reformando para considerar alternativas y complementar con un nuevo modelo el sistema actual, para ello se ha evaluado la negociación del Grupo de Trabajo intergubernamental sobre Salud Pública, Innovación y Propiedad Intelectual (IGWG) en la OMS, utilizando patentes mancomunadas como estrategia, es un sistema de gestión colectiva de la propiedad intelectual, donde se agrupan patentes con el fin de administrar y licenciar a terceros a cambio de una regalía, esto permitiría crear economías de escala entre países y facilitar la introducción de mercado genérico (FARMAMUNDI, 2009).

- **La abundancia de comportamientos comerciales que limitan o impiden la competencia:** El más utilizado por los países en vías de desarrollo es el uso de la marca comercial, que presenta el medicamento como un bien único y oculta las posibilidades de sustituirlo por otros. Además otro aspecto es la lealtad que se tiene por algunas marcas, todo esto refuerza a que las multinacionales farmacéuticas actúen bajo condiciones monopolísticas (OMS, 2001).
- **La asimetría de información:** Los usuarios tienen poco conocimiento sobre las ventajas, peligros y equivalencias de los medicamentos que deben adquirir, de modo que deben confiar en un tercero (el médico o el dependiente de la farmacia), quien a su vez posee menos información que el productor (OMS, 2001).
- **El desequilibrio en el poder de mercado:** (monopolio u oligopolio), frente a muchos compradores dispersos, de manera que los precios usualmente no reflejan los costos de producción sino el poder de la oferta (los productores y las cadenas de distribución) (OMS, 2001).
- **Distribución:** Es preciso que los medicamentos se conserven en sus propiedades originales, por eso es necesario mantener en una temperatura, humedad y manipulación adecuada. La distribución del medicamento debe consignar el control y el permiso, para los medios de transporte y los lugares de almacén de acuerdo a la estructura de demanda hasta que el medicamento llegue al paciente en buen estado. En este proceso intervienen las empresas de distribución mayorista, las oficinas de farmacia y los servicios farmacéuticos hospitalarios con los diferentes métodos de suministro (FARMAMUNDI, 2009: 22).

- **Precio asequible:** La mayoría de medicamentos no tienen en cuenta la capacidad de pago de la población (FARMAMUNDI, 2009: 22).

Los precios de los medicamentos no tienen relación directa con los costos de investigación científica de los laboratorios que los producen ni tampoco dependen únicamente de los costos directos de producción ya que estos costos generalmente se recuperan con los primeros años de comercialización. Por lo tanto los precios finales de los medicamentos están formados por su precio de fábrica y el margen de comercialización (Ver Tabla No 1) (OPS, 2001).

Tabla No 2 Formación de Precios Finales

| Precio de Fábrica | Gastos de Comercialización |
|---|---|
| Gastos de investigación, producción y empaque (mayoría de medicamentos son > al 5% del precio de venta) | Costos de operación de los intermediarios (mayoristas, minoristas). |
| Ganancia de los laboratorios (depende de su fuerza de mercado) | Ganancia de quienes realizan la intermediación |
| Gastos de promoción (publicidad, programa de visitantes médicos, etc.) | |

Fuente: Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2001

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

- **Prescripción racional:** Las prescripciones están fuertemente influenciadas por la capacidad que tienen las empresas de negociar su producto a través de estímulos que beneficien más a la ganancia de la empresa que a la persona que adquirirá el producto. Esta es determinada en función de la satisfacción que el individuo obtuvo a la hora de aliviar su salud. “Según la OMS más de la mitad de los medicamentos se prescriben, dispensan o comercializan de manera inapropiada”. Por lo cual se crea un consumismo insuficiente o indebido de medicamentos de venta libre o bajo receta (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

La prescripción es un “reflejo de actitudes y expectativas en relación con el curso de la enfermedad y el papel que los fármacos que pueden jugar en el tratamiento. En la prescripción se demuestra los fármacos disponibles, información que existe sobre ellos y la forma como está es proporcionada al médico y el cómo lo interpreta; condiciones, tiempo, medios diagnósticos, patologías importantes que se desarrollan durante la atención médica (Arnau & Laporte, s.f.).

Los siguientes factores modifican la calidad de la prescripción por ejercer de forma educativa, incentivadora, restrictiva o por cualquier otra forma moduladora (Baos, 1999).

1. La Administración Sanitaria.
2. Los Médicos

3. La Población
4. Las Oficinas de Farmacia
5. La Industria Farmacéutica (Baos, 1999).

En consecuencia los mercados de medicamentos no son equitativos ni eficientes ya que tienden a ser imperfectos, es decir no garantizan el acceso a medicamentos para todos los que requieren, y asimismo provoca que en el mercado no se ejerza la soberanía del consumidor pues éste no sabe cuál es su mejor opción y tiene que decidir bajo presión. **La soberanía del consumidor**, es una condición esencial para que el mercado se maneje como instrumento correcto de distribución que satisfaga las necesidades del individuo (OPS, 2001).

El comercio internacional con los acuerdos establecidos por la OMC y el Acuerdo sobre los Aspectos de la Propiedad Intelectual relacionados con el comercio (ADPIC), confiere un gran poder a las distintas farmacéuticas por la exclusividad con los instrumentos de propiedad intelectual (patentes), provocando un sistema de monopolio del control total o parcial del mercado, limitando la competencia genérica y la falta de un precio asequible. El gobierno debería facilitar el suministro de medicamentos en forma gratuita y transformar los diferentes sistemas de pago para el usuario como: el sistema de copago o el pago compartido de medicamentos (mecanismo mediante el cual el sistema paga una parte del precio y el usuario paga la otra), que en vez de ayudar perjudica a la persona que no tiene el medio para adquirir sus fármacos (FARMAMUNDI, 2009: 24).

Según la OPS (2001), el pago compartido se fundamenta para que el usuario pague por dos razones:

1. Contribuya en el financiamiento del sistema.
2. Para que sirva como un desestimulo al consumo innecesario.

Pago compartido o copago: Es la vía de financiamientos de un servicio de salud por el cual el usuario paga una cantidad cada vez que lo utiliza. (Departamento de Salud de Cataluña [CatSalut], 2014: 9).

Pero este pago compartido de medicamentos es perverso porque demanda contribuciones que no están relacionadas al nivel de ingreso de las personas sino a la condición de la enfermedad y sus costos para la recuperación, como resultado discrimina a los más enfermos y pobres. Según la OMS es más social y económicamente beneficioso implementar cuotas de aseguramiento proporcionales al ingreso (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Si se considera al copago como una cuota moderadora de consumo de medicamentos, el usuario tiene la capacidad de escoger el medicamento, puede optar entre adquirir o no, o puede escoger diferentes marcas a distinto precio, esta sería una forma razonable para no cargar al usuario de cuotas que en su mayoría son impuestos a mayor de la capacidad de pago (Organización Panamericana de la Salud, 2001).

- **Financiamiento sostenible:** El gran reto de todo sistema de salud es conseguir la sostenibilidad, pero esta no se debe conseguir a costa de dejar a un lado a la

población vulnerable del acceso a la salud. Existen diferentes sistemas de financiamiento que se complementan y se superponen entre sí:

- Financiamiento público
 - Seguridad social
 - Pago por el usuario
 - Financiamiento para donantes (FARMAMUNDI, 2009: 23).
-
- **Sistema de salud y provisión fiable:** En los diferentes centros de salud existen dificultades con respecto a la disponibilidad de los medicamentos debido: falta de previsión presupuestaria, aspectos de tipo logístico y malversación de los medicamentos. Por ley los medicamentos deben estar disponibles en forma adecuada, lugar adecuado y calidad adecuada (FARMAMUNDI, 2009: 23).
 - **Uso racional:** Contempla a que los usuarios adquieran los medicamentos en forma precisa y adecuada a sus necesidades clínicas, proporciones exactas durante el periodo que requiera y a un costo viable, esto implica un diagnóstico adecuado y un cumplimiento terapéuticos de acuerdo a la prescripción facultativa del médico (FARMAMUNDI, 2009: 23).

Rol del Estado

En los últimos años ha aumentado el interés por el estudio de los medicamentos a nivel mundial; su estructura, los derechos de propiedad intelectual, los acuerdos sobre el comercio. Esto se ha debido a la toma de conciencia con respecto a problemas económicos, políticos y sociales que han generado la gran cantidad de enfermedades transmisibles en muchos países pobres. Las enfermedades infecciosas se esparcen con una velocidad geográfica que en cualquier otro momento de la historia era mucho más difícil, actualmente existen 40 enfermedades que se desconocían en una generación atrás y la dependencia de fármacos por parte de la población es cada vez más requerida, todo esto implica nuevos desafíos por combatir para los sistemas de salud y los gobiernos. (FARMAMUNDI, 2009: 2-5).

El cumplimiento o deber del Estado es proteger y trabajar por el bien común con el fin de alcanzar una distribución equilibrada de la riqueza entre todos sus ciudadanos, para controlar aquellas cosas que desestabilizaban el buen funcionamiento de la economía. (Míguez & Santarcángelo, 2007). Por lo tanto, el Estado como las Autoridades Reguladoras Nacionales (ARN) deben estar involucradas en la conformación del precio de los medicamentos, por ser un elemento principal de la regulación que está en estrecha relación con la política farmacéutica (Herrera, Picos, Vega, & Pérez, 2007).

Los gobiernos deberían facilitar la variedad y la competencia en el funcionamiento y la prestación de servicios de salud, concentrándose en financiar a un grupo de actividades de salud pública y servicios clínicos esenciales, para que de lo demás se ocupe el financiamiento privado: por vía de seguros privados o sociales. Además sería factible que los gobiernos reglamenten los seguros privados, elaborando incentivos para aumentar la cobertura y reducir costos (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Reformas: Estado

Los medicamentos tienen una importancia económica enorme, por tal motivo, las reformas deberían buscar que el Estado intervenga para que se mejore el uso de los productos farmacéuticos y al mismo tiempo ayude a la estructura eficientemente del sector privado, mediante la formulación de políticas que optimicen la selección de los medicamentos en cuanto a: su racionalización, adquisición y producción. Así mismo, los gobiernos deberían incitar a que se consuma los fármacos que se encuentran en las listas básicas de medicamentos esenciales, fomentado su calidad bajo condiciones de competencia más abierta y transparente (OPS, 2001).

La finalidad de las reformas en sí en el área de salud, es asegurar la provisión de los medicamentos, apoyando las diferentes formas de financiamiento y dispensación, de tal modo que sea posible el acceso a los mismos por parte de la población. En esto, el papel del estado o de los gobiernos debería adecuarse a los diferentes esquemas de financiamiento de cada país, desde su regulador hasta el proveedor directo (OPS, 2001).

Maneras de enfocar el papel del Estado

Por un lado se puede analizar al papel del estado desde un enfoque normativo, que se ocupa de lo que debería hacer el Estado y por otro lado, desde un enfoque positivo, que se ocupa de describir tanto de lo que hace realmente como sus consecuencias. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

Enfoque normativo: Dependiendo de este enfoque, el estado debería intervenir donde hay fallas de mercado y proporcionar unos fundamentos para identificar las situaciones en las que debería ocuparse el Estado. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

Enfoque positivo: El estado debería influir cuando existen consecuencias de programas públicos. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

Fallos de la intervención del mercado

Según Stiglitz (2002), son cuatro las causas de la incapacidad del Estado para cumplir bien su funcionamiento:

1. **Información limitada:** Muchas veces los gobiernos no disponen de la información necesaria para tomar decisiones.
2. **Control limitado de las empresas privadas:** El Estado no controla totalmente las consecuencias de sus intervenciones.
3. **Control limitado de la burocracia:** El parlamento aprueba las leyes, pero delega su ejecución a un organismo público y este puede tardar demasiado en redactar los

reglamentos, cuyo contenido es fundamental para determinar las consecuencias de la legislación

- 4. Limitaciones impuestas por los procesos políticos:** Aunque el Gobierno estuviera perfectamente informado de las consecuencias de todas las medidas, existe los incentivos por parte de los políticos para actuar en interés por ciertos grupos de presión. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

Rol del Estado frente al Mercado de Medicamentos

Es necesario aplicar medidas reguladoras gubernamentales para la mayoría de las imperfecciones y fallas del mercado, que establezcan reglas de juego transparentes esto es: automáticas, conocidas, estables y vigilables (OPS, 2001). La acción estatal en los mercados de medicamentos puede corregir las fallas o agravarlas, las corrige cuando introduce condiciones de transparencia y las agrava cuando realiza intervenciones discrecionales y selectivas que aumentan los privilegios de unos a costa de deterioro de otros. Stiglitz, Joseph (2002) *La Economía del Sector Público* (3ª ed.). Estados Unidos de América: A.G.E. Fotostock.

Según la OPS (2001), la intervención del Estado en el mercado de productos farmacéuticos se demuestra desde el punto de vista ético, económico y político por las siguientes razones:

- Para contrarrestar la imperfección de los mercados
- Para enfrentar la imposibilidad de acceso al mercado de medicamentos
- Para garantizar el interés público (en el campo de los medicamentos los consumidores no actúan a veces en beneficio de su propio interés).

Regulaciones gubernamentales: Oferta de medicamentos

Es indispensables regular a la calidad² de la oferta de medicamentos a través de:

Otorgamiento de registros sanitarios: Para producir o vender un determinado medicamento, con base en estudios sobre su calidad y sobre la necesidad que se tenga del mismo a partir de consideraciones epidemiológicas y de costo-efectividad (OMS, 2001).

Control de la implementación de las buenas prácticas de manufactura: Incluye verificar que se cumpla con procedimientos que garantizan la producción uniforme de lotes de medicamentos que satisfagan las condiciones de biodisponibilidad, seguridad y eficacia (OMS, 2001).

Implementación de programas de farmacovigilancia: Identificar y valorar los efectos del uso de medicamentos en la población (OMS, 2001).

Garantía de bioequivalencia: Para que pueda haber sustitución entre productos farmacéuticos que tienen idéntica biodisponibilidad, de modo que se logren las mejores

² La calidad de un medicamento radica en que sea seguro y eficaz (OMS, 2014).

condiciones de eficacia al menor costo posible (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2001).

Estas acciones son irrenunciables en la gestión pública por su impacto en la protección de la vida y la salud de las personas, de modo que los consumidores puedan escoger con seguridad sus medicamentos a bajos costos (Comisión Multisectorial del Sistema Nacional de Salud, 2008).

Economía de la Salud

La Economía de la Salud es un método de estudio que conforma conceptos, teorías y modelos económicos y médicos, que permite analizar un estudio de la producción, financiamiento, distribución y consumo de los servicios de salud. De esta manera, el objetivo de la economía de la salud es estudiar las elecciones que buscan la asignación de recursos y la distribución de la riqueza, cumpliendo a qué, cómo y para quién producir bienes y servicios, permitiendo alcanzar un mínimo riesgo económico y social (Sánchez, 2009: 11).

Sin embargo, la salud es un bien escaso que exige de dinero y trabajo para alcanzarla, obtener significaría satisfacer necesidades en forma de demanda y más su costo de oportunidad que representaría renunciar a otros bienes. Por lo cual, se requiere de una función de producción que adopte o ajuste los recursos de manera eficientes, para obtener el mayor impacto social y proporcione un instrumento para lograr la equidad (Herrera, Rodríguez, López, Abreu, González & Casulo, 2002: 360).

Según la Organización Mundial de la Salud (1946), “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En lo que se refiere al Ecuador en la nueva Constitución del año 2008, señala que la salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia y precaución.

Así mismo, a causa de la falta y necesidad que requiere la población de medicamentos, el valor de los mismos ha resultado como un problema económico por lo cual la Evaluación Económica de Medicamentos por parte de la Farmacoeconomía constituye una herramienta importante para la toma de decisiones y para mejorar los niveles de eficiencia en el Sistema de Salud. Para lo cual, la economía de la salud designa investigar los factores que:

determinan y afectan a la salud; el desarrollo de instrumentos de política; la salud y su valor económico; la demanda y la oferta de atención médica; el equilibrio del mercado; la planeación, regulación y monitoreo de las acciones sanitarias; la evaluación integral del sistema de salud; la evaluación económica de tecnologías sanitarias específicas; y la evaluación microeconómica (Sánchez, 2009: 11).

La farmaeconomía acoge y emplea principios y metodologías de la economía sanitaria al campo de los productos y las políticas farmacéuticas. Por ende, la evaluación farmaeconómica utiliza ampliamente una variedad de técnicas utilizadas en la evaluación de la economía de la salud para un marco específico del manejo de los medicamentos. Razonablemente, la Economía y la salud mantienen una relación directa con el progreso social, una población sana es un motor para el crecimiento económico de cualquier país y los servicios de salud son determinantes en la preservación de la mayor fuerza productiva de la sociedad: el hombre (Carrera, 2011: 33-34).

Política Pública

Las políticas públicas son el conjunto de acciones, objetivos y decisiones a cargo de un gobierno para solucionar los problemas que demanda la sociedad y que son considerados como prioritarios. El estudio de las políticas públicas según Pallares debe realizarse bajo tres ámbitos: “qué políticas desarrolla el Estado en los diferentes ámbitos de su actividad, cómo se elaboran y desarrollan y cómo se evalúan y cambian, analizar qué hacen los gobiernos, cómo y por qué lo hacen y qué efecto produce” (López & Cadenas, s.f.).

En este sentido, en Ecuador se aprobó la Política Nacional de Medicamentos el 19 de julio de 2006, en donde estipulan los mecanismos para la aprobación del registro sanitario de medicamentos genéricos, drogas, insumos o dispositivos médicos producidos en el exterior. Asimismo formulan y aplican medidas que garanticen la calidad, inocuidad, etc. de todos los medicamentos, con el fin de favorecer un uso racional de los mismos. Este informe engloba la Política Nacional de Medicamentos que es el resultado de un consenso entre la sociedad y el Estado (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2007).

El análisis de Políticas Públicas está orientado a estos objetivos:

- Descubrir y seleccionar retos que son de interés público.
- Usar los mejores medios para diseñar y escoger alternativas que permitan el logro de esos retos.
- Identificar mejores sistemas para evidenciar alternativas seleccionadas que lleven a la práctica en forma eficiente (López & Cadenas, s.f.).

Elementos que pueden mejorar una política pública antes de la implementación y después:

- **Oportunidad:** Las personas deben acceder a los servicios que necesitan, al tiempo que requieren y no después de meses (López & Cadenas, s.f.).
- **Calidad:** Además de ser oportunos, las personas puedan acceder a servicios que efectivamente atiendan sus necesidades en la manera más adecuada, técnica y humanamente (López & Cadenas, s.f.).
- **Transparencia:** Las Políticas Públicas sean resultado de “reglas de juego” claras y aplicadas por igual, sin preferencias, a toda la población a la que va dirigida (López & Cadenas, s.f.).

- **Apropiación Social:** Significa la resolución de problemas concretos para la transformación de la realidad (López & Cadenas, s.f.).

Política Económica

La política económica es el conjunto de directrices y lineamientos a través de los cuales el Estado regula y guía el proceso económico del país, define los criterios generales, de acuerdo a la estrategia general de desarrollo, a los ámbitos esenciales e instrumentos correspondientes al sistema financiero nacional, al gasto público, a las empresas públicas, a la vinculación con la economía mundial y a la capacitación y la productividad. Con el fin de crear las condiciones adecuadas y el marco global para el desenvolvimiento de la política social, la política sectorial y la política regional. (Navarrete, 2012: 10).

Los objetivos más generales de las políticas económicas son:

- Lograr un crecimiento económico sostenible en el tiempo
- Conseguir la estabilidad de precios
- Favorecer el empleo (Navarrete, 2012: 13).

La política económica es la encargada de administrar y mantener la estabilidad de los recursos financieros del estado a través de las herramientas como política de precios, fiscal, etc. Con el fin de que la política pública actúe en función de las directrices y parámetros que obtiene a base de los resultados de la política económica (Navarrete, 2012: 23).

En consecuencia, el manejo de los medicamentos debe ir acorde con unas buenas políticas de asignación de recursos dependiendo del nivel de demanda y área geográfica. No solo el país, sino el mundo entero, tienen unos altos gastos per cápita que no satisfacen sus necesidades, es por ello que se necesita que el gobierno establezca y estructure de manera jerárquica las funciones que debe cumplir los sectores públicos y privados como derecho de salud primordial a los ciudadanos, establecido en la Constitución de la República del Ecuador, pero, esta no se cumple a cabalidad por los defectuosos manejos en diferentes gerencias de las clínicas, gobierno (falta de liquidez y personal en sectores públicos de salud), asimetría de información, entre otros.

Siguiendo a esto, se suma los intereses propios de los comerciantes o empresas transnacionales que no permiten que los medicamentos se sitúen encima del dinero, es decir a pro del bienestar del individuo, además de la imposición de la patente, perjudican así la adquisición del bien de necesidad. Debido a las ganancias y a la competencia por acaparar el mercado de este producto, se ha dejado a un lado la cultura de prevención que beneficiaría tanto al Estado como al ingreso familiar y personal.

Capítulo I

Análisis de la situación de la demanda y oferta de medicamentos en el Ecuador

Estar al tanto de que los medicamentos son bienes esenciales para la salud pública y en que su elección predominan criterios comerciales y sociales a la hora del intercambio en el mercado es de absoluta importancia, por lo cual el mayor desafío que especifican los medicamentos para las políticas públicas es el acceso de la población a los mismos, es decir la posibilidad de satisfacer una demanda, que expresa una necesidad concreta de aliviar y disminuir enfermedades a través de una adecuada oferta de productos farmacéuticos que dispone el país (Tobar & Martich, 2014).

En este capítulo se desarrolla un diagnóstico del estado de la demanda y de la oferta de medicamentos de la población ecuatoriana a nivel nacional, mediante un estudio descriptivo observacional con la información obtenida de las bases de datos institucionales y económicas disponibles para el usuario, determinando su oferta y demanda de los fármacos.

Análisis de la demanda de medicamentos en el Ecuador

Para determinar la demanda se consideró los gastos de los hogares en medicamentos y para ello, la fuente de información fue la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de Hogares Urbanos y Rurales ENIGHUR 2011-2012, el formulario general, formulario de gastos de hogares, conformación de la base de datos ENIGHUR 2011-2012 y finalmente el análisis de los principales aspectos metodológicos de la encuesta de ingresos y gastos.

Para todos los formularios antes mencionados, se examinó los gastos de la población de medicamentos para determinar su consumo a través de una muestra total de 39.617 hogares encuestados a nivel nacional urbano y rural, para el caso de estudio de la investigación que se enfoca en los gastos de productos farmacéuticos se tomó en cuenta aquellos productos que son solo medicamentos y se descartó aquellos que son materiales para un uso clínico. Esto quiere decir que en el análisis, de un registro de 63 productos farmacéuticos que gastan los hogares tanto urbanos como rurales en 2011-2012, se consideró 15 como medicamentos para el análisis, acorde al perfil epidemiológico nacional, en el cual se evidencia una acumulación de enfermedades carenciales, transmisibles y crónicas degenerativas (INEC, 2012), por ello estos 15 grupos de medicamentos cubren la mayoría de enfermedades que se presentan en la población.

En la tabla No 2, se observa todos aquellos medicamentos registrados, que se tomarán en cuenta dentro del análisis para establecer la demanda a nivel nacional, según los datos proporcionados. Dichos fármacos se examinarán por provincia, sexo, consumo agregado, nivel de instrucción del padre y de la madre, por seguro y si tiene empleo o no, para el efecto se utilizarán las bases primarias de personas, gastos mensuales y vivienda.

Tabla No 2 Medicamentos para el Análisis de la Demanda en (2011-2012)

| Medicamentos |
|--|
| Analgésicos (calman el dolor) |
| Antiácidos (para la acidez estomacal) |
| Antibióticos (para las infecciones) |
| Antiespasmódicos (para los cólicos) |
| Antigripales (resfríos, gripes, catarros) |
| Antihelmínticos (Antiparasitario) |
| Antihipertensivos (controla la presión arterial) |
| Antihistamínicos (antialérgicos) |
| Antiinflamatorios (para la inflamaciones) |
| Antipiréticos (para la fiebre) |
| Antisépticos intestinales y antidiarreicos (para la diarrea) |
| Antitusivos y bronco dilatadores (para la tos) |
| Vitaminas y minerales |
| Productos de medicina natural |
| Otros productos farmacéuticos |

Fuente: INEC-ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Consumo de Productos Farmacéuticos a nivel nacional

El mercado farmacéutico ecuatoriano es un sistema complejo desde la investigación hasta la dispensación y el consumo de los mismos, en el que se integran diferentes actores para que éste sea de uso ventajoso al final de su utilización para el cual era su fin. La demanda de medicamentos en el país está establecida por la prescripción de los médicos provenientes de las instituciones privadas, atención de las instituciones públicas y por la automedicación. La demanda nacional depende directamente del precio del medicamento, el ingreso de las personas, las formas de adquisición, estructura de la oferta y las medidas de acceso. Según el IMS el monto del mercado farmacéutico se ha incrementado en los últimos 5 años en un 55% (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014: 59-52).

En este sentido, en la tabla No 3 se muestra el promedio de la demanda en monto que se consume mensual y anualmente en medicamentos, donde en promedio los antihipertensivos que controlan la presión arterial son los que se demandan en mayor proporción con el 23,1%, es decir que los hogares gastan mensualmente USD 94,85 y anualmente USD 1.138,20 solo por este fármaco; mientras que el segundo medicamento en promedio más consumido son los productos de medicina natural con el 14%, USD 57,74 USD mensual y USD 692,88 anualmente; los antiinflamatorios ocupan el tercer puesto con el 6,7%, se determina que las personas gastan aproximadamente USD 27,56 mensualmente y anualmente USD 330,72 en antiinflamatorios.

Tabla No 3 Promedio de Demanda en Monto USD de Productos Farmacéuticos (2011-2012)

| Medicamentos | Monto Mensual (\$) | Monto Anual (\$) |
|-------------------------------|---------------------------|-------------------------|
| Antihipertensivos | 94,85 | 1.138,2 |
| Otros productos farmacéuticos | 94,26 | 1.131,12 |
| Productos de medicina natural | 57,74 | 692,88 |
| Antiinflamatorios | 27,56 | 330,72 |
| Vitaminas y minerales | 27,01 | 324,12 |
| Antihistamínicos | 23,94 | 287,28 |
| Antiácidos | 22,12 | 265,44 |
| Antibióticos | 18,85 | 226,20 |
| Analgésicos | 16,12 | 193,44 |
| Antitusivos | 5,98 | 71,76 |
| Antigripales | 5,69 | 68,28 |
| Antiespasmódicos | 5,35 | 63,84 |
| Antihelmínticos | 5,35 | 63,84 |
| Antisépticos | 4,30 | 51,60 |
| Antipiréticos | 2,05 | 24,60 |
| TOTAL | 411,17 | 4.933,32 |

Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

La hipertensión generalmente constituye una patología crónica que consiste en el aumento de la presión arterial, se ha determinado que los factores de riesgo que causan el padecer esta enfermedad están la obesidad, consumo elevado de sal, alcohol, tabaco, falta de ejercicio y estrés entre los principales.

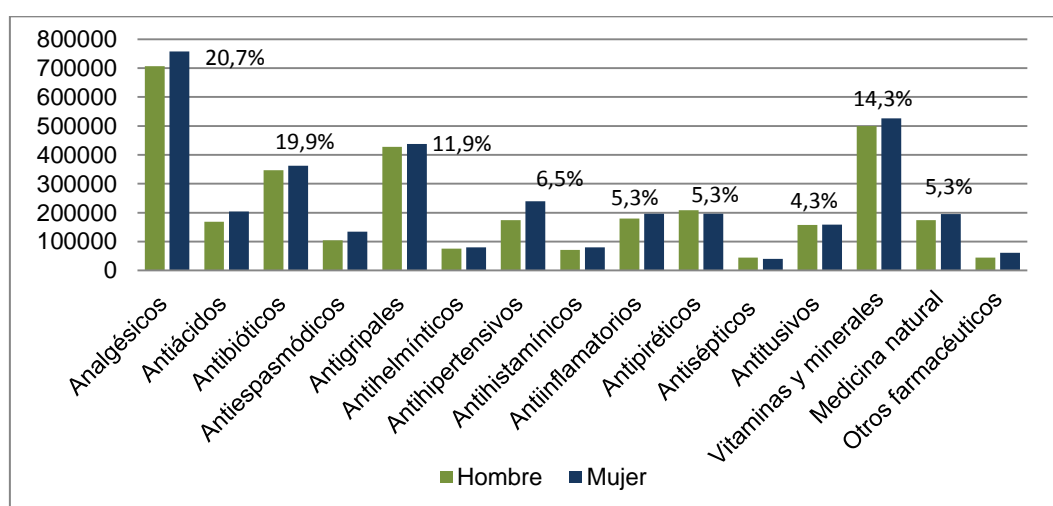
La hipertensión arterial es muy común a nivel mundial que afecta a más del 20% de los adultos entre 40 y 65 años y casi al 50% en las personas de más de 65 años. Es relevante mencionar que esta enfermedad es un mal silencioso, por lo que constituye uno de los mayores peligros. De ahí la necesidad e importancia de la prevención (GEOSALUD, s.f). Además se considera que en los países de bajo nivel económico, un menor nivel de educación está estrechamente relacionado a tasas más bajas de conocimiento, tratamiento y control de la presión arterial. No obstante, el cambio que se ha dado por las múltiples inmigraciones de la zona rural a la urbana, ha incrementado a una población urbana con bajos ingresos conducida a caer en varios riesgos como la violencia, el estrés y la desnutrición, aumentando así el número en consumo para el tratamiento de esta enfermedad (Jaramillo, Sánchez, Díaz, Cobos, Bryce, Carrillo, Lizcano, Lanas, Sinay, Sierra, Peñaherrera, Mario Benderky, Schmid, Botero, Urina, Lara, Foos, Márquez, Harrap, Ramírez & Zanchetti, 2013). Teniendo en cuenta este planteamiento, ha dado como resultado el incremento en el consumo de este tipo de medicinas originando que se posicione en uno de los primeros puestos.

Así mismo, el interés en los productos de medicina natural, interviniendo también las vitaminas y los minerales han tomado fuerza en los últimos años partiendo de negocios pequeños pasando a grandes laboratorios, tal es el caso de la empresa de Laboratorios Julguer, (empresa ecuatoriana) que hoy en día es reconocida por las autoridades de Estados Unidos, la misma que produce al día más de 120 tipos de productos naturales, distribuyéndose en unas 1500 tiendas naturistas en el país. Los motivos que incitan al auge de las medicinas alternativas son varios, como por ejemplo, carencia de complicaciones y menor causa de efectos secundarios, algunos procedimientos son menos traumáticos que la medicina convencional, generalmente son de menor costo, abordaje completo de la persona, mayor cuidado del físico, etc. (Laboratorios Julguer, 2014; GEOSALUD, s.f.).

Por otro lado, es muy importante aclarar que de acuerdo a la normativa ecuatoriana vigente que fomenta y dispone el uso de la prescripción de medicamentos genéricos por parte de los profesionales en el área, no se realiza un control continuo de la dispensación, ni un uso adecuado, esto causa que, “la demanda de medicamentos no tenga concordancia con el perfil epidemiológico a nivel nacional y tampoco con las guías médicas acogidas por la autoridad sanitaria” (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

La población femenina supera a la población masculina en el consumo de fármacos representando el 52% de los consumidores totales frente al 48% del consumo masculino, detallados en el gráfico No 2. Las medicinas que más consumen las mujeres son los analgésicos con el 20,7%, las vitaminas y minerales con el 14,3% y los antigripales con el 11,9% respecto al total de todos los demás medicamentos demandados. Para los hombres su mayor consumo del total de medicamentos igualmente son los analgésicos con el 20,9%, vitaminas y minerales con el 14,7% y los antigripales con el 12,7%.

Gráfico No 2 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por sexo (2011-2012)



Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Desde otro punto de vista, las mujeres lideran el consumo de medicamentos con prescripción médica, así como en la automedicación. Las señoras entre 35 a 54 años consumen en mayores cantidades analgésicos y antipiréticos, mientras que las de 55 a 74 años consumen medicamentos para la presión arterial. Las causas para que las mujeres consuman más medicamentos, es debido a que por tradición son las que más frecuentemente visitan al médico que los hombres, podemos advertir que estas visitas se deben porque existe una mayor apertura al trabajo e incremento de compromiso laboral que se ha desarrollado en los últimos años para las mujeres. Según el Colegio de Médicos de Barcelona considera que como la mujer tiene mayor esperanza de vida en sus últimos años consume más fármacos que los hombres, además en cuanto a la automedicación afirman que ésta se basa muchas veces por la cultura y el tema social que va pasando de generación entre madre e hija, de abuela a madre pero no de abuelo a padre (Cobos, 2008).

Otra causa probablemente es porque las mujeres perciben peor su salud y tienen mayor prevalencia de dolor y por ello acuden a la automedicación (Cobos, 2008). Contrariamente de los efectos negativos que tiene la automedicación, en la actualidad se la toma como la forma más significativa del autocuidado en la población, esto según el departamento de Medicina Preventiva, Salud Pública, Inmunológica y Microbiológica en España (SINC, 2011).

En Ecuador la mujer asume el rol de madre, ama de casa y trabajadora, obteniendo una triple responsabilidad con doble jornada, contrayendo el compromiso de cuidar la salud familiar y por lo mismo tiene un mayor contacto con los medicamentos. La falta de servicios de salud inadecuados e inaccesibles para la gran mayoría de la población provoca que muchas se vean forzadas a consumir medicinas sin control de un médico. Además se ha llegado a un punto donde la tecnología ha invadido a la sociedad volviéndole consumista ya que para cualquier dolor se requiere de un medicamento, condicionando a la persona a demandar desde una edad muy temprana este tipo de producto (PSICOLOGÍA-SALUD, s.f.).

De igual manera desde el ámbito geográfico, de acuerdo a análisis realizado a nivel nacional, se destaca el consumo en medicamentos en las provincias observadas en la tabla No 4, en la que sobresale con un total en consumo anual de 30,3% en Guayas, seguida de Pichincha con 17,2%, Manabí con 10,1% y con 6,4% en los Ríos. Dentro de estas provincias se puede notar que el consumo se dirige en mayor proporción hacia los analgésicos, destacándose Guayas con USD 385.488, Pichincha con USD 272.591, Manabí con USD 144.410 y con USD 84.908 los Ríos. Promediando el consumo de medicamentos que calma el dolor en estas cuatro provincias da como resultado alrededor de USD 221.849.

Las vitaminas y minerales ocupan el segundo lugar en el consumo de medicamentos para las provincias mencionadas en el párrafo anterior, con un promedio de USD 173.463 en demanda de este fármaco. Su tercer bien o medicamento más solicitado son los antibióticos para Guayas, Manabí y los Ríos, cuya utilización promedia en USD 121.007 aproximadamente. Mientras que para el caso de Pichincha su consumo va dirigido a los antipiréticos con USD 125.353 respecto a todos los otros bienes farmacéuticos.

Consecuentemente las provincias que tienen mayor número de habitantes (Guayas, provincia más poblada del país, con 3,6 millones de habitantes mientras que Pichincha con sus 2,5 millones de habitantes, es la segunda provincia con mayor población) fueron las que mayormente consumieron. Por otro lado, las provincias con menor consumo total de

medicamentos fueron Galápagos con el 0,23%, Pastaza con el 0,40% y Cotopaxi con el 0,42%. El resto suman en conjunto un consumo del 39,72% en fármacos.

Tabla No 4 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos según Provincia (2011-2012)

| Medicamentos | Guayas | Manabí | Pichincha | Los Ríos |
|-----------------------|---------------------|-------------------|---------------------|-------------------|
| Analgésicos | \$ 385.488 | \$ 144.410 | \$ 272.591 | \$ 84.908 |
| Antiácidos | \$ 104.769 | \$ 33.820 | \$ 67.378 | \$ 24.126 |
| Antibióticos | \$ 252.949 | \$ 83.094 | \$ 93.218 | \$ 54.767 |
| Antiespasmódicos | \$ 82.743 | \$ 28.395 | \$ 37.191 | \$ 15.910 |
| Antigripales | \$ 213.024 | \$ 72.395 | \$ 173.454 | \$ 42.538 |
| Antihelmínticos | \$ 43.336 | \$ 16.487 | \$ 21.787 | \$ 15.324 |
| Antihipertensivos | \$ 127.690 | \$ 49.080 | \$ 74.573 | \$ 25.646 |
| Antihistamínicos | \$ 53.314 | \$ 19.399 | \$ 26.295 | \$ 8.492 |
| Antiinflamatorios | \$ 118.367 | \$ 34.713 | \$ 66.925 | \$ 29.203 |
| Antipiréticos | \$ 134.705 | \$ 40.865 | \$ 66.015 | \$ 27.343 |
| Antisépticos | \$ 20.429 | \$ 10.794 | \$ 14.318 | \$ 3.372 |
| Antitusivos | \$ 98.092 | \$ 26.694 | \$ 52.738 | \$ 19.901 |
| Vitaminas y minerales | \$ 347.664 | \$ 101.960 | \$ 178.583 | \$ 65.646 |
| Medicina natural | \$ 124.024 | \$ 38.422 | \$ 52.834 | \$ 26.339 |
| Otros farmacéuticos | \$ 32.872 | \$ 10.939 | \$ 17.858 | \$ 5.944 |
| TOTAL | \$ 2.139.472 | \$ 711.472 | \$ 1.215.764 | \$ 449.466 |
| PORCENTAJE | 30,3% | 10,1% | 17,2% | 6,4% |

Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

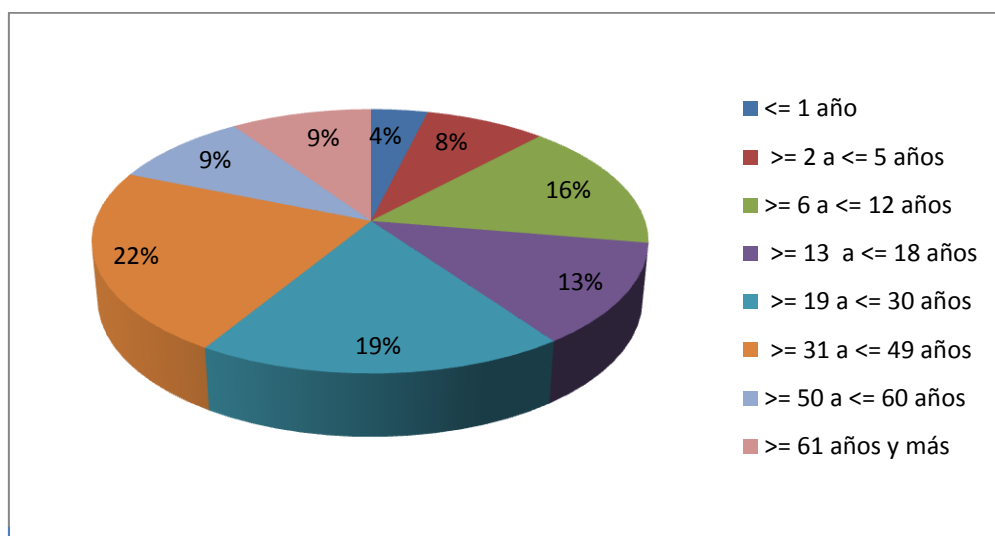
Siguiendo el análisis, se describirá el consumo agregado por edades, que de acuerdo al INEC lo define como la **clasificación de consumo individual por finalidades (CCIF)**, donde intervienen el consumo de los alimentos y bebidas no alcohólicas; bebidas alcohólicas, tabaco y estupefacientes; prendas de vestir y calzado; alojamiento, agua, electricidad, gas y otros combustibles; muebles, artículos para el hogar y la conservación ordinaria del hogar; salud; transporte; comunicaciones; recreación y cultura; educación; restaurantes y hoteles; bienes y servicios diversos (INEC, 2012). Todos representados en el gráfico No 3, con el fin de señalar que las edades entre 19 y 49 años son las que más consumen estos productos con el 41,1%.

Según Andrés, Arbués & Cros (2007), estas personas entre 19 y 49 años, se encuentran mayormente en la rama de económicamente activos, cuando su renta aumenta, el gasto en muchos artículos alimenticios se incrementa, sin embargo ese aumento de cantidad que gastan en alimentos es limitado por lo cual la proporción del total de gasto que se dirige en

alimentos disminuye a medida que aumenta la renta porque su consumo se dirige a otro bien.

Las edades menores a 1 año, como es lógico, son los que consumen menor cantidad de estos productos con el 4%, mientras que las edades entre 50 a 60 años consumen aproximadamente el 9,3% y las personas entre 61 años en adelante solo consumen el 9,5%, con una diferencia de apenas el 0,2% (Gráfico No 3).

Gráfico No 3 Consumo Agregado por edad a Nivel Nacional (2011-2012)



Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

A nivel global, la educación es uno de los aspectos que influye en el consumo de medicamentos y éste es uno de los deberes esenciales del Estado; además que es parte de los objetivos del Plan Nacional del Buen vivir, es un derecho y punto básico que interviene en todos los aspectos de la vida de una persona (Mercedes, 2011; Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], 2013). Sin embargo, de acuerdo a los resultados del Censo de Población y Vivienda 2010, la mayor parte de la población que oscila entre 24 a 34 años tienen un grado de educación que alcanza el bachillerato, por su parte los adultos mayores demuestran el menor grado de escolaridad con un promedio de 5,4% alcanzando alrededor del quinto año de Educación General Básica (EGB).

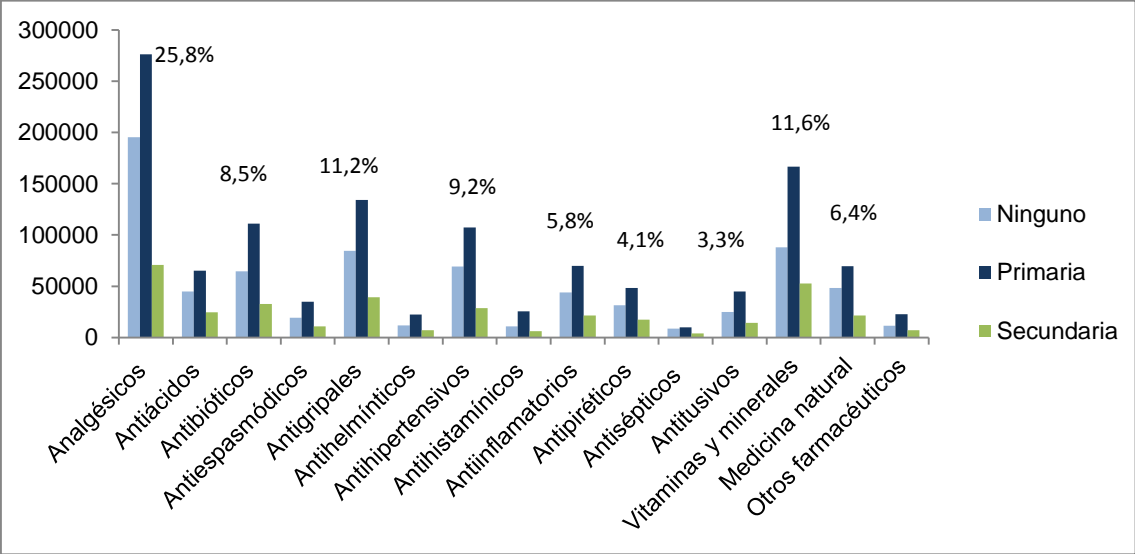
En este sentido, se analizará indistintamente a individuos que asumen el rol de madres y padres por ser un pilar fundamental para el desarrollo de nuevas generaciones, y que tienen una influencia decisiva y única, constituyendo hábitos que proyectan directrices a seguir.

Siendo así, se realiza una distinción en el consumo de medicamentos hacia las personas que son madres y que por contar con un nivel de educación primario, demandan mayor cantidad de medicamentos con el 48%. Es importante destacar que las madres que no cuentan con ningún nivel de instrucción demandan el 30,1%, mientras que las que tienen un

nivel secundario consumen aproximadamente un 14,2% en medicamentos. De igual manera, como se puede apreciar en el gráfico No 4, las madres que tienen un nivel primario de escolaridad tienen una mayor demanda hacia los analgésicos con el 22,9% y menor consumo hacia los antisépticos intestinales con el 0,8%, las que no tienen ninguna educación, los analgésicos son los más adquiridos con el 25,8%, del mismo modo los antisépticos intestinales en menor consumo con el 1,2% y para las madres con una educación secundaria consumen más analgésicos con el 19,7% y menos los antisépticos intestinales con el 1,1% de demanda de este bien con respecto a los demás productos farmacéuticos.

Vale la pena indicar que el gráfico que se presenta a continuación sólo se observan los niveles de instrucción de las madres más relevantes en el consumo de medicamentos, pero según la clasificación de ENIGHUR los niveles de instrucción en la madre se dividen en: no informaron, centro de alfabetización, jardín de infantes, educación básica, educación media/bachillerato, superior no universitario y post-grado que en total suman un consumo de 7,7% en medicamentos.

Gráfico No 4 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Nivel de Instrucción de la Madre (2011-2012)



Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

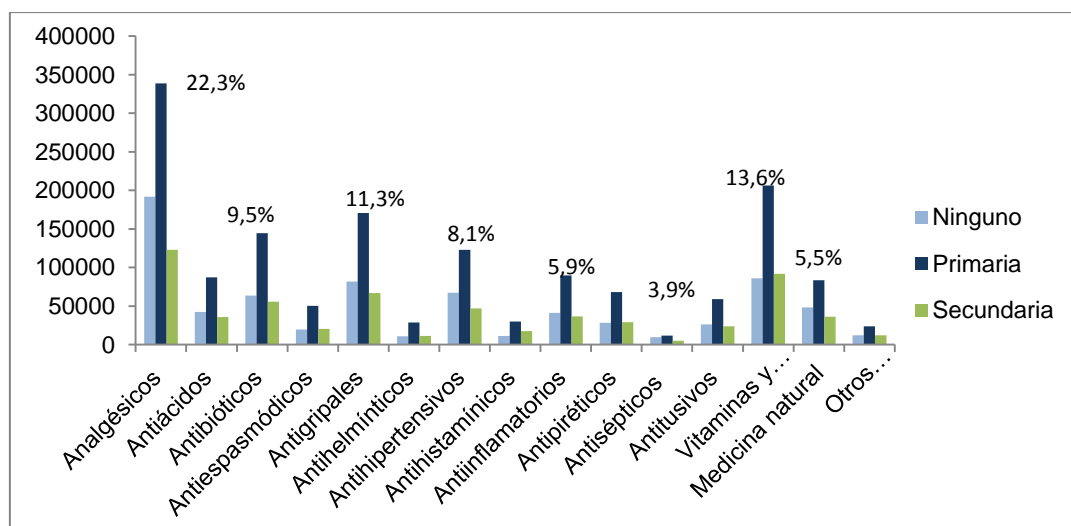
Igualmente para el caso del nivel de instrucción de los padres, las personas que más consumen son las que tienen una educación primaria con el 45,9% del total de medicinas, en segundo lugar se encuentran los padres con ningún nivel de instrucción que consumen el 22,4% de medicamentos y finalmente los que tienen un nivel secundario consumen el 18,5% en fármacos, estos niveles son los más importantes dentro de la demanda, dejando así un

total del resto de niveles de instrucción del 13,2% en el consumo de medicinas por parte de los padres a nivel nacional.

A su vez, se detalla en el gráfico No 5 que tanto en el nivel de instrucción: primario, ninguno y secundario su consumo se enfoca principalmente en los analgésicos con el 22,3%, 25,9% y 20,1% respectivamente del total demandado en bienes farmacéuticos, seguido por las vitaminas y minerales con un consumo del 13,6%, 11,6% y 15% y finalmente los antigripales con un gasto promedio del 11,06% con respecto a todos los demás medicamentos en los tres niveles de instrucción que se demandan.

Por ende, los padres y madres con menores niveles de instrucción son los que en mayor proporción demandan medicamentos y que de acuerdo a investigaciones, los motivos más acentuados para este aspecto pueden ser: falta de higiene en los lugares que habitan, falta de información, falta de suministros básicos, etc. Gran parte de este gasto corresponde a compras individuales de medicamentos para la automedicación y son muy pocas veces por prescripción médica. Se estima que en el mundo más del 50% de todos los medicamentos se recetan, dispensan o se venden de manera inapropiada, la mayoría de las personas lo toman de manera incorrecta, esto es el reflejo de sistemas de regulación inadecuados, escasez de medicamentos esenciales, disponibilidad de fármacos no esenciales, y una gran influencia en la promoción de medicamentos (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2007).

Gráfico No 5 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Nivel de Instrucción del Padre (2011-2012)



Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

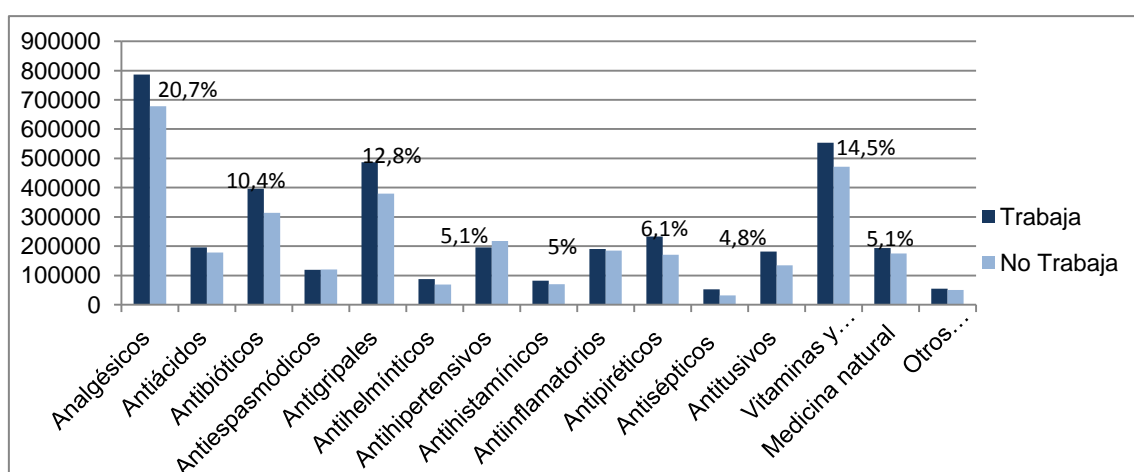
A pesar de que el Estado Ecuatoriano es el principal socio comercial de la industria farmacéutica, la dispensación en su mayoría es a través de empresas privadas, lo que provoca un aumento en los precios de los medicamentos (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014). Pese a estos precios las personas que tienen un trabajo consumen más cantidad de

fármacos que los que no tienen, es así que las personas que tienen empleo consumen el 54% del total de medicamentos frente a las personas que no lo tienen. El empleo es considerado como un valor (siempre y cuando esté al servicio de las personas), vincula a la sociedad y a la economía; permite que los ciudadanos tengan un acceso a un seguro de mejor bienestar, por lo cual es importante en el consumo de los medicamentos, ya que sin un ingreso estable, los individuos tienden a restringirse de medicamentos para mejorar su salud y a la larga trae consecuencias mayores y más gastos que perjudica la salud de la persona y restringe el progreso de la sociedad (Correa, 2012; Oficina Internacional del Trabajo [OIT], 2015).

En este sentido, en el gráfico No 6 se observa que tanto los que tienen y no tienen trabajo consumen en promedio analgésicos el 20,8% del total de medicamentos, siguiendo las vitaminas y minerales con el 14,5% y los antigripales con un consumo promedio del 12,25% del total de medicamentos registrados para este estudio.

Dentro del consumo, según Prado, Galarza, et al, (2014), los medicamentos de marca dispensados en Ecuador corresponden al 69,6% y los genéricos el 30,4%. En el país, del total de fármacos registrados, 13,6% son considerados de venta libre el 86,4% son de venta con receta médica. La presencia de medicamentos genéricos permite que contribuya a un mejor acceso ya que incita a la competencia a bajar los precios. Es importante señalar que el incremento de precios en los últimos cinco años fue de 12,5% para los medicamentos de marca y de 0,86% para genéricos. Según la ley ecuatoriana vigente, es obligación de todos los profesionales en este sector, tanto público como privado, prescribir utilizando la denominación común internacional o nombre genérico, con el fin de beneficiar a las personas la adquisición de los recursos disponibles (Prado, Galarza, et al, 2014).

Gráfico No 6 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Empleo (2011-2012)



Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

El sistema de salud en el país como anteriormente se mencionó consta del sector público y privado. “El sector público comprende el Ministerio de Salud Pública (MSP), los recursos de salud de las municipalidades y las instituciones de seguridad social [Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA) e Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional (ISSPOL)]”. Las municipalidades tienen programas y centros de salud que prestan atención a la población no asegurada, mientras que el MSP brinda servicios de atención en salud a toda la población. El sector privado percibe a las empresas con fines de lucro como: hospitales, clínicas, farmacias, consultorios y empresas de medicina prepagada y además a entidades no lucrativas de sociedad civil y de servicio social (Lucio, Villacrés, & Henríquez, 2011).

Es decir, que existe un total de 3.765.277 personas que están aseguradas en el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS, seguro general); 178.506 personas en el IESS, seguro voluntario; 931.681 personas aseguradas al IESS, seguro campesino; 228.928 personas en el seguro del ISSFA o ISSPOL; 349.605 personas en el seguro privado con hospitalización; 85.272 personas en el seguro privado sin hospitalización; 949 personas en el seguro municipal y de Cons. Provincial y finalmente 342.021 personas aseguradas con el Ministerio de Salud Pública (M.S.P). Mientras que existe un total de 706.915 personas que no tienen ninguno seguro (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de hogares urbanos y rurales [ENIGHUR], 2012).

Aquellos hogares que no cuenta con ningún seguro también pueden decidir no utilizar servicios de salud, sencillamente porque no pueden hacer frente a sus costos directos, en el caso del país esto no debería ocurrir debido a que todas las personas deben tener un asegurador de salud según el artículo 32 de la Constitución del 2008. Pero cuando se ven en la necesidad gastan de su propio bolsillo, esto varía entre países de acuerdo a los sistemas de financiamiento que se facilite en la protección social y sistemas de aseguramiento. Según definición de la OMS: gastos de bolsillo en salud se refiere a la capacidad de pago del hogar y esta capacidad de pago es el ingreso total menos el ingreso necesario para cubrir las necesidades de subsistencia. Los gastos en medicamentos representan un alto porcentaje del gasto de bolsillo en salud (Peticara, 2008).

Según ECUANOMICA (2013), cuando una persona que no posee seguro necesita atención urgente y esta es de alto precio, si ocurre que no paga su factura todas las demás personas terminarían pagando, es decir de las personas contribuyentes al seguro. El marco legal ecuatoriano refleja la conceptualización del Sistema Nacional de Salud (SNS) y sus funciones en la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, y detalla en su artículo 2 que “tiene por finalidad mejorar el nivel de salud y vida de la población ecuatoriana y hacer efectivo el ejercicio del derecho de la salud. Estará constituido por las entidades públicas, privadas, autónomas y comunitarias del sector salud, que se articulan funcionalmente sobre la base de principios, políticas, objetivos y normas comunes”. En la Constitución (2008) señala que:

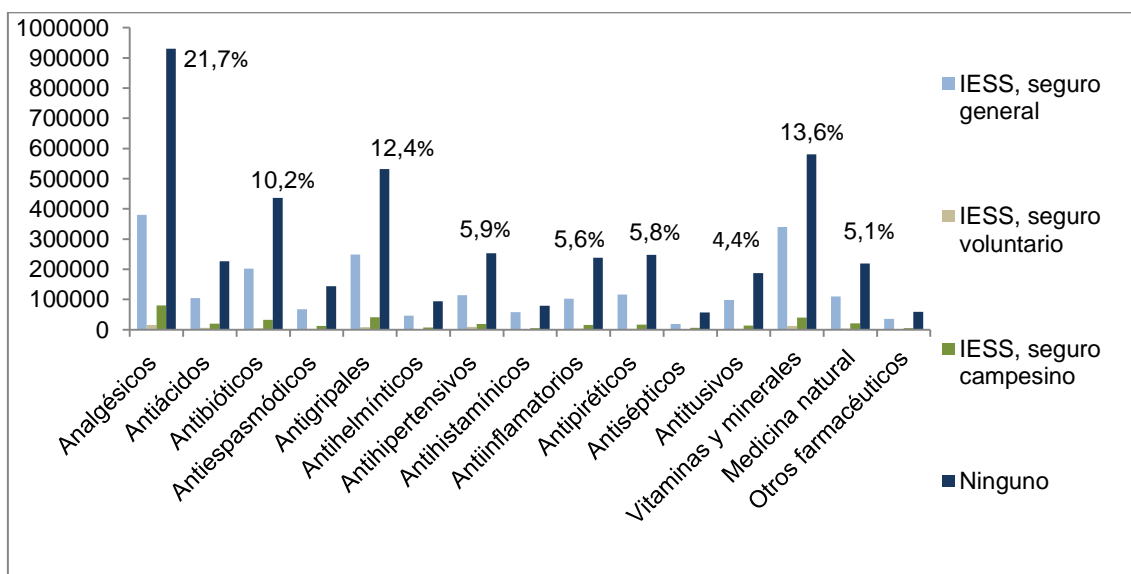
La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, nutrición, educación, cultura física, trabajo, seguridad social, ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas,

acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Por consiguiente, en el gráfico No 7 se observa el gasto de bolsillo en productos farmacéuticos por seguros, analizados los relevantes para el consumo que demandan las personas afiliadas. Resultando que las personas que no cuentan con seguro privado ni público son las que más gastan en productos farmacéuticos con el 60,8%, y las personas afiliadas al IESS, seguro general consumen un total del 29% en fármacos, siguiendo las personas aseguradas al IESS, seguro campesino demandan el 4,7% en medicamentos y el 1,1% consumen las personas aseguradas voluntariamente. Dentro de todas estas categorías las personas demandan en promedio los analgésicos con el 21,32%.

Mientras que las personas aseguradas por el M.S.P demandan alrededor del 4% del total de medicamento, su debida baja a la prestación de servicios es a causa del poco financiamiento y su capacidad para liderar el sector salud es limitada por el momento, la red de servicios de salud del MSP se estructura en forma regional con dos niveles de descentralización, uno es el provincial y el otro es cantonal (Rivas & Alarcón, 2014).

Gráfico No 7 Demanda Total en Monto USD de Productos Farmacéuticos por Seguros (2011-2012)



Fuente: INEC- ENIGHUR-ECU (2011-2012)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

En resumen de acuerdo al análisis, los productos farmacéuticos en promedio más demandados son los antihipertensivos (control de la presión arterial), donde la población que más demanda medicamentos son las mujeres con el 52%, y su consumo es hacia los

analgésicos, las vitaminas y los minerales. Guayas y Pichincha son dos de las provincias que más consumen fármacos debido al número de habitantes en su ciudad. Además las personas que cuentan con un nivel bajo de educación y poseen trabajo son las que más consumen en su mayoría, debido a la automedicación. Finalmente la población Ecuatoriana que no posee seguro privado y no está afiliado a ningún seguro social son las que más gastan en productos medicinales por cuenta propia.

Todo lo anteriormente mencionado, explica la situación que se desarrolla la demanda de medicamentos a nivel nacional, esto quiere decir lo mucho que hace falta una adecuada estructura de un sistema de salud que proporcione no solo administración de más consumo sino una mayor apertura en el ámbito de conocimiento, que es un pilar fundamental para que las personas actúen de acuerdo a lo prescrito y establecido en el ámbito sanitario. De manera que influya a que tanto las personas que no cuenten con la disponibilidad pueda adquirir fármacos que realmente les ayude a la enfermedad que padezcan en el momento de la adquisición del bien.

La actividad de la industria farmacéutica ecuatoriana depende en forma muy marcada de la extranjera, tanto por su incidencia en las ventas al consumo final como por su participación directa en la producción interna. Razón que se desarrolla a continuación en el análisis de la oferta de medicamentos de su participación en la economía del país. La oferta está basada en su capacidad para incidir en el mercado y de las estrategias establecidas en la comercialización de los productores y distribuidores de medicamentos, que incluye, entre otros, la entrega de estímulos a instituciones, prescriptores, distribuidoras y farmacias (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

Análisis de la oferta de medicamentos en el Ecuador

Cadena de valor de los Productos Farmacéuticos

Todos los medicamentos tienen una cadena de seguimiento que consiste en el suministro de materiales, información y el capital durante el proceso que va del proveedor al fabricante, al mayorista, al minorista, y al consumidor. El tratamiento de la cadena de suministro comprende la coordinación y la integración de estos flujos, tanto dentro de una misma empresa como entre diversas empresas. Esta cadena que involucra un número de actividades para llegar hasta el producto final se resumen en:

- **Investigación y Desarrollo:** Intervención de 3 fases de estudios clínicos y ensayos.
- **Registro:** Documentos de aprobación y autorización para su venta, incluye una cuarta fase de estudio clínico.
- **Distribución:** Recorrido de laboratorios hacia farmacias y distribuidores.
- **Prescripción:** Profesionales de salud facultados.
- **Dispensación:** Farmacéutico entrega la receta del médico al paciente (Acebo, 2015).

Investigación y Desarrollo: En el país como no se cuenta con la suficiente tecnología la industria farmacéutica no realiza las actividades de I&D. A nivel mundial, las actividades de investigación y desarrollo (I&D) que resultan en fármacos innovadores se concentran

principalmente en laboratorios de alta especialización que cuentan con las capacidades científicas, tecnológicas y financieras (Acebo, 2015).

Registro: En el caso del país el Instituto Nacional de Salud Pública e Investigación (INSPI) es el encargado de garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los fármacos que tienen el registro sanitario, la vigencia del certificado de registro sanitario es de 5 años, término del periodo se debe hacer la renovación por parte de la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) (Acebo, 2015).

Prescripción: Según el art. 168 de la Ley Orgánica de Salud los médicos, odontólogos y obstetras son los profesionales para recetar. Además es relevante señalar, que según el Ministerio de Salud Pública (MSP) la población que se auto-medica es del 50% en el área urbana y el 63% en el área rural.

Adicionalmente, se considera principales componentes en la cadena de valor de la industria farmacéutica a: Manufactura, Distribución y Dispensación (Acebo, 2015).

Manufactura: La producción local de fármacos a nivel privado se desarrolla en la manufactura de productos genéricos utilizando como materia prima ingredientes farmacéuticos activos importados. Según reporte de la Empresa Pública de Fármacos Enfarma, la producción de los cuatro principales laboratorios en 2013 representó 47% del valor total de medicamentos nacionales (Acebo, 2015).

Distribución: Participa un grupo diverso de empresas, de las cuales, los dos mayores grupos son: Holding Grupo Difare Cía. Ltda. y Corporación Grupo Fybeca S.A. GPF, representan cerca del 60% de las ventas de este segmento. Las grandes cadenas de distribución tienen una importante capacidad de negociación frente a los laboratorios debido al volumen de compras que realizan (Acebo, 2015).

Dispensación: Son a través de: farmacias, clínicas, hospitales, instituciones públicas y privadas, botiquines populares y demás centros de asistencia que se reparten los medicamentos. Las farmacias son el punto final de distribución de los laboratorios y son aquellas que se dirigen fuertemente en estrategias con el fin de tener un crecimiento significativo a partir de la ampliación de sus servicios y remodelaciones.

Por otro lado, según la Superintendencia de Control de Poder de Mercado (SCPM), 2,569 farmacias independientes cerraron entre 2001 y 2014 (desaparecieron o fueron absorbidas), al mismo tiempo que estimaciones del mercado mostraban una disminución de la participación de las farmacias independientes de 26% en 2009 a 21% en 2012, mientras la participación de las cadenas de farmacias pasó de 74% en 2009 a 79% en 2012. Para el año 2014, según el MSP reportaba un total de 5,734 farmacias a nivel nacional (Acebo, 2015).

A nivel global la industria farmacéutica se ha caracterizado por demostrar una marcada tendencia de afianzamiento en conglomerados transnacionales cuyas casas trascendentales se ubican principalmente en Europa y EE.UU. Destacándose un mercado de medicamentos genéricos provenientes de países desarrollados. Según la publicación del IMS Health, las ventas de las 20 mayores corporaciones presentes en esta industria representaron

aproximadamente el 56% del mercado mundial de productos farmacéuticos en 2014 (Acebo, 2015).

La industria mundial de productos farmacéuticos ha mantenido un significativo ritmo de crecimiento durante los últimos ocho años. Cifras de IMS Health registran que en el año 2014 este mercado superó el billón de dólares (un millón de millones) hasta alcanzar USD 1.06 billones, producto del constante crecimiento de los años previos, con tasas reales positivas que alcanzaron su mayor nivel en 2014 con 8.4% y que de forma agregada significaron una tasa de crecimiento anual compuesto de 6% para el período comprendido entre 2006 y 2014 (Acebo, 2015).

Tabla No 5 Mercado Farmacéutico Mundial Top 20 2014

| # | Compañía | País | Ventas (USD millones) |
|----|-------------------|--------------------|-----------------------|
| 1 | Novartis | Suiza | 51,307 |
| 2 | Pfizer | EE.UU. | 44,929 |
| 3 | Sanofi | Francia | 40,037 |
| 4 | Roche | Suiza | 37,607 |
| 5 | Merck & Co (*) | EE.UU. | 36,55 |
| 6 | Johnson & Johnson | EE.UU. | 36,422 |
| 7 | Astrazeneca | Reino Unido-Suecia | 33,313 |
| 8 | Glaxosmithkline | Reino Unido | 31,47 |
| 9 | Teva | Israel | 26,001 |
| 10 | Gilead Sciences | EE.UU. | 23,673 |
| 11 | Amgen | EE.UU. | 20,473 |
| 12 | Lilly | EE.UU. | 19,909 |
| 13 | Abbvie | EE.UU. | 19,049 |
| 14 | Bayer | Alemania | 18,347 |
| 15 | Boehringer Ingel | Alemania | 17,65 |
| 16 | Novo Nordisk | Dinamarca | 16,831 |
| 17 | Actavis (**) | Irlanda-EE.UU. | 15,978 |
| 18 | Takeda | Japón | 13,376 |
| 19 | Otsuka | Japón | 12,29 |
| 20 | Mylan | EE.UU. | 11,98 |

Fuente: Mercado Farmacéutico Mundial, 2014

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Sin embargo, las actuales empresas en sus inicios eran pequeños laboratorios originados por la actividad de los comerciantes, si no se popularizaba un médico con su medicina no se lograba realizar la comercialización y la industrialización. Estas empresas comenzaron a crecer gracias a sus fusiones y adquisiciones (M&A), posicionándose de esta manera en grandes compañías que en sus comienzos pertenecieron a familias y luego comenzaron a desintegrarse por la compra de diferentes inversionistas o a propietarios institucionales. Al

comenzar la década de los noventa, alrededor del mundo diez de las principales farmacéuticas regulaban el 28% del mercado, pero al finalizar el siglo estas poseían más del 45% del mercado farmacéutico, pero muchas de ellas han cambiado de dueños y hasta de nombre. La mayor fusión del tercer milenio fue entre dos laboratorios franceses (Aventis y Sanofi), fundando el grupo Sanofi- Aventis, la mayoría de fusiones causa un gran riesgo de que la operación fracase y son muy complejas de lograrlo (Jácome, 2008: 14-89).

Por el contrario, al observar la evolución de la industria farmacéutica en Ecuador, un elemento a destacar es el desempeño de la demanda por atención de salud (en el que se incluyen los medicamentos). Información publicada por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2014) registra que la relación del gasto anual total en salud realizado en Ecuador respecto al PIB del país ha mostrado una importante tendencia creciente desde el año 2000, con una tasa de crecimiento anual compuesto de 5.8% que le permitió aumentar cerca de cuatro puntos porcentuales hasta llegar a 7,5% en 2013, con lo cual el gasto total en salud sumó USD 6,784 millones. A su vez, el gasto per cápita en salud también registró un similar desempeño, mostrando una tasa de crecimiento anual compuesto de 10,8% hasta alcanzar USD 789 por habitante en 2013 (Acebo, 2015).

Para determinar la oferta se consideró la inflación del sector salud, las exportaciones e importaciones de los medicamentos en (2009-2014) y la producción de productos farmacéuticos en (2009-2013), para ello, las fuentes de información fueron principalmente el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC), el Banco Central del Ecuador (BCE) y la agencia oficial para fomento de inversiones y exportaciones Pro-Ecuador. Todos los elementos pronunciados anteriormente, son analizados a nivel nacional y su aportación se acoge en los años disponibles según las publicaciones de las instituciones informativas para el usuario.

Consecuentemente a esto, la industria farmacéutica en el año 2011 representó el 1.1% del PIB ecuatoriano, mientras que para el año 2014 fue del 1.3% del PIB, permitiendo que este crecimiento farmacéutico local supere el \$ 1.3 mil millones de ventas para ese mismo año. Por lo tanto, la industria local orientada principalmente en la producción de genéricos, se encuentra en una situación favorable ante la posibilidad de enriquecer al mercado institucional con importantes inversiones ubicadas a incrementar la capacidad instalada, para posicionarse ante los mercados internacionales que le restan competitividad (Plaza, 2015).

La industria farmacéutica Ecuatoriana tiene más de cien años de existencia, el primer laboratorio (Laboratorios H.G) se estableció en los años 30 en Guayaquil, convirtiéndose precursor en proveer medicinas a los sectores populares. A partir de los años 40 por una política de sustitución de importaciones se formó el Laboratorio LIFE con capital mixto (Junta General de Asistencia Pública y de inversionistas extranjeros), este laboratorio llegó a producir una gama significativa de medicamentos y exportó a países vecinos (Ayala, 2014; Stumpo & Rojo, s.f.). Posteriormente, en los 70 por la Ley de Fomento Industrial se logró fortalecer un pequeño sector farmacéutico, donde los laboratorios eran pequeños y procesaban localmente productos farmacéuticos importados sin realizar los procesos de investigación y desarrollo, estos laboratorios eran principalmente de capital nacional, con poca presencia de sucursales transnacionales (Ayala, 2014).

Actualmente la industria opera con 53 plantas farmacéuticas, donde el sistema de control de precios que se rige en el país privilegia a la importación de medicamentos, por lo cual la industria farmacéutica nacional no ha logrado una significativa participación en el mercado, llegando apenas al 17% en el año 2013, con respecto a los demás países competidores descritos en la tabla No 6, por otro lado hay que considerar que el funcionamiento de precios cambia entre los países (Ayala, 2014).

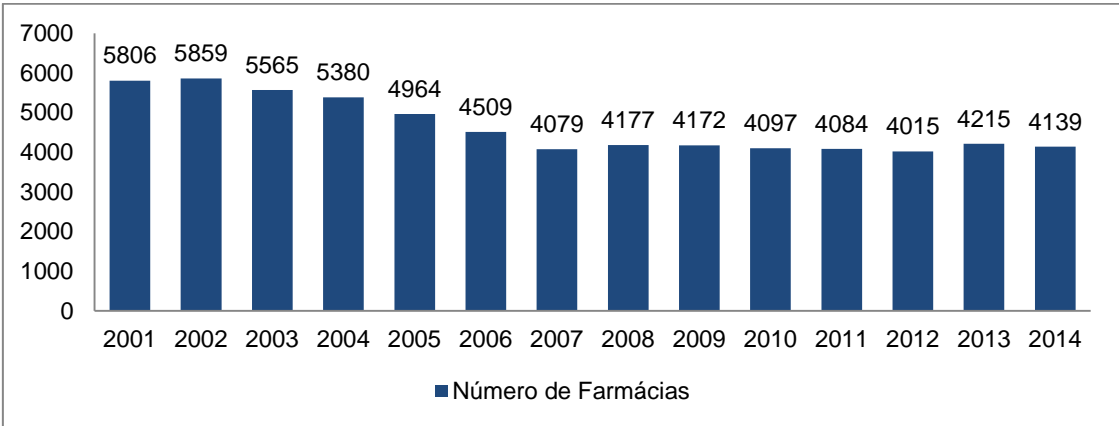
Tabla No 6 Participación del mercado farmacéutico (2009-2013)

| PAÍSES | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 | 2013 |
|------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Europeos | 40% | 40% | 39% | 39% | 37% |
| Latinoamericanos | 24% | 25% | 26% | 27% | 28% |
| Nacionales | 15% | 16% | 16% | 17% | 17% |
| Norteamericanos | 19% | 18% | 17% | 16% | 15% |
| Asiáticos | 1% | 2% | 2% | 2% | 2% |
| TOTAL | 100% | 100% | 100% | 100% | 100% |

Fuente: IMS HEALTH, 2014
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

La industria ecuatoriana tiene la participación en todas las formas farmacéuticas que existen en el mercado y unas ventas superiores a los USD 240 mil en el año 2014, esto quiere decir que la industria del país tiene la capacidad tecnológica para introducirse en casi todos los fragmentos del mercado (Ayala, 2014). Mientras que en el año 2013, el mercado farmacéutico alcanzó un valor de USD 1.500 millones, lo que representa un incremento del 6,8% con respecto al 2012; el 20,3% son de ventas de la producción nacional y el 79,7% restante equivale a fármacos importados. A continuación en el gráfico No 8 se observa el número de farmacias que han existido a partir del 2001 al 2014 (PROCHILE, 2014).

Gráfico No 8 Número de Farmacias en Ecuador (2001-2014)



Fuente: IMS HEALTH; INEC-ARSA, 2014
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

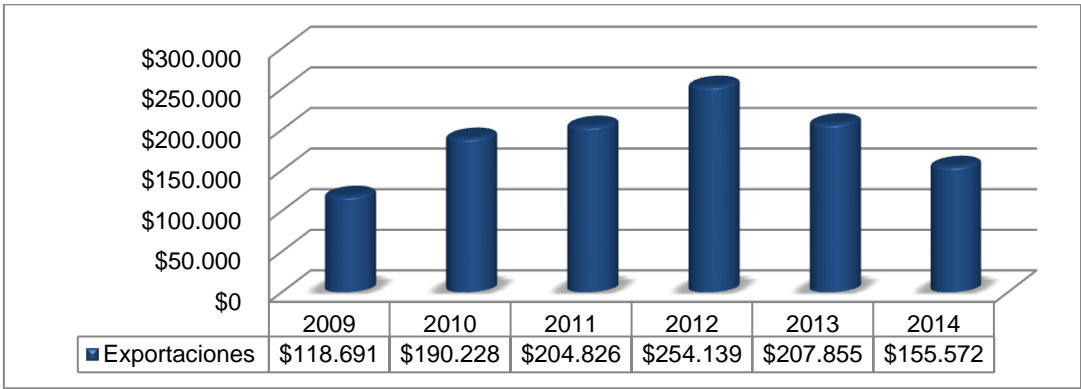
En 2013 los laboratorios transnacionales capturan la mayor participación del mercado, los 5 principales acaparan más del 30% del mercado, siendo Roche con el 8% de ventas, Bayer el 7,2%, Pfizer el 5,5%, Abbott el 4,8% y Novartis con el 4,7%. A comparación de los laboratorios nacionales, la mayor participación en ventas durante el 2013 es alcanzada por Acromax con un 4,6%, seguido por Life 3,3%, Grunenthal Ecuatoriana 2,9%, Propfar (Nifa) 1,4% y Pharmabrand 1,2%. El resto de los laboratorios cuenta con participaciones inferiores al 1% (PROCHILE, 2014).

Diagnóstico del sector externo a nivel nacional para productos farmacéuticos

En Ecuador el sector farmacéutico aporta considerablemente al desarrollo industrial por un lado en la transformación de materias primas y por otro en la manufactura de productos terminados, lo que le permite al país exportar dentro del grupo de medicamentos: antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, antipiréticos, antihipertensivos, antiácidos, inhibidores, antitusígenos, mucolíticos, expectorantes, hepaprotector, vitaminas, antiparasitarios, antihelmínticos, antimicóticos y suplementos médicos de origen natural; siendo los principales países de destino de productos farmacéuticos ecuatorianos: Venezuela, Panamá, Chile, Colombia, Perú, Guatemala, República Dominicana y Bolivia (Institución de Promoción de Exportaciones e Inversiones [PROECUADOR], 2014).

Las exportaciones de químicos y fármacos planteados en el gráfico No 9, manifiestan un aumento de USD 36.881 desde el 2009 hasta el 2012, con USD 118.691 y 155.572 respectivamente, siendo en 2012 el año con mayor ventas de medicamentos, mientras tanto a partir del 2012 hay una tendencia decreciente de las exportaciones en USD 109.288 hasta el 2014, registrando unas ventas de USD 155.572 en el último año. De esta manera las exportaciones consiguieron un valor total de 1.131.311 en miles de USD en 2011-2014. Los principales destinos de las exportaciones de fármacos en 2014 fueron Venezuela (33%), Panamá (13%), Chile (11%), Guatemala (9%), Perú (8%) y Colombia (8%).

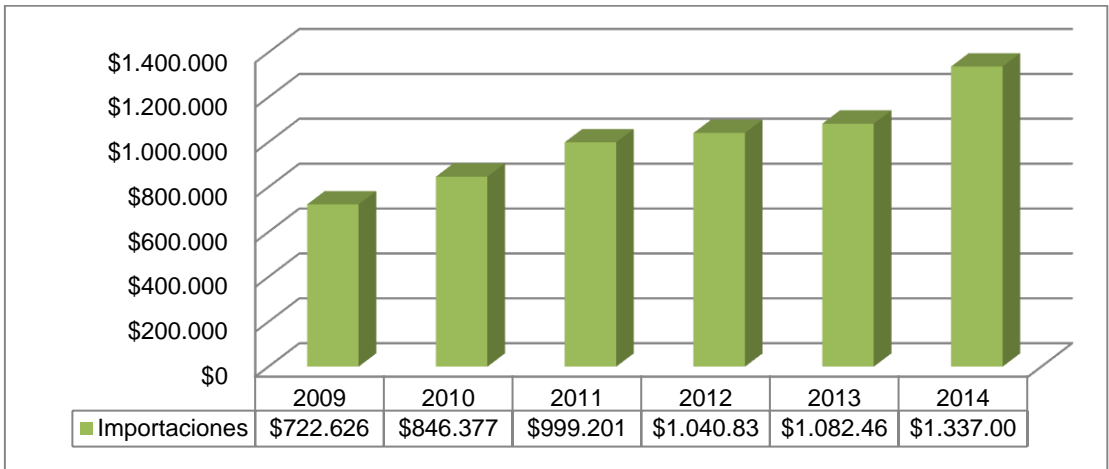
Gráfico No 9 Exportación de Químicos y Fármacos en miles de dólares FOB (2009-2014)



Fuente: Banco Central del Ecuador-BCE (2009-2014)
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

A su vez, las importaciones (gráfico No 10) en el año 2012 fueron del 17,27%, mientras que para el 2013 fue del 17,96%, para terminar en 2014 con un valor de USD 1.337.000 con un incremento del 4,22% respecto al año anterior, mostrando una tasa de crecimiento anual del 10,19% entre 2009 y 2014. Por lo tanto, las importaciones en medicamentos no han disminuido su ritmo de crecimiento, asimismo su participación está presente en la mayor parte de la oferta de productos farmacéuticos disponibles en Ecuador, de las cuales a nivel nacional destacan no solo medicamentos sino también productos como celulares, vehículos de turismo, neumáticos, tubos de acero y trigo. De esta manera, se registra un valor total de importaciones de productos farmacéuticos de USD 6.028.496 del 2009 al 2014.

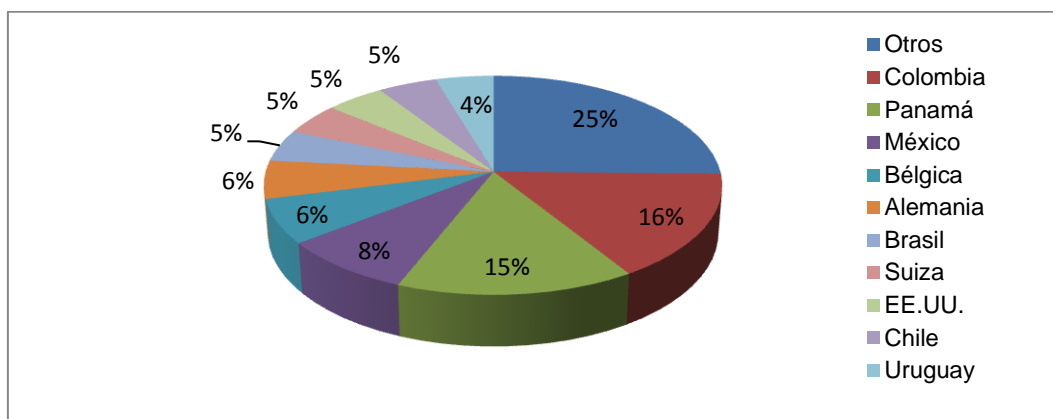
Gráfico No 10 Importación de Químicos y Fármacos en miles de dólares (2009-2014)



Fuente: Banco Central del Ecuador-BCE, (2009-2014)
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Las importaciones de productos farmacéuticos efectuadas en 2014 provinieron principalmente de Colombia, Panamá, México, Bélgica, Alemania, Brasil, Suiza, EE.UU., Chile y Uruguay, que en conjunto concentraron el 73% del monto total importado. A continuación se muestra gráficamente el destino de las importaciones, destacándose Colombia con el 16% en importaciones.

Gráfico No 11 Importación de Químicos y Fármacos en miles de dólares 2014



Fuente: Banco Central del Ecuador-BCE, 2014

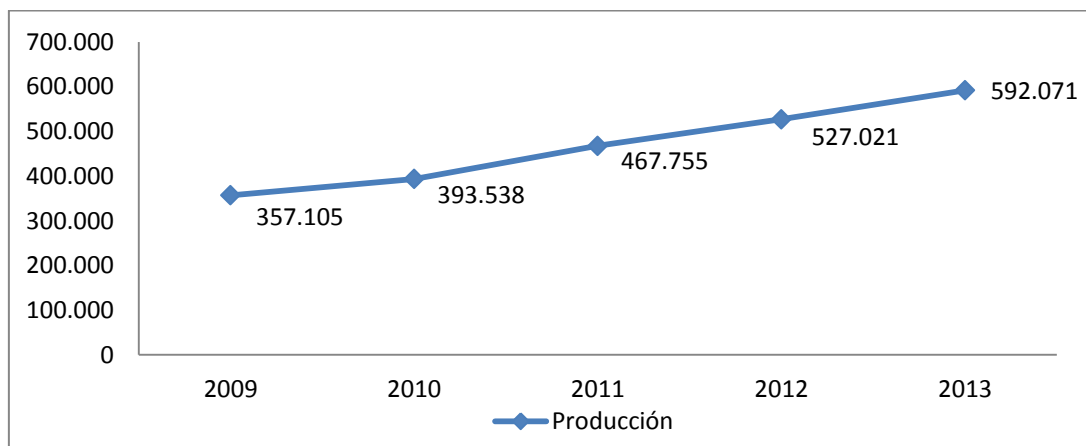
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Diagnóstico del sector real a nivel nacional según productos farmacéuticos

El sector real de la economía conforma la producción de bienes y servicios, donde el Producto Interno Bruto es la variable utilizada para medir el comportamiento, el cual acoge el valor, es decir el precio por cantidades de todos los servicios y bienes que se producen dentro del país durante un año (Parra, 2011).

En este sentido, en el gráfico No 12 se puede observar la producción de medicamentos en (2009-2013), con una producción total de USD 2.337.490 y una tasa de crecimiento anual del 10,1% entre 2009 y 2013, en el año 2012 existe un crecimiento del 2,5% respecto al año anterior. Finalizando en 2013 con una producción del 25,3%, lo que significa que la producción anual de este bien ha presentado un dinamismo hacia el crecimiento. En la actualidad existen varios laboratorios que elaboran medicamentos bajo la licencia extranjera con la importación de los principios activos, ya que el Ecuador no cuenta con una industria fármaco-química apta para producirlos (Stumpo & Rojo, s.f.).

Gráfico No 12 Producción Anual de Productos Farmacéuticos en miles de dólares (2009-2013)

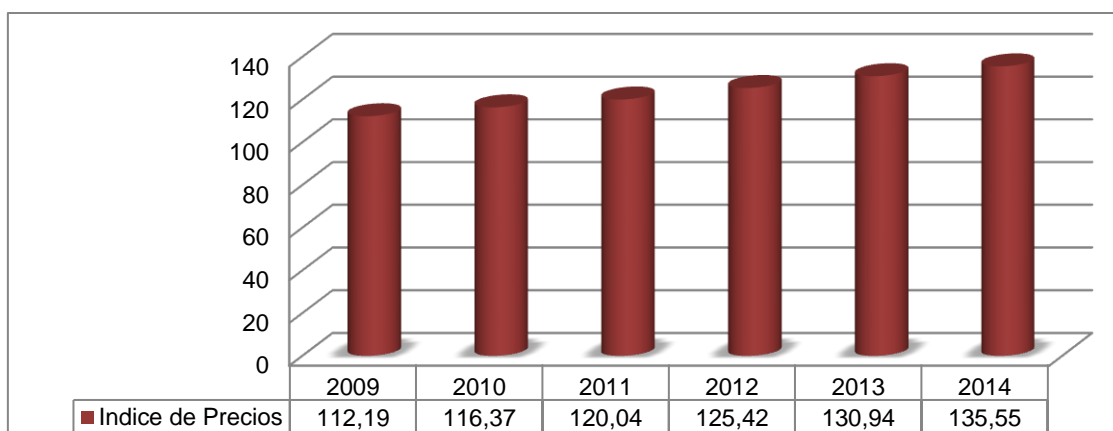


Fuente: Banco Central del Ecuador-BCE, (2009-2013)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Para el objetivo de este diagnóstico se toma en consideración el análisis del índice de precios al consumidor (IPC), Base anual 2004=100, donde este indicador señala mensual y anualmente el cambio en el tiempo del nivel general de los precios, relacionados al consumo final de bienes y servicios de los hogares de estratos de ingreso: alto, medio y bajo (INEC, 2015). A continuación, se muestra en el gráfico No 13 el índice de precios al consumidor del sector salud, donde se observa anualmente la variación de los precios en el consumo de la salud para los años del (2009-2014). Existe una tasa del crecimiento anual del 3,15% entre 2009 y 2014, a partir del año 2009 se registra un aumento del 0,5% con respecto al año anterior, mientras que para el año 2012 el índice es de 18,30%, finalizando al término del último año con un índice del 18,30% para el consumo de productos de salud.

Gráfico No 13 Índice de Precios al Consumidor del Sector Salud (2009-2014)



Fuente: Banco Central del Ecuador-BCE, (2009-2014)

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Análisis de los canales de comercialización de productos farmacéuticos

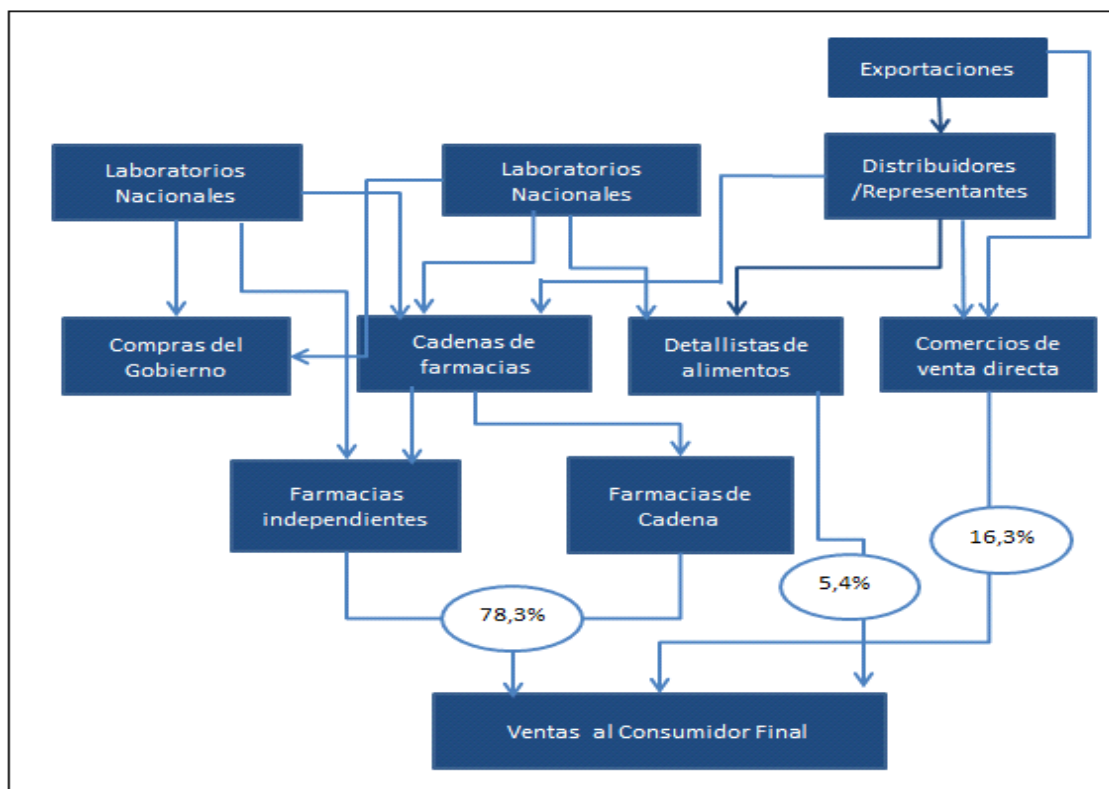
La distribución y comercialización de medicamentos ha pasado por una transformación progresiva muy importante, ya que en un inicio las farmacias en el Ecuador se hicieron conocidas como una segunda fuente de ingresos para las personas con ingreso medio, pero a partir de un crecimiento per cápita en los 70 y mucho más en los 80, permitió el aumento del consumo de medicinas, dando paso a un mercado con valor competitivo al que muchos laboratorios ingresaron mayormente latinoamericanos y europeos (Calderón, 2014).

Debido al alto número de farmacias en el país, se produjo que instituciones de representación se conviertan en operadoras logísticas y de distribución, este modelo se mantuvo por un tiempo pero luego se vio influenciado por un grupo empresarial local especialista en la gestión de farmacias, de este modo se origina la primera cadena de farmacias llamada FARCOMED, y así el mercado de medicinas se ha afianzado alrededor de las cadenas farmacéutica ya instauradas en el país. Sin embargo, todavía coexisten un alto número de farmacias independientes. A nivel nacional, las tres grandes cadenas de farmacias son: FARCOMED, DIFARE y FARMAENLACE, por lo cual el mercado está altamente controlado más o menos cerca del 95% en productos farmacéuticos, en 2012 el 72,1% de la venta en consumo de productos para la salud se dio en farmacias y droguerías y un 6,2% en otros lugares como tiendas de productos naturales (Calderón, 2014).

No obstante, las farmacias y droguerías han perdido representatividad en la comercialización en comparación a la venta directa, ya que este último representó el 3,5% en 2007 y pasó a representar el 16,3% en 2012, a causa de que se aumentado el consumo de vitaminas, productos herbales, todo esto porque los ciudadanos se han concentrado en el cuidado de su control del peso. Asimismo, promocionando una venta directa por catálogo y televisión. La venta en comercios de productos comestibles se ha mantenido constante con el 5,4% en 2012, donde el 3,6% es de supermercados, el 1,5% de hipermercados y el 0,3% es la venta de tiendas de barrio, como se observa en el gráfico No 15 (Calderón, 2014).

A causa de la presencia de los principales laboratorios en Ecuador, los productos más comunes se convierten en un mercado muy saturado, por lo que algunas de las grandes cadenas muestran interés específicamente en productos diferenciados como aquellos con características naturales u orgánicas (con certificación), además de productos OTC (productos que no requieren receta facultativa), como fórmulas infantiles. Las grandes cadenas de farmacias tienen sus laboratorios propios y se especializan en controlar su distribución en sus puntos de ventas, mientras que para los fármacos extranjeros no importan directamente sino que lo hacen mediante los representantes de estos productos en el país, por lo cual no se encargan del registro. A continuación, se muestra el gráfico No 14 un diagrama de los principales flujos de comercialización de productos farmacéuticos en el país (Calderón, 2014).

Gráfico No 14 Principales flujos en la cadena de distribución de Productos Farmacéuticos en el 2012



Fuente: Euromonitor Internacional, 2012.

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

La mayor proporción de puntos de venta se genera a través de las cadenas de farmacias, que luego se distribuyen a sus farmacias o también proveen a farmacias independientes. Las exportaciones mediante venta directa a minoristas son de menor medida por el bajo volumen en el que gestionan su producción, además de que su fuente principal de producción es por laboratorios extranjeros instalados en el Ecuador. Los representantes son esenciales en la intervención del mercado, por sus relaciones con las grandes cadenas farmacéuticas, por lo mismo son ellos los que realizan los diferentes papeleos para el registro de los productos a comercializar, todos estos trámites son habitualmente costeados por las empresas exportadoras. Asimismo, estos son los que negocian la exclusividad en el país, ya que dentro del precio abarca un porcentaje para la publicidad y posicionamiento en el mercado (Calderón, 2014).

Más detalladamente las compras del gobierno se realizan mediante mecanismos del Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP, antes INCOP), como por ejemplo la Subasta Inversa Corporativa de Medicamentos (SICM) que busca comprar por montones medicamentos a precios más bajos. A partir del 2011 la SICM adquirió mercancía por un valor de USD 450 millones para abastecer entre 2012-2013, mientras que para el 2014 se registró un valor de USD 221.4 millones en adquisiciones de medicamentos. Sin embargo, es muy importante resaltar que existe una dirección marcada en la comercialización y

utilización de medicamentos genéricos impulsada por decisiones gubernamentales en los últimos años (Acebo, 2015).

Principales Actores en la Industria farmacéuticas

El sector farmacéutico sin duda es una actividad económica con fines de lucro y en el país ha representado una tendencia vertical entre laboratorios farmacéuticos y distribuidores o entre distribuidores y farmacias. Los laboratorios privados más representativos son:

- Acromax Laboratorio Químico Farmacéutico S.A.: Reportó ingresos por ventas de USD 70.2 millones en 2014, incluyendo exportaciones por USD 14.1 millones.
- Laboratorios Industriales Farmacéuticos Ecuatorianos LIFE: Ingresos por actividades ordinarias de USD 47.4 millones en 2014.
- Tecnandina S.A.: Ingresos por ventas de USD 41.5 millones, incluyendo exportaciones por USD 21.6 millones en 2014
- Farmayala Pharmaceutical Company S.A. (FPC): Ventas por USD 20.4 millones en 2014.
- Prophar S.A.: Ingresos de USD 18.2 millones (Plaza, 2015).

Asimismo, se suma la Empresa Nacional de Fármacos (Empresa Pública Farmacéutica), establecida por la actual administración del gobierno en diciembre 2009 con el fin de generar producción de medicamentos genéricos y abastecer localmente, direccionada para el sistema de salud pública con exportación sin fines de lucro. Enfarma es orientada a realizar actividades de comercialización, investigación y producción, con profundidad en enfermedades respiratorias, gástricas, diabetes, cáncer (Plaza, 2015). Actualmente la Empresa Pública Enfarma como respuesta a una serie de ajustes en las instituciones del Estado, el presidente de la República anunció su cierre (Ortiz, 2016).

Se ubica en la ciudad del conocimiento Yachay y se ha informado que contará con plantas de producción de sólidos orales, antibióticos betalactámicos, líquidos estériles, hormonales y de antineoplásicos (Plaza, 2015).

En el mercado de distribución y dispensación de productos farmacéuticos resaltan los siguientes:

- **Holding Grupo Difare Cía. Ltda.:** Con sus subsidiarias Difare S.A. (opera con las marcas de farmacias Cruz Azul, Pharmacy's y Comunitarias) y Dyvenpro S.A.
- **Corporación Grupo Fybeca S.A. GPF:** Con sus subsidiarias Farmacias y Comisariatos de Medicinas S.A. Farcomed bajo la marca Fybeca; Econofarm S.A. bajo la marca Sana Sana; Farmaliadas S.A, Tiecone S.A., Abefarm S.A. y Provefarma S.A.
- **Farmaenlace Cía. Ltda.:** Con las marcas Farmacias Económicas, Medicity y Farmadescuentos.
- **Quifatex S.A.:** Con la marca Su Farmacia y su subsidiaria Vanttive Cía. Ltda.
- **Leterago del Ecuador S.A.** (Plaza, 2015).

Requisitos para la comercialización de Productos farmacéuticos

El sector farmacéutico es regulado debido al efecto directo que su funcionamiento tiene sobre la población y es por ello que el Gobierno tiene una gran participación en este. El artículo 137 de la Ley Orgánica de Salud de Ecuador establece los medicamentos que están sujetos a registro sanitario.

Mediante el Decreto Ejecutivo No. 1290 publicado en el Registro Oficial No. 788 del 13 de septiembre del 2012, se crea la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) de Ecuador, como una entidad de derecho jurídico, con independencia económica y financiera, adscrita al Ministerio de Salud Pública.

El artículo 9 del Decreto indica que: La Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), será el organismo técnico encargado de la regulación, control técnico y vigilancia sanitaria de los siguientes productos: “alimentos procesados, aditivos alimentarios, medicamentos en general, productos nutracéuticos, productos biológicos, naturales procesados de uso medicinal, medicamentos homeopáticos y productos dentales; dispositivos médicos, reactivos bioquímicos y de diagnóstico, productos higiénicos, plaguicidas para uso doméstico e industrial, fabricados en el territorio nacional o en el exterior, para su importación, exportación, comercialización, dispensación y expendio, incluidos los que se reciban en donación y productos de higiene doméstica y absorbentes de higiene personal, relacionados con el uso y consumo humano así como de los establecimientos sujetos a vigilancia y control sanitario establecidos en la Ley Orgánica de Salud y demás normativa aplicable, exceptuando aquellos de servicios de salud públicos y privados”.

Según lo mencionado en dicho decreto en relación con las atribuciones y responsabilidades de la ARCSA, a partir del 11 de septiembre de 2013, la emisión de los permisos de funcionamiento de los establecimientos que producen, importan, exportan, comercializan, almacenan, distribuyen, dispensan y expenden, los productos que están sujetos a obtención de registro sanitario o Notificación Sanitaria Obligatoria, están a cargo de esta entidad. El ARCSA es además el responsable de receptor y verificar que las solicitudes de registro sanitario estén completas y correctamente presentadas, con el fin de otorgar o negar dicho trámite.

El proceso para la solicitud del Registro Sanitario es básicamente el siguiente:

- Ingresar al sistema, que solicita un nombre de usuario o RUC (obligatorio para productos nacionales) y contraseña.
- Elegir una nueva solicitud y el tipo de producto para el cual se va a comercializar.
- Completar datos personales: persona autorizada y oficina donde presentará documentos y retirará el certificado de Registro Sanitario.
- Ingresar la información del producto: nombre, clasificación, origen, marca, envases, lote, etc.
- Información del fabricante: origen/nacionalidad, RUC (solo para fabricantes de origen nacional), razón social, país de domicilio, email, etc. y se envía la solicitud.
- Llevar la documentación establecida en el instructivo antes mencionado.

Manufactura de Genéricos y Agregación de valor

La producción nacional se caracteriza por los medicamentos genéricos de marca y denominación común internacional, la materia prima que se utiliza son los ingredientes farmacéuticos activos para luego ser procesados para acondicionamiento para que den la forma farmacéutica, que posteriormente es envasada, etiquetada, estuchada y prospectada para finalmente de un medicamento pasando las pruebas de control de calidad (Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Ecuatorianos [ALFE], 2013).

Los laboratorios farmacéuticos miembros de la ALFE son debidamente certificados con BPM, certificaciones ISO y con registros sanitarios. Dentro de la Asociación de Laboratorio Farmacéuticos Ecuatorianos (ALFE) se encuentra 12 laboratorios asociados que son:

1. Laboratorio Neofarmaco
2. Rocnarf
3. Laboratorios Tofis
4. Pharmabrand
5. Fpc
6. Indunidas
7. Laboratorios H.G.C.A.
8. Laboratorios "G.M."
9. Laboratorios Dr. A. Bjarner C.A.
10. Acromax A.M.
11. Kronos Laboratorios
12. Lamosan (ALFE, 2014).

De estos laboratorios en la tabla No 7 se muestra algunos medicamentos genéricos que se producen a nivel nacional.

Tabla No 7 Medicamentos producidos a Nivel nacional en 2014

| Antialérgicos | Antibacterianos | Línea Cardiológica | Antiinflamatorios, analgésicos y antipiréticos |
|------------------|-----------------|--------------------|--|
| Loratadina | Loratadina | losartan | Diclofenaco |
| cetirizina | Cetirizina | enalapril | |
| | Cotrimoxazol | clopidogrel | |
| Antiparasitarios | Vitamínicos | Línea Digestiva | Antimicóticos y antivirales |
| Metronidazol | Complejo B | Omeprazol | Loratadina |
| | | | Cetirizina |

Fuente: Asociación de Laboratorios farmacéuticos, 2014.

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

De esta forma los medicamentos que se producen a nivel nacional su valor agregado (VAE) es generado por la industria farmacéutica y éste está compuesto principalmente por el

proceso de transformación que incluye la mano de obra y otros gastos indirectos de fabricación. Además se agregan todas las materias primas e insumos que están disponibles en el país y cumplan las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM). A continuación se muestra un ejemplo del VAE en el país de algunos medicamentos que se producen en los diferentes laboratorios nacionales (ALFE, 2013). Tal como se observa en la tabla No 8, la cantidad de valor agregado en el caso de estos productos es entre el 5% y el 98% del costo de fabricación, lo que significa que la producción de medicamentos tiene un amplio rango. Por ejemplo en la producción de ampollas de amikacina o de tabletas de claritromicina, el porcentaje de VAE es bajo, apenas del 5 y 7% respectivamente; esto se debe a que más del 90% del costo de fabricación de estos medicamentos representa el costo del principio activo, el cual requiere ser importado dado que no existe producción nacional farmoquímica. Mientras que los medicamentos como el diclofenaco inyectable, albendazol en suspensión y el complejo B en jarabe incorporan un alto porcentaje de valor agregado nacional, entre 70 y 90%.

Tabla No 8 Porcentaje del Costo de Fabricación correspondiente de valor agregado Ecuatoriano

| Productos | Materiales e insumos nacionales | Mano de obra y otros costos de conversión | % VAE sobre costo de fabricación |
|------------------------|---------------------------------|---|----------------------------------|
| DICLOFENACO inyectable | 22% | 76% | 98% |
| ALBENDAZOL suspensión | 22% | 71% | 93% |
| COMPLEJO B jarabe | 58% | 20% | 77% |
| LORATADINA tableta | 42% | 3% | 45% |
| PREDNACINOLONA óvulo | - | 39% | 39% |
| AMOXICILINA cápsulas | 14% | 11% | 25% |
| PREDNACINOLONA crema | - | 22% | 22% |
| DICLOXACILINA CAPSULAS | 11% | 8% | 20% |
| LACTULOSA jarabe | 10% | 9% | 19% |
| CLARITROMICINA tableta | 2% | 6% | 7% |
| AMIKACINA ampolla | 1% | 4% | 5% |

Fuente: Asociación de Laboratorios farmacéuticos, 2014.

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Las empresas manufactureras tratan en lo posible de apegarse a las BPM en todos sus procesos de fabricación y elaboración, indispensable para obtener productos adecuados y de calidad para el consumo humano.

El objetivo de que, las empresas manufactureras cumplan adecuados procesos y herramientas de producción es garantizar que sus productos tengan condiciones sanitarias apropiadas, disminuyendo riesgos en su comercialización y fabricación.

Es importante mencionar que en nuestro país la utilización de sistemas sanitarios y de calidad, son regulados por el Estado Ecuatoriano a través de su normativa legal, que permite estandarizar criterios que proporcionen la correcta protección al consumidor final. Además unificar la implementación de sistemas permitiendo el desarrollo y evolución de la industria, tomando en cuenta que las exigencias de los consumidores son cada vez más demandantes.

Inversión a medicamentos por parte del Gobierno

El modelo actual del Ecuador enfocado en el desarrollo endógeno ha buscado un elemento integral como estrategia pilar para la industria farmacéutica local. Siendo el órgano oficial responsable de la iniciativa SENPLADES en el diseño del proyecto nacional junto a las autoridades gubernamentales actuales y que su componente principal es reconocer el aporte que daría el cambio de la matriz productiva en la manufactura nacional de medicamentos basada en materias primas hacia una producción que genere valor agregado y que además de un aporte a la salud pública (ALFE, 2013).

SENPLADES ha informado que dicha transformación se hará a partir de los siguientes ejes:

1. Diversificación productiva establecida en el progreso de industrias estratégicas y en el planteo de nuevas actividades productivas que extiendan la oferta de productos ecuatorianos y reduzcan la dependencia del país hacia las importaciones (Plaza, Granda & Quijano, 2015).
2. Agregación de valor en la producción existente mediante la agregación de tecnología y conocimiento en los actuales procesos productivos de biotecnología, servicios ambientales y energías renovables (Plaza, Granda & Quijano, 2015).
3. Sustitución selectiva de importaciones en el corto plazo con bienes y servicios que ya se producen actualmente: industria farmacéutica, tecnología y metalmecánica (Plaza, Granda & Quijano, 2015).
4. Fomento a las exportaciones de productos nuevos ecuatorianos, provenientes de actores nuevos o que incluyan mayor valor agregado, ampliando los destinos internacionales de los productos nacionales (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Además, SENPLADES ha establecido cinco industrias estratégicas y ha identificado catorce industrias sobresalientes que permitirán ser la muestra de estudio en el momento que se ejecute las políticas públicas, de esta manera se tomarán en cuenta los diferentes aspectos que permitirán una mejora en el proceso de selección de las políticas públicas (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Tabla No 9 Industrias de Especial Interés para la Planificación Pública

| Estratégicas | Priorizadas |
|---------------------|---|
| Refinería | Alimentos frescos y procesados |
| Astillero | Biotecnología (bioquímica y biomedicina) |
| Petroquímica | Confecciones y calzado |
| Metalurgia | Energías renovables |
| Siderúrgica | Industria farmacéutica |
| | Metalmecánica |
| | Petroquímica |
| | Productos forestales de madera |
| | Servicios ambientales |
| | Tecnología (incluyendo software, hardware y servicios informáticos) |
| | Vehículos, automotores, carrocerías y partes |
| | Construcción |
| | Transporte y logística |
| | Turismo |

Fuente: SENPLADES, 2014
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

El punto donde se ubique la industria farmacéutica será de relevancia a la hora de la planificación económica gubernamental ya que la misma da oportunidades que serán provechosas para el país, pero esto dependerá que de la capacidad de la industria nacional pueda captar o comprender su propia planificación estratégica con las diferentes propuestas o iniciativas que las autoridades dispongan y procesen como inicio de una agenda de cambio de matriz productiva (ALFE, 2013).

Las empresas farmacéuticas que buscan aprovechar las oportunidades comprenden que se necesita de inversión en tecnología, mano de obra en información, entendiendo que el impulso de modificar la industria nacional con el fin de sustituir importaciones, las plantas de producción nacional deberían alcanzar un mayor valor agregado para hacer cumplir la meta o el propósito impuesto (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

De esta manera, se han mostrado esfuerzos en capacitación, tecnología y en procesos de renovación de la maquinaria industrial, apuntando a lograr una mejora tecnológica y de esta forma alcanzar mayores niveles de productividad. Todo esto refleja los cambios para que se dé pauta al proceso de cambio de la matriz productiva, beneficiando la producción nacional. Por ello, de acuerdo información del MIPRO, el país alcanzó la fabricación de medicamentos líquidos y suspensiones el 56% y 65% respectivamente en el año 2013; mientras que la producción de sólidos y comprimidos fue del 19% (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Lo que resulta que la capacidad instalada dispone para ser posiciona como potencial en diversas partes del mercado local, además se estima que en el año 2015 se adquiera alrededor de USD 500 millones en medicamentos en dos años adquiridos a través de la

subasta inversa. Por otro lado se incentiva que el pequeño mercado de exportaciones se abra a más campos con países similares al Ecuador y a otros, donde nuestra producción sea potencial (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

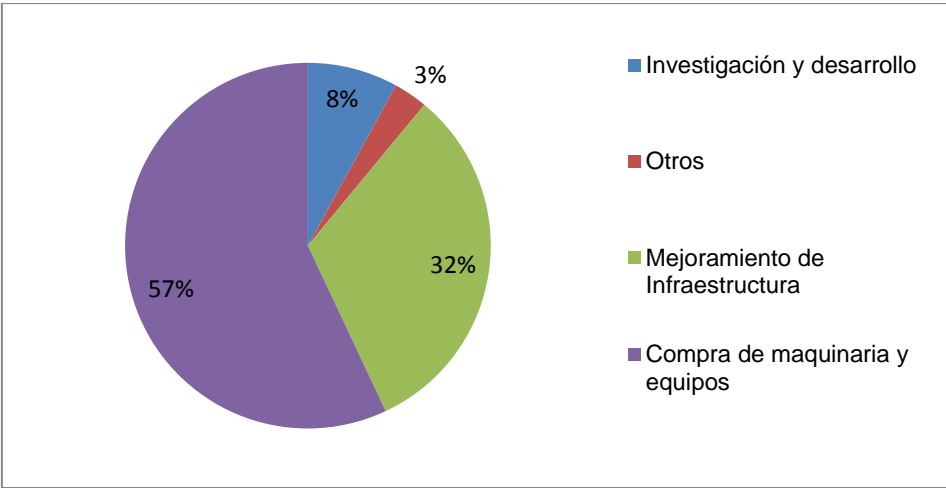
Principales Rubros y Nivel de Empleo

Es importante destacar que el país da prioridad al mercado farmacéutico local en la adquisición de medicinas para el sector público, según lo dispuesto en el art.288 de la Constitución del 2008, donde referente a esto dispone que los procesos de compras públicas se deben priorizar los productos y servicios nacionales.

Este mecanismo de incentivo en las compras públicas a los productores nacionales les ha permitido contar con “un mercado seguro en el corto y mediano plazo, lo que ha motivado la realización de inversiones para asegurar la adecuada provisión para este mercado institucional” (Plaza, Granda & Quijano, 2015). Por ello, ALFE ha reportado:

“Un aumento de hasta cuatro veces en las inversiones realizadas por sus laboratorios miembros entre 2010 y 2013, representando un monto anual promedio del 5% de los ingresos de dichos laboratorios, y cuyos principales destinos fueron compra de maquinaria y equipos (57%), y mejoramiento de infraestructura (32%)” (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Gráfico No 15 Usos de Inversiones ALFE (2010-2013)



Fuente: ALFE, 2013
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Mientras tanto, según la Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros (2001), informa que dentro de la industria manufacturera de genéricos, la actividad económica en la fabricación de los productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales, tiene un personal de 6.272 personas en el año 2011, por su parte ALFE (2013) informa que los laboratorio asociados en el 2013 generaron empleo estable de más de 2.000 personas de lo

que se estima que el 43% son ocupados por mujeres, a causa de su destreza para la precisión en la manufactura de medicamentos.

Identificación de Mercados Relevantes

Los siguientes elementos a continuación manifiestan el desempeño que la industria farmacéutica nacional tiene y sus posibles áreas de desarrollo.

- Participación de los laboratorios nacionales en el mercado privado.
- Relación exportaciones e importaciones en los mercados naturales (a causa de su cercanía y semejanza) de comercio exterior de fármacos (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Como ya se mencionó anteriormente, el país tiene una de las más bajas participaciones (17%) de los laboratorios de capital nacional con respecto al mercado privado de productos farmacéuticos en 2013. En América Latina la cobertura de laboratorios locales era del 46% en el año del 2012, pero en el caso del Ecuador esta llegaba apenas al 17%, mientras que uno de los países latinos con el valor más alto fue Argentina con el 57%, lo que significa que el país durante el 2012 al 2013 su participación no se ha modificado manteniéndose en el 17% (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

La situación ecuatoriana no ha mejorado, siendo así que los laboratorios de capital ecuatoriano representaban apenas el 15% del mercado privado versus el 52% proveniente de laboratorios de origen europeo y norteamericano y el 30% por laboratorios latinoamericanos, entre los principales (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Cabe destacar que, del total de medicinas importadas en 2014 por USD 1,337 millones según el Banco Central del Ecuador, el origen de los envíos desde los principales bloques comerciales en Latinoamérica, fueron:

- CAN, de dónde provino 16.6% (incluyendo 15.3% solamente desde Colombia).
- MERCOSUR con una participación de 14.9%.
- México con 8%
- Chile con 5% (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Las razones que se manifiestan estas importaciones y los bloques es debido a la distribución del mercado farmacéutico que se encuentra enfocado en la industria nacional de medicamentos genéricos y por la baja representatividad que el segmento tiene dentro del total del mercado privado. También como causas de falta de protagonismo de la industria local, es el bajo nombramiento o penetración en medicinas genéricas ya que el motivo de las farmacias competidoras es el incentivo al margen del precio ya que cuanto más cara es la medicinas mayor es su margen de ganancias así mismo como las preferencias de los médicos. (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Diversas investigaciones a nivel mundial por organismos públicos indican que la mayor parte de incertidumbre que los consumidores tienen con respecto a medicamentos genéricos es

por la señalización de marca pues, la mayoría lo toman como a los de marca productos con calidad y eficacia, perjudicando al mercado de genéricos (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Aportando a esto desde el reflejo oficial local se daba la razón de que las farmacias prefieren vender productos importados a causa del mayor margen de utilidad que estos dan. A su vez, la presencia de los laboratorios de grandes países industrializados complica el acaparamiento que muestran a nivel global por la presencia de estos en la mayoría de los mercados en el ámbito mundial (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Finalmente añadiendo que entre los medicamentos similares de marca, se ha visto que una proporción significativa está alcanzando a estos por laboratorios latinoamericanos principalmente Colombia. En resumen Ecuador aparte de tener un relevante ingreso de fármacos importados se añade el bajo monto de medicinas exportadas, lo cual provoca que en conjunto el país sea el que mayor déficit comercial ajustado por PIB en América del Sur, después de Venezuela (Plaza, Granda & Quijano, 2015).

Capítulo II

Estudio sobre el acceso de los medicamentos en Ecuador

La aparición de los medicamentos entre otros factores, ha sido una de las contribuciones más relevantes en el aumento de la esperanza de vida de la población. Esencialmente por los cambios originados en el avance de la tecnología, los medicamentos han pasado desde un inicio a una actividad de producción, siguiendo a otra basada en la distribución, hasta concluir a una actividad establecida en la atención al cliente. Es decir, la evolución de la farmacia obliga a profesionales sanitarios a un constante control interno y la medicina deja de ser un fin que se convierte en un medio para lograr los objetivos terapéuticos iniciales (Delgado, 2008: 8-20).

Consecuentemente, en este capítulo se desarrollará el nivel de disponibilidad que tiene la población Ecuatoriana con respecto a los medicamentos y su grado de inversión por parte del gobierno. Se utilizará el apoyo de estudios ya realizados por instituciones mundiales como la OMS, OPS, CEPAL, MSP, INEC, y demás investigaciones de proyectos de laboratorios farmacéuticos para la justificación del diagnóstico y análisis del mercado. Igualmente se examinará los determinantes sociales que afectan la conducta de la población en relación con la búsqueda y obtención de medicamentos, con el fin de sustentar la razón del poco o nada de acceso a los mismos.

Análisis de acceso a medicamentos de la población ecuatoriana

“El acceso a medicamentos es un indicador que se utiliza para medir el nivel de vida de un país, ya que refleja la eficiencia y fortaleza de un sistema de salud” (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014). La exclusión en salud, es generalmente comprendida como la carencia de acceso que tienen ciertos grupos de personas a bienes, servicios y oportunidades que influyen en el bienestar de su salud, a diferencia de otros grupos que si tienen la posibilidad de disfrutar. La exclusión se debe a factores tanto internos como externos del sistema de salud, los externos están íntimamente ligados a varios determinantes sociales de la salud (DSS) como la pobreza, el aislamiento geográfico, el desempleo, la discriminación, patrones culturales, etc. Mientras que los internos dependen de los grados de fragmentación del mismo (Acuña, Marin, Mendoza, Emmerick, Luiza & Azeredo, 2014).

La experiencia recorrida en los enormes sectores de la mayoría de los países de América ha demostrado todavía la falta de acceso real a los servicios de salud y esto es peor en el caso de los países Latinoamericanos, este déficit de cobertura ya dicho anteriormente es un gran desafío para obtener una estructurada de gestión en los sistemas nacionales de salud. Es por ello que se ha formulado numerosos debates para reducir el ineficiente uso de los recursos con el fin de tener una atención integral de la salud que permita tomar en cuenta todas las necesidades de la población (García, González, Pérez & Iribarren, 2002).

A nivel general las personas con ingresos económicamente bajos tienen más probabilidades de no poder cambiar su modo de vida y tener un menor acceso a servicios de salud que sean de calidad, incluidos los medicamentos esenciales. La desigualdad en la población es evitable y está se denomina como la inequidad sanitaria, reformar la inequidad es un asunto

de justicia social. Dentro de un país los determinantes sociales de la salud revelan la mayor parte de las inequidades sanitarias que existen entre la población. Por ejemplo el sistema de salud es un determinante social de la salud, porque su mecanismo influye hacia los otros determinantes y además se ve influido por estos (Acuña, Marin, Mendoza, Emmerick, Luiza & Azeredo, 2014).

En el momento que se percibe una necesidad de salud puede existir búsqueda de medicinas, pero el individuo tiene la decisión de demandar o no y está puede ser o no satisfecha, dentro del sistema de salud o fuera. En la actualidad, el mercado farmacéutico Ecuatoriano ha realizado cambios para cumplir con la garantía de acceso a la salud para la población, a través de políticas en sectores estratégicos, esto le ha permitido aumentar el acceso de medicamentos y lograr un ahorro al Gobierno con el bajo costo de los fármacos por el impulso en la producción nacional de los principios activos y al mismo tiempo incentivar el cambio de la matriz productiva. (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

Por ello, por normativas impuestas de gobiernos predecesores los laboratorios internacionales que anteriormente dispensaban las medicinas tuvieron que instalar una planta para la producción y comercialización en el país, provocando la sustitución de importaciones de productos acabados por la de materias primas y de empaque que hasta hoy en día este proceso se mantiene (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014). Pero esto no quiere decir que todas las personas se han beneficiado, todavía hay un gran número de sectores que no tienen el acceso que les corresponde como derecho (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

Ecuador se caracteriza por el predominio de ser multiétnico y pluricultural, por población indígena, afrodescendiente, mulata, mestiza y blanca. Entre 1992 y 2006 la evolución pública Ecuatoriana se ha caracterizado por una gran inestabilidad de las instituciones y un alto grado de conflicto social generando crisis de gobernabilidad, violencia social, corrupción, desequilibrio administrativo, etc. Todos estos problemas han afectado la dinámica del sector salud y sus reformas; actualmente todavía no se recuperan al 100% (OPS, 2008).

Además de esto coexiste acumulación epidemiológica, con enfermedades crónicas no transmisibles y enfermedades transmisibles, acompañadas de crisis económicas que han afectado a la población ecuatoriana en bienestar y nivel de salud. Esto refleja el sistema de provisión de los servicios de salud determinada por la fragmentación y segmentación, ya que no existe coordinación entre actores y cada uno de ellos cuenta con una población beneficiaria con acceso a servicios diferenciados. Asimismo cada institución mantiene un esquema de organización propio, gestión y financiamiento propio que dificultan la estimación de la cobertura efectiva (Lucio, Villacrés & Henríquez, 2011; Acuña, Marin, Mendoza, Emmerick, Luiza & Azeredo, 2014).

En este sentido en el siguiente apartado se examina los determinantes sociales que afectan la conducta de la población en relación con la búsqueda y la obtención de medicamentos, por lo cual para determinar el acceso a medicamentos esenciales la OMS (2004), establece que una persona dispone de estos cuando tiene accesibilidad geográfica, disponibilidad física, costo razonable y prescripción racional. En el caso de la prescripción racional como

es un punto subjetivo y parte de un análisis médico a profundidad, no se la podrá medir, por todo lo que significa y aborda, señalado en la fundamentación teórica.

Accesibilidad geográfica

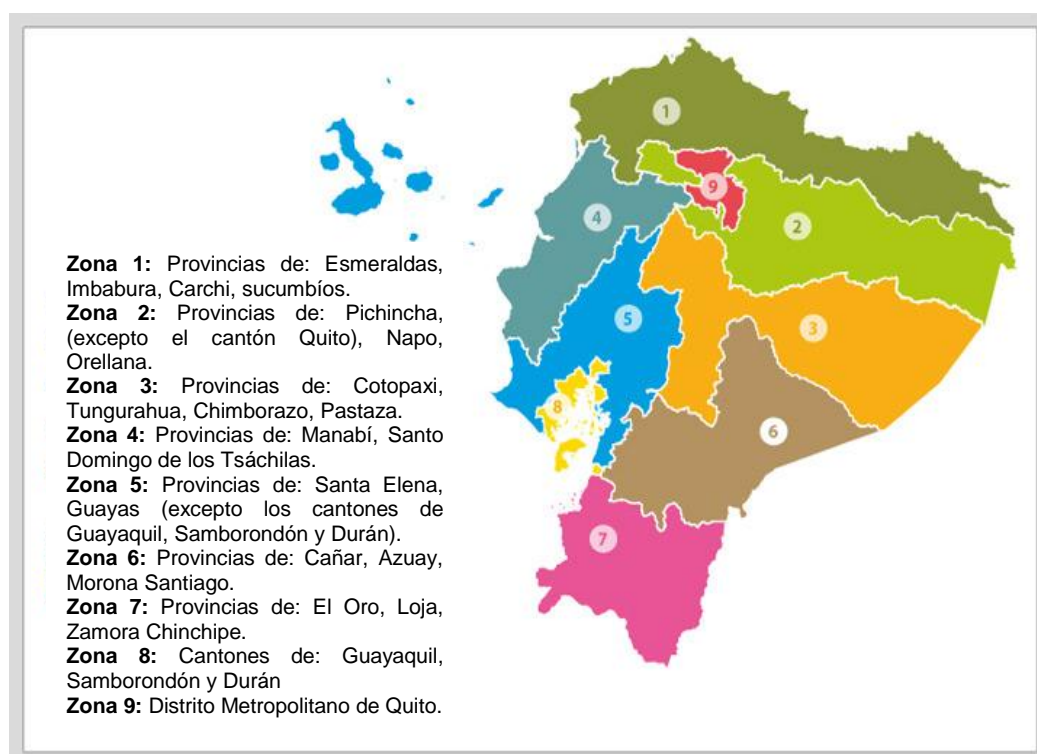
En Ecuador la división administrativa del territorio se divide en 820 parroquias, que conforman los 221 cantones y estos las 24 Provincias. Para el caso de estudio, el enfoque estará establecido por zonas de planificación administrativas del Ecuador, realizada por la Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES), donde integró niveles administrativos de planificación por: zonas, distritos y circuitos a nivel nacional, con el fin de distinguir necesidades y soluciones prácticas en la asistencia de servicios públicos (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], 2012).

Las zonas están conformadas por provincias, conforme a una cercanía geográfica, cultural y económica, éstas se clasifican en 9 zonas como se puede ver en el gráfico No 16. Cada zona cuenta con distritos y dentro de ellos por circuitos. Los distritos son “la unidad básica de planificación y prestación de servicios públicos”. En total forman 140 distritos en el país, que cuentan con un promedio de 90.000 habitantes, no obstante los cantones con mayor población como Quito, Guayaquil, Cuenca, Ambato y Santo Domingo de los Tsáchilas se establecen distritos dentro de ellos. Para el caso de los circuitos que son aquellos donde se encuentran los servicios públicos y estos son los que están a la distancia de la ciudadanía, cuentan con 1.134 circuitos y en promedio con 11.000 habitantes (Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo [SENPLADES], 2012).

Todas las zonas, distritos y circuitos son:

“niveles desconcentrados para la administración y planificación de los servicios públicos de algunos ministerios de la Función Ejecutiva. Fueron conformados respetando la división política administrativa, es decir corresponde a una nueva forma de planificación en el territorio más no a nuevos niveles de gobierno. Los niveles de planificación buscan contar con una oferta ideal de servicios en el territorio sustentado en un Estado planificado, desconcentrado, articulado, equitativo, con mayor cobertura y calidad de servicios públicos” (Ministerio de Salud Pública [MSP], 2012).

Gráfico No 16 Zonas Administrativas del Ecuador



Fuente y Elaboración: Secretaria de Planificación y Desarrollo, 2012

De esta manera si la medida internacional establecida, indica que una farmacia debe atender hasta 10.000 personas (PROCHILE, 2014); en el caso de Ecuador, por ejemplo en la tabla No 10 de acuerdo a las unidades farmacéuticas que proporciona GEOSALUD (2016) se observa que en la zona 1: Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos, tiene sobre unidades, es decir que existe aproximadamente una farmacia por cada 2.599 habitantes, casi 4 veces más farmacias de lo que estipula la norma. Mientras que para el caso de la zona 2: Pichincha, Napo, Orellana, existe aproximadamente 15.061 personas que son atendidas por una farmacia, es decir hay una sobrepoblación de 5.061 que puede tener una mala calidad por falta de establecimientos farmacéuticos. En el caso de la zona 5: Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar, Galápagos, que cuenta con la mayor población, existe una farmacia para 6.882 habitantes, es decir casi 2 veces más farmacias y botiquines.

Por lo tanto, se puede decir que existe una mala distribución de farmacias de acuerdo al análisis, debido a que las provincias con mayor porcentaje de ingresos son las zonas urbanas, por lo cual es lucrativo para las farmacéuticas ubicarse en las Provincias con mayor población y disposición a pagar, y rezagando sin duda al interior y la costa del país que son las poblaciones con mayor nivel de pobreza. Es importante marcar que el 90% de las farmacias ecuatorianas se encuentran en la zona urbana y solo el 10% a nivel rural. La población rural del país es aproximadamente el 30%, lo que significa la desproporción de las farmacias ubicadas en las zonas urbanas (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

Tabla No 10 Comparación de la Cantidad de Farmacias y Botiquines en Ecuador en relación con la Cantidad de Habitantes por zona, 2016

| Zonas Planificadas a nivel Nacional | Número de Farmacias y Botiquines | Población | Número de habitantes por farmacia |
|---|----------------------------------|-------------------|-----------------------------------|
| ZONA 1: Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos | 490 | 1.273.332 | 2.599 |
| ZONA 2: Pichincha, Napo, Orellana | 187 | 2.816.380 | 15.061 |
| ZONA 3: Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza | 541 | 1.456.302 | 2.692 |
| ZONA 4: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas | 679 | 1.737.793 | 2.559 |
| ZONA 5: Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar, Galápagos | 718 | 4.941.056 | 6.882 |
| ZONA 6: Azuay, Cañar, Morona Santiago | 573 | 1.085.251 | 1.894 |
| ZONA 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe | 656 | 1.498.591 | 2.284 |
| ZONA 8: D.M. de Guayaquil, Durán, Samorondon | 830 | 2.654.274 | 3.198 |
| ZONA 9: D.M. Quito | 821 | 2.239.191 | 2.727 |
| TOTAL | 5.495 | 19.702.170 | 39.866 |

Fuente: INEC-Censo Población y Vivienda, 2010; MSP-GEOSALUD, 2016

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Según datos del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas (2015), Ecuador cuenta con 15.782.114 personas en el año 2014, por lo tanto, si hay un total de 5.495 farmacias y botiquines a nivel nacional; existe una farmacia para 2.872 personas a su disposición, lo cual representa 3,5 veces más farmacias que existen en el Ecuador. Concluyendo que la accesibilidad geográfica en el mercado farmacéutico es altamente competitiva dado el gran número de farmacias presentes en el país, que a causa de su distribución mayormente en ciudades como en la zona 5 provoca el exceso de farmacias y perjudica la adquisición de los medicamentos en zonas rurales.

Los grupos empresariales propietarios de los principales distribuidores del país acaparan el mercado con sus enormes cadenas como por ejemplo Farcomed comprende el 28% del total a nivel nacional con sus cadenas de Fybeca (91) y Sana Sana (466) convirtiéndose en líder del posicionamiento en el mercado, le sigue Difare con 330 puntos de venta con el nombre de Pharmacy's (70), Cruz Azul (260) y con una participación del 18% en el mercado son la franquicias bajo el nombre de Cruz azul (577). El tercer puesto lo ocupa Quifatex con 450 puntos de venta con una modalidad de negocios diferentes respaldando a sus farmacias en el canal de distribución. Finalmente el 12%, conforman otros grupos pero se destaca Farmaenlace que opera bajo franquicias y tiene 150 locales con las marcas Medicity y Económicas.

Disponibilidad Física

Asimismo, en el caso de la disponibilidad física se determinó por zona, como se indica en la tabla No 11 la comparación del Promedio de Medicamentos Ofertados en Ecuador en relación al stock promedio disponible, donde 490 (ver tabla No 10) farmacias de la zona 1 en promedio ofertan 162 medicamentos en el cual en promedio el 37% (60 unidades) dispone en stock y el 63% (102 unidades) no dispone en la zona 1, por otro lado en el caso de la zona 2: 187 farmacias en promedio disponen 203 medicamentos ofertados, donde el 67,5% (137 unidades) tiene disponibilidad física de medicinas y el 32,5% (66 unidades) no dispone de stock, sumando un promedio total de 18.940 medicinas accesibles para el usuario. Para el caso de la zona 8, con 830 farmacias, zona con el mayor número de farmacias disponen de 460 medicamentos, el 35,2% tienen en stock y el 64,8% no lo tiene (MSP-GEOSALUD, 2016).

Vale la pena comprender la diferencia entre producto ofertado y producto en stock, el producto en stock se refiere al conjunto de artículos que el establecimiento farmacéutico tiene almacenado en sus bodegas con el propósito de que las ventas sigan fluyendo a un ritmo normal y no tengan que estancarse por falta del producto, mientras que el producto ofertado constituye un punto esencial de una estrategia comercial, cuya finalidad es la de proporcionar el producto que mejor se adapte a las necesidades del consumidor (Díaz, 2011).

Esto quiere decir que muchos medicamentos que se ofertan en el mercado farmacéutico Ecuatoriano no tienen la disponibilidad para el usuario por lo cual, la persona en el momento que acude al centro o farmacia demanda un medicamento y este no es proporcionado, se ve en la necesidad de ir a otra farmacia que si disponga del producto, acarreando nuevos gastos (transporte), o no demandado, es decir se autoexcluye (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

En todos los casos anteriormente mencionados la persona que no es satisfecha en el momento de su búsqueda de medicina se ve excluida del derecho al acceso de medicamentos, y por consecuencia se ve afectada tanto en términos monetarios como de salud, por el tiempo que le llevar ir a conseguir su productos en otra farmacia, pero esto no quiere decir que al final de toda la trayectoria de conseguir su medicina se termine satisfaciendo de la mejor manera ya que intervienen diferentes actores como los de servicio de atención o receta médica adecuada Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

Tabla No 11 Comparación del Promedio de Medicamentos Ofertados en Ecuador en relación al stock promedio disponible, 2016

| Zonas Planificadas a nivel Nacional | Promedio de Medicamentos Ofertados | Promedio Stock de medicamentos | Promedio de medicamentos ofertados que tienen en stock | Promedio de medicamentos que no tienen en stock |
|---|------------------------------------|--------------------------------|--|---|
| ZONA 1: Esmeraldas, Carchi, Imbabura, Sucumbíos | 162 | 20.518 | 60 | 102 |
| ZONA 2: Pichincha, Napo, Orellana | 203 | 18.940 | 137 | 66 |
| ZONA 3: Cotopaxi, Tungurahua, Chimborazo, Pastaza | 211 | 8.363 | 69 | 142 |
| ZONA 4: Manabí, Santo Domingo de los Tsáchilas | 405 | 27.894 | 163 | 242 |
| ZONA 5: Guayas, Santa Elena, Los Ríos, Bolívar, Galápagos | 157 | 18.293 | 51 | 106 |
| ZONA 6: Azuay, Cañar, Morona Santiago | 265 | 3.591 | 69 | 196 |
| ZONA 7: El Oro, Loja, Zamora Chinchipe | 357 | 4.223 | 103 | 254 |
| ZONA 8: D.M. de Guayaquil, Durán, Samorondon | 460 | 67.310 | 162 | 298 |
| ZONA 9: D.M. Quito | 140 | 3.359 | 67 | 73 |
| TOTAL | 2360 | 172.491 | 881 | 1479 |

Fuente: MSP-GEOSALUD, 2016

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

De esta manera, en resumen de 2.360 medicamentos que se ofertan en promedio a nivel nacional, se tiene aproximadamente de disponibilidad física el 37% en medicinas y el 63% no dispone en stock (MSP-GEOSALUD, 2016). Por lo tanto la disponibilidad física en el país juega un rol indispensable en el acceso y esta da como resultado insatisfacción por la falta de stock de medicamentos en el país de acuerdo al análisis establecido, por lo cual a nivel nacional en el momento de acceder a ellos y no disponer el usuario se ve en la necesidad de ir a otro centro farmacéutico en búsqueda de la medicina, pero hay que aclarar que esto no quiere decir que los medicamentos que se ofertan no existen en el país, porque según Prado, Galarza, León & Ponce (2014) el sector farmacéutico ecuatoriano tiene la capacidad de abastecer los medicamentos de donde provengan ya sea importados o producidos localmente.

Un fallo que aporta también a la falta de disponibilidad física de los medicamentos es cuando se realiza una compra masiva con el fin de eliminar costos, sin hacer un diagnóstico previo del perfil de necesidad de la población en los fármacos (Prado, León, et al, 2014). Por

ejemplo en 2011, según los datos de la SERCOP, se realizó la Subasta Inversa Corporativa de Medicamento (SICM)³, en donde alrededor del 30% de los requerimientos de productos farmacéuticos del Estado quedaron sin oferta, lo que obligó a cada institución o unidad médica pública a la adquisición directa y no lograron la utilidad en ventas al por mayor. El caso de la atorvastatina, de la que se adquirió una cantidad igual a 35 millones de dólares, desproporcionada en relación al perfil nacional y dando sentada de la poca relación costo-eficacia (Prado, Galarza, León & Ponce, 2014).

Costo razonable

Al precio se lo considera como un factor determinante en el acceso a medicamentos para la población (Asociación de Laboratorios farmacéuticos Ecuatorianos [ALFE], 2013), por ello, de acuerdo al IMS HEALTH los precios promedios de los medicamentos en Ecuador entre los años 2011-2014 se describen en la tabla No 12. Si consideramos un salario básico unificado en el país, este precio figura el 2% de la remuneración de una persona, relación indicadora que representa poco acceso para ser considerada como un costo razonable. Además otro punto en contra de la producción nacional es que la mayoría de las personas prefieren medicamentos de marca según los más comercializados observados en la tabla No 12 por lo cual su precio sube, pudiendo adquirir medicamentos genéricos (nacionales, impulsados por la política de medicamentos) con precios más bajos no los consumen en su totalidad (ALFE, 2013).

Tabla No 12 Precios Promedios en Ecuador (2011-2014)

| Años | Nacionales | Internacionales |
|------|------------|-----------------|
| 2011 | 4,83 | 5,57 |
| 2012 | 4,97 | 5,73 |
| 2013 | 5,14 | 5,92 |
| 2014 | 5,27 | 6,06 |

Fuente: IMS HEALTH, 2011-2014

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

En este sentido para favorecer a las industrias nacionales de las transnacionales el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano, realizó un nueva resolución de precios techos para los medicamentos aprobada el 19 de Agosto del 2015, pero recién planteada una vez que se publique en la WEB, que fue en el mes de Octubre de ese mismo año, e impuesta obligatoriamente como disposición 180 días después de su publicación para el público, en todas las unidades públicas y privadas de salud deberán comercializar según los precios techo (Ministerio de Salud Pública, 2015).

³ Herramienta usada para transparentar las compras públicas

Pero el mercado de medicamentos como es complejo, este proceso es susceptible de mejoras, en especial en los productos de marca registrada. Según datos proporcionados por la Asociación de Laboratorios Farmacéuticos del Ecuador (ALFE, 2013), aproximadamente el 86% de medicamentos que se venden son importados, esto provoca que haya un crecimiento de capital nacional, pero se mantiene constante la brecha con los productos importados en el capital internacional. De esta manera, en la tabla No 13 se observa que el fármaco más vendido bajo receta médica durante el 2014 fue el Seretran, medicamento recetado para la depresión, por otro lado, el producto más comercializado sin receta médica en 2014 es la Arcoxia, utilizado para las inflamaciones (antiinflamatorios), es decir en su mayoría son productos de laboratorios transnacionales (International Marketing Services, 2014).

En este sentido, la producción nacional, además de ser rechazada o dar poca confianza pública, la misma se ve excluida en el proceso de distribución asimismo se ve acompañada por una constante presión publicitaria de farmacéuticas transnacionales, que limitan el posicionamiento de su producción a nivel nacional y en el acceso de la población a medicamentos nacionales de bajos costos (ALFE, 2013).

Tabla No 13 Diez medicamentos más comercializados en Ecuador (2013-2014)

| Productos comercializados con Receta Médica | | Productos comercializados sin Receta Médica | |
|---|----------|---|----------------|
| 2013 | 2014 | 2013 | 2014 |
| Lipitor | Seretran | Ensure | Arcoxia |
| Vitamina K | Humira | Apronax | Kufer Q |
| Seretran | Crestor | Pharmaton | Complejo B |
| Prednisona | Nexium | Pediasure | Vitamina C |
| Nexium | Enbrel | Vitamina C | Mesulid |
| Seroquel | Remicade | Neurobion | Cebión |
| Tendiol | Abilify | Cebión | Neurobion |
| Enbrel | Lantux | Arcoxia | Dolonerurobion |
| Remicade | Mabthera | Aspirina | Abrilar |
| Abilify | Cymbalta | Unasyn | Mesigina |

Fuente: International Marketing Services, 2014

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

La evolución de los precios de medicinas en el país ha mantenido un esquema de fijación de precios controversial en algunos sectores, ya que existen diversos insumos que influyen en el costo final del producto. Tal son los márgenes de ganancias por parte del distribuidor. Además otro punto es que los precios de comercialización de los bienes son siempre inferiores al precio de fijación, excepto algunos medicamentos que son exclusivos, por lo cual se reconoce que dado el margen de utilidad, las farmacias prefieren vender un producto importado que nacional (ALFE, 2013).

Lo que implica que no hay mecanismos transparentes de precios, desde la información publicada por las empresas farmacéuticas y la aplicación en el cumplimiento de la ley impuesta por el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de precios de medicamentos. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, “la fijación de precios es uno de los componentes del control de precios, el cual debe ser moderno, ágil y efectivo” (MSP, 2008).

Desde el 2007 se reconoce que ha existido medidas o iniciativas para dar mayor prevalencia al cumplimiento del derecho de salud en el país a través de foros internacionales, donde se ha realizado negociaciones sobre precios de los medicamentos como por ejemplo los antirretrovirales para el tratamiento del VIH/SIDA, sin embargo el incremento de los precios, en el periodo comprendido entre el 2006 al 2011, ha sido del 12,5% para medicamentos de marca y el 0,86% para genéricos (Lucio, Villacrés & Henríquez, 2011). Es decir que el costo de los medicamentos en el país se manejan de acuerdo al poder de mercado y que el gasto va a depender de la decisión de la persona si desea consumir de marca o genérico. Por lo tanto en este apartado se concluye que el Gobierno ofrece medicamentos más baratos, es decir que existe un costo razonable pero por estrategias de mercados internacionales las personas se ven influenciadas a consumir bienes importados.

En resumen, Ecuador tiene la posibilidad de que la población tenga un mayor acceso a medicamentos, pero el sistema de distribución de fármacos existentes en el país, causa que influya sobre el incremento en los costos de los medicamentos y además se sabe que en Ecuador existen 5.495 farmacias, tres veces más farmacias por habitante mayormente ubicadas en zonas urbanas, que provoca que muchas personas por distancia no puedan disponer de fármacos. Asimismo se comprueba que todos estos los elementos para el acceso a la salud se relacionan y dependen uno del otro. Por lo tanto según la OMS en estos puntos analizados Ecuador tiene oportunidades de mejores servicios pero que al momento (2011-2014) no presenta un adecuado acceso a medicamentos, por más de que se haya replanteado nuevas resoluciones con el fin de mejorar el acceso a medicamentos.

En este sentido, a continuación se muestra otros factores que influyen en la adquisición de medicamentos por parte de la población ecuatoriana.

El desempleo, el nivel de ingreso y la pobreza son componentes que influyen en la adquisición de medicinas, por ello se tomarán en cuenta para sustentar el motivo de inequidad de acceso de algunos grupos de población con respecto a otros. Una persona se encuentra en situación de desempleo cuando:

1. Se encuentra en la edad de trabajar
2. No tiene trabajo
3. Está solicitando trabajo
4. Está libre para trabajar (GESTIOPOLIS, 2002).

En este sentido en el año 2014 la tasa de desempleo alcanzó el 3,8% a nivel nacional, 0,4 puntos porcentuales menos a lo registrado en 2013. La evolución del desempleo en los años del 2009 al 2014 ha tenido una tendencia a la baja, solo con un aumento del 0,10% en 2011 y 2013 que no resulta tan significativa a nivel nacional.

Por lo tanto la evolución del desempleo en el país no ha sido un factor que impida mayormente la obtención de medicamentos, la población que se ha visto perjudicada por no obtener un empleo es el 3,80% frente al 96,20% de personas que si tienen un empleo y tienen la posibilidad del poder adquisitivo en los medicamentos.

Sin embargo, en esta circunstancias, es importante aclarar que el del 96,20% de la población que trabaja el 49,28% tiene un empleo adecuado y el 46,92% posee un empleo inadecuado (informal). Lo que significa que ese 46,92% tiene trabajo pero puede o no tener la posibilidad de acceder a la medicina ya que asimismo puede no tener un ingreso fijo y disponible. Las consecuencias son generalizadas, ya que una gran parte de la fuerza laboral de la región trabaja en el sector informal, sea en negocios informales o mediante arreglos informales con compañías formales y esto puede traer poca seguridad en el manejo del bienestar de los derechos a la salud como prioridad (OPS, 2014). Esto quiere decir que el empleo dependiendo del nivel de ingreso que se obtenga va a ser un factor que influye en el mecanismo de la adquisición de los medicamentos y Ecuador en este sentido el acceso se ve afectado por el nivel de empleo y por cual sea este: formal o informal.

De esta manera si se analiza el ingreso en Ecuador como el conjunto de ganancias que tiene una persona o un negocio y habitualmente se los considera que contienen recursos acumulativos en especies aptos para generar una relación entre el consumo y la ganancia que son esenciales para vivir (Fernández, Aparicio & Oliver, 1990). Los ingresos se relacionan con varios aspectos económicos pero también sociales porque sin la presencia de ellos o con ellos se puede establecer el nivel de vida de una familia, individuo o empresa (nivel de capacidad productiva). Además los ingresos sirven para una futura inversión y poder crecer tanto en la economía como en las condiciones de vida (Fernández, Aparicio & Oliver, 1990).

La evolución del ingreso por sexo para el 2014, el ingreso laboral promedio de un hombre con trabajo es de USD 527,04; mientras que para una mujer con empleo es USD 405,80. Lo que quiere decir que las mujeres tienen un menor nivel de adquisición en demanda de productos. A nivel general el ingreso Ecuatoriano ha tenido una tasa de crecimiento de USD 181,06 en el 2009 al 2014 en hombres, mientras que en las mujeres una tasa de USD 137,42.

Lo que da como resultado que tanto la población de hombres y mujeres disponen de USD 932,84 para adquirir los servicios o productos que requieran para satisfacer sus necesidades, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Ingreso y gastos ya analizada en el anterior capítulo, de este ingreso de USD 932,84 los hogares gastan en salud el 7,5% del gasto corriente de consumo mensual y en productos farmacéuticos el gasto es de USD 94 por mes en los hogares. Es decir las personas de su ingreso destinan el 10,07% a medicamentos, por lo cual si una persona no dispone de este ingreso fijo, ese 10% destinado a medicinas, será reducido o en varios casos las personas se autoexcluirán por falta de ingresos destinado a otros bienes con mayor prioridad.

En conclusión el empleo y el ingreso se relacionan íntimamente y el 3,8% que no tiene empleo en el país no posee de un ingreso fijo, por lo cual se ve perjudicado en el acceso a medicamentos por falta de ingresos, entonces da como resultado que las personas al no

poseer de un ingreso estable su gasto del 10% en medicamentos se va a ir disminuyendo a medida de que no tenga un empleo con ingresos suficientes.

De igual manera el que exista pobreza en el país influye mucho para que las personas no tengan la capacidad de adquirir medicamentos porque pueda haber ciudadanos que tengan un empleo formal con un ingreso fijo, pero que este no sea suficiente para sobrellevar una vida digna y poder satisfacer las necesidades de salud. En este punto referente a la pobreza, se la considera como a las personas que no tienen lo necesario para tener una vida digna, por lo cual es una forma de vida que sucede cuando las personas carecen de recursos que son indispensables, como agua, condicionando su alimentación, por falta de asistencia sanitaria y al mismo tiempo son aquellos que no poseen una adecuada vivienda que en fin no les permite crecer adecuadamente. Mientras que para el caso de la pobreza extrema, se refiere a la situación donde las personas no disponen los ingresos necesarios para adquirir una canasta básica de alimentos (CEPAL, 2010).

La incidencia de la pobreza y pobreza extrema en el año 2014 se ubicó en US\$ 81,04 mensuales por persona, mientras que la línea de pobreza extrema en US\$ 45,67 mensuales por persona. Con este umbral, a nivel nacional la incidencia de la pobreza es del 22,49% y la extrema pobreza del 7,65%. A nivel urbano la incidencia de la pobreza es del 16,43% y la extrema pobreza del 4,49%, mientras que en el área rural la pobreza es del 35,29% y la extrema pobreza del 14,33%.

Esto significa que las personas de zonas urbanas son las que más pobreza tienen, provocando que su acceso o disponibilidad en medicinas sea más difícil de adquirir que las zonas urbanas, además esto comprueba que los mecanismos de comercialización y ubicación de las farmacias prefieran en zonas urbanas con menor pobreza que las zonas rurales con menor capacidad de pago. Causando que las personas en las zonas rurales no tengan el beneficio del derecho como le corresponde siendo ciudadanos del país.

Finalmente de manera de conclusión según el análisis de estos determinantes la población ecuatoriana tiene la capacidad y la obligación de estructurar mejor sus sistemas de salud, en el ámbito administrativo, territorial y económico por el bien y el mejoramiento de satisfacción de las personas al momento de demandar medicamentos para la inexistencia de autoexclusión o exclusión del mismo.

A su vez, el acceso a medicamentos permitió adelantar una reflexión en torno aspectos relacionados con la economía y la política de los medicamentos, en términos teóricos y de sus consecuencias prácticas, ya que los medicamentos poseen una característica de mercancía diferente de cualquier otra lo que ocasiona que el mercado este estrechamente relacionado a fallas en su gestionamiento. Para ello el Estado es el precursor en controlar e intervenir con los mecanismos de regulación para mitigar los riesgos en beneficio del derecho a la salud y a los servicios para la población ecuatoriana.

Uno de los puntos fundamentales a considerar que resultado del análisis del estudio es que las particularidades del medicamento y de su mercado hace que la presencia del Estado sea precisa e indispensables a la hora del establecimiento de las políticas farmacéuticas que busquen disminuir las falta de información y dar mayor seguridad en las decisiones con respecto a factores de derecho a la salud y al acceso a medicamentos.

Es importante que cada individuo reciba el mejor tratamiento posible, pero es también fundamental que el tratamiento tenga un costo asequible para la sociedad. Los costos excesivos del uso irracional del medicamento pueden imposibilitar la viabilidad de un sistema de seguridad social adecuado.

Capítulo III

Lineamientos de Política Pública para incrementar el acceso a medicamentos

Los cambios políticos, sociales, económicos y culturales experimentados por la sociedad ecuatoriana por los últimos años, en el contexto de la globalización, ha transformado un nuevo escenario para el accionar del país modificando las relaciones entre las personas y sus formas de vida. En términos generales este panorama se caracteriza por la presencia de nuevos bienes y contenidos culturales, principalmente asociados a los avances de las industrias, así también por la segmentación de su público y por la invasión de nuevas demandas, sensibilidades, lenguajes, prácticas y agentes culturales (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2007).

Las personas desean vivir en sociedades y entornos favorables que brinden y garanticen salud, la atención primaria, la protección social y el acceso universal son los elementos principales a considerar para satisfacer las expectativas de la población. Igualmente las personas por parte de los gobiernos esperan una serie de políticas que abarquen desde un nivel local hasta internacional para cubrir todas las necesidades y disposiciones que comprenden el generar una salud de primera. Las políticas en el lado interno del sistema ineludiblemente deberían abarcar sistemas sanitarios que funcionen adecuadamente e inciten acciones de salud pública muy beneficiosas para todos y todas. Así mismo por el lado externo del sector sanitario, deberían las políticas contribuir a la seguridad que permitan garantizar un propicio funcionamiento del desarrollo urbano, cultural, estratificación social u otros, porque las dos partes dependen del buen mecanismo que se les esté brindando, si una funciona mal, la otra también (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2008).

En este sentido, como ya se ha mencionado anteriormente, la elección de los medicamentos estará de acuerdo a la disponibilidad de los recursos de los pacientes, al tratamiento de las enfermedades y a precios accesibles, por lo que la política de los gobiernos deberá estar dirigida a reducir el gasto en todos los niveles del sistema de salud tanto público como privado.

El gasto en el país ha mostrado una tendencia al crecimiento y más aún un gasto proveniente del bolsillo que amenaza la estabilidad financiera de los hogares. En este escenario por lo tanto se desarrolla las políticas en el sector farmacéutico, junto con las de otros sectores, todas tienen una enorme potencia en lo que se refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios, pero lamentablemente en muchas sociedades son en gran medida desaprovechadas y pueden implicar afectaciones en otros sectores (Ministerio de Salud Pública del Ecuador [MSP], 2007).

En este capítulo se introduce con la base normativa de la regulación de los medicamentos en Ecuador y se analiza experiencias internacionales para el incremento del acceso a medicamentos que servirán como apoyo para el implemento de algunas políticas en el sistema farmacéutico ecuatoriano, teniendo en cuenta los análisis y diagnósticos que se

indicaron en los capítulos 1 y 2 del presente estudio. Finalmente se examinará que políticas se pueden aplicar tanto Políticas de salud pública y Políticas Farmacéuticas en el país.

Marco Normativo

Dentro del contexto de la temática de los medicamentos y éstos como parte esencial dentro de la Política Farmacéutica Nacional, es indispensable la regulación por parte del Poder Legislativo y las constantes reglamentaciones del Poder Ejecutivo. La reglamentación de los productos medicinales que conllevan procesos de fabricación, calidad, seguridad y efectividad, transporte, almacenamiento, y sistemas de control de precio se han contemplado mediante leyes que de una u otra forma han cambiado por los distintos periodos de gobernabilidad (Tobar, 2008).

Por ello, en el diagnóstico de la situación actual del acceso, uso racional y calidad de medicamentos es necesario encontrar el marco legal y las variadas normas actuales que regulan los diferentes aspectos articulados con los medicamentos, lo cual permite determinar los problemas o dificultades en el aspecto legal de la política nacional farmacéutica (Tobar, 2008).

La base legal con respecto a los medicamentos se vincula con:

La Constitución Política de la República del Ecuador (2008), en el art. 363 establece que “El Estado será responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que responden a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos los intereses de la Salud Pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales”.

La Ley Orgánica de Salud (2006), en el art. 28: señala El Ministerio de Salud Pública con el Consejo Nacional de Salud, promoverán la producción nacional y garantizará el uso de productos genéricos, el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos se elaborará según denominación Internacional certificada por la Organización Mundial de la Salud, la misma que contara con la utilización de todos las instituciones públicas y privadas del sector, considerando su costo, calidad y seguridad.

Asimismo señala que todo medicamentos su comercialización debe ser en establecimientos legales, para las recetas se requiere de profesionales a excepción de medicamentos de venta libre con el fin de garantizar su seguridad en uso y consumo, donde debe contener el nombre genérico del medicamento prescrito. En el art. 154: “El Estado garantizará el acceso y disponibilidad de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales” (Ley Orgánica de la Salud, 2006).

Los medicamentos en general que no tengan registro sanitario nacional y no se comercialicen en un año su registro será cancelado. La Autoridad Sanitaria será la responsable de autorizar la importación, garantizar la calidad de medicamentos en general y desarrollará programas de fármaco vigilancia y estudios de utilización de medicamentos. También realizará continuamente controles pos-registro y estudios de utilización de

medicamentos para inspeccionar los estándares de calidad, seguridad y eficacia, y sancionar a quienes no cumplan los estándares establecidos. Los medicamentos importados su precio se considerará en el puerto de embarque del país de origen y este no puede superar los precios venta al mayorista del país de origen (Ley Orgánica de la Salud, 2006).

La Autoridad Sanitaria Nacional es la encargada de la fijación, revisión y control de precios de los medicamentos de uso humano mediante el Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano. Los productos naturales procesados de uso medicinal, se producirán, almacenarán, comercializarán e importarán siempre que cuenten con registro sanitario nacional, emitidas por la autoridad sanitaria nacional y no están sujetos al Régimen de fijación y revisión de precios distribuidores (Ley Orgánica de la Salud, 2006).

Según la Ley Orgánica de Salud, las farmacias deben atender al público un mínimo de doce horas diarias y un profesional químico farmacéutico en el funcionamiento de la dirección técnica, los expendedores no pueden recomendar medicamentos que necesiten receta o cambiar la sustancia activa prescrita. Los medicamentos deben cumplir con identificación, etiqueta, con el precio y fecha de expiración, no deben provenir de instituciones de servicio social o de donaciones y por supuesto no falsificados. De igual manera los medicamentos caducados deben ser destruidos y eliminados por los fabricantes o distribuidores (Ley Orgánica de la Salud, 2006).

Política Nacional de Medicamentos, establece como objetivos prioritarios:

- “Favorecer el acceso universal de la población a medicamentos genéricos que correspondan a los principios activos constantes en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, aprobado por el Consejo Nacional de Salud”.
- Garantizar que las especialidades farmacéuticas respondan las exigencias internacionales, en cuanto eficiencia terapéutica, para esto el país deberá contar con tecnología necesaria.
- Favorecer el uso racional de medicamentos, con la apropiada terapia.
- Incentivar la producción nacional en materias primas y especialidades farmacéuticas.
- Garantizar la transparencia en la adquisición de medicamentos con la implantación de las Buenas Prácticas de Manufactura (CONASA, 2011).

Entre las estrategias de la políticas es aumentar la aseguramiento en salud, mayor información sobre precios, sustituir por genéricos, competencia y regulación de precios. Además declarar que la salud pública y el acceso a medicamentos están por encima de las patentes, reservando al Estado el derecho de otorgar licencias obligatorias y fundamentalmente garantizar la disponibilidad de los medicamentos que están dentro del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos de acuerdo aspectos culturales y de ubicación geográfica (MSP, 2007).

Por otro lado los precios según la política nacional son un factor determinante en el acceso a la población de los medicamentos, donde existen los productos de marca del mismo principio activo, productos de marca, productos genéricos y productos del mismo principio activo, que han modificado su forma farmacéutica, para obtener mayores precios. Frente a esta realidad se propone en: el corto plazo el proceso de fijación de precios debe enfocarse en el punto de vista de la población y no de la industria, mantener un control de precios y

establecer una división de obligaciones entre la Comisión Técnica. En el mediano plazo segmentar los productos del mercado farmacéutico con el fin de implementar una política diferenciada de precios, que cuenten todas las instituciones farmacéuticas y de salud con un listado de precios con mecanismo de monitoreo y penalización para quienes incumplan con el precio del listado. Por último a largo plazo implementar una política de liberalización de precios en el mercado para los productos no exclusivos, también asegurar la participación de los Ministerios de Salud, Economía e Industrias (MSP, 2007).

Promover conjuntamente con otros países la concertación de políticas de precios diferenciados para adquirir medicamentos esenciales y alcanzar un consenso entre los representantes principales del Sistema Nacional de Salud sobre alternativas más factibles del sistema de control de precios (MSP, 2007).

Con respecto al Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos incluye niveles de atención de salud (primer nivel: Centro de Salud, Puesto de Salud; segundo nivel: hospital I, II y tercer nivel: Instituto Especializado Hospital III), para racionalizar la prescripción y favorecer la dispensación por parte de las entidades del sector, su elaboración es encargada por La Comisión Nacional de Medicamentos e Insumo del Consejo Nacional de Salud, además el asesorar a las instituciones del sector público en asuntos con medicamentos en insumos y la presentación de informes sobre la conveniencia fármaco clínica con actualización de normas técnicas para los procesos de selección nacional e internacional encaminados a evaluar la calidad del producto (MSP, 2007).

Para mayor comprensión el primer nivel de atención en salud cubre más o menos el 70%-80% de la población, la atención es de baja complejidad con oferta de gran tamaño y se requiere una menor especialización con actividades de promoción e incluye tratamientos de necesidades de salud más frecuentes. Para el segundo nivel se cubre la promoción, prevención y diagnóstico de la salud y se presta servicios de atención ambulatoria especializada y con hospitalización de primer nivel. Finalmente para el tercer nivel de salud se enfoca en mayor complejidad nacional y regional, acompañado de médicos especialistas para la prestación en la atención de dificultades patológicas complejas (Vera, 2009).

Las políticas nacionales (2007), proponen el estimular la producción de medicamentos genéricos por parte de los laboratorios, promover la inversión extranjera y la prescripción de medicamentos genéricos de mayor valor terapéutico con el objetivo de disminuir el gasto en salud para asegurar el costo efectivo en todos los sistemas de salud públicos y privados. Igualmente la prescripción debe contar con la descripción genérica del fármaco para permitir al usuario una mayor apertura en la elección del medicamento.

La política nacional de medicamentos (2007), con el fin de garantizar la accesibilidad, propone que es “necesario realizar un proceso de selección, adquisición, formalización y disponibilidad de medicamentos, en cantidades adecuadas, a precios razonables y con normas de calidad reconocidas,” establecen lo siguiente:

- Unificar mecanismo que determinen las necesidades de las unidades de médicas.
- Diseñar e implementar un sistema de información de adquisiciones de medicamentos e insumos del sector público.
- Implementar un registro único de proveedores a nivel nacional de medicamentos genéricos, de marca e insumos.

- Establecer mecanismos que permitan mayor transparencia en la adquisición como la Subasta pública.

“La producción y distribución de medicamentos necesiten autorización y control por parte del Estado con: registro, permiso de comercialización y control permanente de seguridad, calidad y post-comercialización, reglamentación de la producción, importación, distribución promoción e información” (MSP, 2007).

Se debe revisar en forma constante la Norma Farmacológica, para evaluar y seleccionar el ingreso de medicamentos al mercado farmacéutico. Además establecer una normativa para la aceptación, evaluación y utilización de medicamentos donados y crear herramientas educativas, documentos y guías para ser implementados en los procesos de registro de productos farmacéuticos (MSP, 2007).

Mediante un Sistema de Vigilancia y Control que incluya un control de calidad, donde se pueda mantener un proceso de control post-comercialización a cargo del Instituto Nacional de Higiene, con aplicaciones de sanciones civiles, administrativas, económicas para todos aquellos que incumplan lo establecido; control de la prescripción, que incluya comités de farmacología y el programa de Buenas Prácticas de Prescripción; con control de almacenamiento y dispensación y finalmente con un control de seguridad a corto, mediano y largo plazo (MSP, 2007).

En este sentido se planea promover el uso racional y costo efectivo de los medicamentos por parte de los facultados de la salud y la sociedad ecuatoriana con la promoción del ya mencionado Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos, formación de recursos humanos y farmacovigilancia de los más destacados (MSP, 2007).

Concluyendo las políticas con la elaboración de normas que promuevan una conducta ética en la prescripción y dispensación de medicamentos y así mismo con una promoción con evidencia científica y principios éticos (MSP, 2007).

Sistema Nacional de Farmacovigilancia (2011), señala que:

Es el encargado de vigilar la seguridad y eficacia de los medicamentos de uso humano con el fin de proteger el riesgo del uso de los mismos para que en un futuro se considere un sistema de referencia local, regional y mundial. Como objetivos el sistema tiene:

- Velar por el cuidado y la seguridad del uso de medicamentos.
- Detectar problemas con el uso de medicamentos para contribuir con evaluaciones de los beneficios, daños, riesgo y efectividad de los medicamentos.
- Comprender la comprensión en materia de farmacovigilancia para la efectiva comunicación a los pacientes (Ministerio de Salud Pública, 2011).

El sistema nacional de salud realiza la planificación, coordinación, evaluación y desarrollo de la Farmacovigilancia en todo el territorio nacional, además maneja la base de datos, coordina la toma de decisiones sobre riesgos y seguridad y coordina las medidas preventivas y correctivas de los organismos de regulación (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Contar con todas estas disposiciones, es una prioridad de la Salud Pública. Es por eso que el Ministerio de la Salud con apoyo de representantes internacionales normaliza y regula para establecer guías en la estructuración de los diferentes mecanismos que tiene los establecimientos farmacéuticos para la correcta entrega de los medicamentos al público (Ministerio de Salud Pública, 2011).

Reglamento de Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte para Establecimientos Farmacéuticos (2013):

Establece el cumplimiento de las normas de buenas prácticas de manufactura, almacenamiento, distribución, dispensación y farmacia que será controlado y certificado por la autoridad sanitaria nacional. En 2012 se creó la Agencia Nacional de Regulación, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), tiene como atribuciones comprobar el cumplimiento de la normativa y emitir certificados como: buenas prácticas de manufactura, laboratorio, dispensación, farmacia, almacenamiento y distribución y otras de su competencia (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Se expide en 2014 el “Reglamento Sustitutivo para otorgar permisos de funcionamiento a los establecimientos sujetos a vigilancia y control sanitario.” En general el fin de este reglamento es señalar buenas prácticas normalizadas con respecto al almacenamiento, distribución y transporte, de medicamentos en general, así también implementar mecanismos apropiados para implementar certificados del cumplimiento llevados por las normas. Según este reglamento las disposiciones se aplican a instituciones públicas, privadas que almacenan, distribuyan y transporten los medicamentos.

Los establecimientos farmacéuticos acogidos por este Reglamento, deberán tener un organigrama general, será actualizado periódicamente, donde cuenta: persona jurídica, representante legal, instalaciones y equipo, permiso del funcionamiento entregado por el MSP mediante la ARCSA, dirección técnica del químico farmacéutico y documentación técnica de las actividades. El químico farmacéutico debe ser calificado, con conocimiento técnico para garantizar las Normas de Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte (Ministerio de Salud Pública, 2013).

La calidad deberá ser controlada por el profesional químico farmacéutico que comprenderán los procedimientos asignados con claro conocimiento de las actividades que desempeñan al cargo que llevan. Todo el personal debe contar con el certificado de salud vigente entregado por la Autoridad Sanitaria que será renovado cada año (Ministerio de Salud Pública, 2013).

Se manejará y desarrollará documentación que permita: instrucciones precisas y recolectar toda la información sobre el desarrollo de las operaciones de almacenamiento y control que formarán el expediente de los productos. En fin las Buenas Prácticas de Almacenamiento, Distribución y Transporte, componen un conjunto de normas mínimas obligatorias ya anteriormente nombradas que tienen que cumplir los establecimientos farmacéuticos para garantizar el mantenimiento de las propiedades de los productos durante su distribución, almacenamientos y transporte (Ministerio de Salud Pública, 2013).

A continuación se desarrolla un número de experiencias internacionales para mejorar el acceso a los medicamentos que servirán de apoyo para establecer lineamientos de política

en el país y que aspectos o dificultades se debería tomar en cuenta al momento de su aplicación.

Experiencias Internacionales para mejorar el acceso a medicamentos

Las estadísticas sobre la salud y específicamente del desarrollo de los medicamentos, son en sí mismo un asunto de gran inquietud, además considerado la falta de infraestructuras y recursos en los países en vías de desarrollo, implican más inquietudes que deben ser tomadas como elementos primordiales a la hora de legalizar y tomar una decisión. Aunque la mayor parte de países en vías de desarrollo tienen organismos reguladores en temática farmacéutica no cuentan con sistemas eficaces ni con personal cualificado. Contribuyendo a esta situación los recursos humanos perjudican aún más su migración hacia países desarrollados para encontrar mejores oportunidades (Federación Farmacéutica Internacional, 2005).

En este sentido las experiencias aplicadas de algunos países muestran la efectividad de sus estrategias como:

Caso Mercado Farmacéutico en India

La economía de la India es la cuarta más grande del mundo, esta es considerada como atractiva para la inversión debido a su mano de obra cualificada, sus recursos naturales, el mercado interno y por la estabilidad que muestra su economía. Como por ejemplo entre el 2006 y 2007 el país presentó un PIB con tasa superior al 9%, además aproximadamente cerca del 34% de la población obtiene un ingreso de USD 10.000 para esos años (Hidalgo & Dávila, 2009).

India ha implantado una fuerte gama de base industrial para la producción de varios productos básicos y de capital para diferentes sectores, entre ellos se encuentra la petrolera, la de productos químicos, la de automóviles, etc. Pero la industria que se ha sobresalido ha sido el gran crecimiento y desarrollo del sector farmacéutico que ofrece grandes oportunidades de negocio. Es así que en el 2008 las ventas sumaron 7.800 millones de dólares, donde se muestra el atractivo comercial que tiene el mercado de la India, asimismo este mercado es muy competitivo ya que cuenta con más de 20.000 empresas, 60.000 distribuidores y entre 700.000 y 800.000 minoristas, solo diez compañías controlan aproximadamente el 30% del mercado interno y 250 controlan más o menos el 70% (Hidalgo & Dávila, 2009).

Pero a inicios de los 70 las multinacionales dominaban el 75% del mercado, que poco a poco esto se ha disminuido y por lo cual ahora solo tienen el 35% del mercado. Con el fin de dar impulso a la industria nacional, el gobierno de la India implantó patentes en el año de 1971, permitiendo que las empresas nacionales se beneficien y aprovechen desarrollando habilidades en el progreso de los procesos de fabricación de los medicamentos (Distribuidores autorizados para Colombia de Serum Institute of India LTD, s.f.).

Consecuencia de la introducción de esta política, la industria local logró establecer y vender una gran variedad de productos que al mismo tiempo se permitió que los medicamentos con precios bajos estén al alcance de la población, además de esta gran política se logró que de las diez principales empresas farmacéuticas más grandes estén solo tres multinacionales (Distribuidores autorizados para Colombia de Serum Institute of India LTD, s.f.).

Además de esa política, se han implementado estrategias para destacarse en medicinas genéricas y de nuevas fórmulas que han sido: afianzar las actividades de investigación y desarrollo, penetración en los mercados de países poco desarrollados a través de adquisiciones, énfasis en el registro de patentes y finalmente divulgar los casos de violación por derechos de patentes (Hidalgo & Dávila, 2009).

Resultando que el país ha ganado una fama mundial con su calidad y variedad de medicamentos propuestos “desde sus sofisticados antibióticos hasta complejos compuestos cardiovasculares” le ha permitido penetrar en los exclusivos mercados de Estados Unidos y Europa (Distribuidores autorizados para Colombia de Serum Institute of India LTD, s.f.).

Caso Suecia – Política de sustitución obligatoria y reembolso del equivalente (medicamento) más barato

En Suecia los precios de los medicamentos genéricos son libres y con un nivel de reembolso fijado al nivel del producto más barato. En 2002 se eliminó el sistema de precios de referencia vigente desde el año de 1993, por el aumento de competencia en precios de los mercados de genéricos en el país y en octubre del 2002 se introduce la política de sustitución obligatoria por un equivalente ya sea el medicamento de marca, genérico o similar en las farmacias administrando el producto más barato a excepción de:

- El prescriptor no recomiende sustitutos por razones clínicas.
- Existan diferencias en el gusto de soluciones orales o también el caso de que se deba fraccionar las tabletas.
- El paciente esté dispuesto a pagar la diferencia entre el precio de la marca o el genérico prescrito y el producto más barato (copago evitable) (Puig, 2009).

Los dos primeros casos son pocos comunes ya que el prescriptor prefiere la sustitución, entre el 1% y 8% existen prescriptores que no estén de acuerdo. Los pacientes en su mayoría prefieren la sustitución, solo en los casos de que el medicamento genérico su precio sea parecido al de marca los usuarios están dispuestos a pagar el copago, pero en todo caso es evitable ya que depende de la magnitud de la diferencia del precio. Además de esta política establecida de sustitución obligatoria, cuenta con un sistema de información que permite a las diferentes farmacias tener un stock de forma continuada al genérico más barato ya que la revisión de precios se realiza cada 15 días (Puig, 2009).

Por lo tanto, los laboratorios pueden solicitar mensualmente las variaciones de los precios y si el:

“precio propuesto es inferior o igual al precio más elevado, entonces el cambio de precio es automático. Los laboratorios no conocen los precios propuestos por sus competidores,

entonces el mes siguiente, el producto con el precio más bajo es el que consigue acaparar la mayor cuota del mercado” (Puig, 2009).

Esto en promedio, desde que se introdujo la ley, el precio medio de los genéricos se ha reducido en un 40% hasta el 2005 y las personas han tenido más accesibilidad por parte de los precios con este sistema de sustitución (Puig, 2009).

Casos beneficiados por iniciativas globales en el uso de Flexibilidades de los ADPIC

Algunos expertos afirman que la estrecha relación evidente entre el acceso a los medicamentos e innovación fomenta a buscar soluciones en la investigación y el desarrollo, se ha propuesto mejorar el Acuerdo ADPIC con flexibilidades para otorgar licencias obligatorias para importar medicamentos sin la autorización del propietario de la patente pero a cambio recibe una bonificación, esta es una herramienta que beneficia a los países en vías de desarrollo porque promueve el uso de medicamentos genéricos. Pero se ha indicado que los países que más utilizan esta técnica son los desarrollados pero según la declaración de Doha en 2001 todos los países que pertenecen como miembros de la OMC tienen el derecho a utilizar esta herramienta (FARMAMUNDI, s.f.).

Las licencias obligatorias son autorizaciones que proporciona un Estado para producir un bien patentado o para utilizar un procedimiento o proceso patentado sin el conocimiento del titular de la patente, el titular esta forzado a permitir que un tercero realice acciones de explotación sin su consentimiento (Moncayo, 2010).

A continuación se muestra algunos ejemplos de países con la implementación de las licencias técnicas que les ha permitido tener mayor facilidad en el acceso de los medicamentos:

Malasia

En el año 2003 se concedió una licencia obligatoria (autorizaciones que proporciona un Estado para producir un bien patentado) para importar antirretrovirales provenientes de la India. El Ministerio de Salud de Malasia permitió utilizar las licencias obligatorias lo se consiguió reducir el precio de los antirretrovirales de USD 315 a USD 58, es decir un 81% de disminución en los costos (FARMAMUNDI, s.f.).

Tailandia

En el año del 2006, el Ministerio de Salud de Tailandia anunció la primera licencia obligatoria con el fin de importar desde la India y producir un medicamento antirretroviral para el VIH/SIDA, llamado efavirez. La compensación económica propuesta fue un 0,5% del precio del medicamento genérico. A partir del año 2007 se comenzó a dar más apertura a las licencias obligatorias para combatir el cáncer, enfermedades cardiovasculares y demás (FARMAMUNDI, s.f.).

Caso de Rwanda y Canadá

Por disposición y decisión del Acuerdo ADPIC para facilitar la importación de medicamentos genéricos en el año 2003, Rwanda fue el primer país en comunicar a la OMC su requerimiento de aplicar las licencias obligatorias que se le concedió. Mediante la comercialización con Canadá para que sea el productor genérico y se notificó en 2007 que la empresa canadiense APITEX produciría el antiretroviral para ser exportando a Rwanda, dando de esta manera un resultado positivos para la llegada de productos para la población, eso sí a un menor costo (FARMAMUNDI, s.f.).

Propuesta de resolución aprobada por el Parlamento de Cataluña sobre el fomento a la investigación farmacéutica en relación a las enfermedades poco frecuentes y al acceso a los productos farmacéuticos por parte de las poblaciones pobres de países en vías de desarrollo.

En 2007 la Comisión de Cooperación del Parlamento de Cataluña aprobó una proposición, donde el Gobierno español diera apoyo a los países en vías de desarrollo con las flexibilidades de los acuerdo de la Propiedad Intelectual de la Organización Mundial del Comercio, el parlamento apoyó a esta propuesta formulada por Intermón Oxfam y Médicos sin Fronteras ante la demanda de la compañía farmacéutica Novartis contra la Ley India de Patentes (FARMAMUNDI, s.f.).

Propuesta con el mismo sentido donde Canadá modificó la Ley de Patentes para producir medicamentos genéricos, frente a las demandas de licencias obligatorias para beneficiar a los países pobres, se realizó una Campaña llamada “La Salud en el Milenio: una firma pendiente” por farmacéuticos Mundi y Medicus Mundi Catalunya presentada en 2008, pero el Estado español no adoptado ningún mecanismo para exportar productos bajo licencias obligatorias, sin embargo el Estado español tiene la obligación de permitir este mecanismo por el reglamento número 816 en 2006 del Parlamento y el Consejo europeos que aprueba la realización de estas exportaciones (FARMAMUNDI, s.f.).

Aunque los reglamentos son obligatorios es muy difícil que se dé un buen mecanismo sin la autorización de la legislación interna española. Por lo cual las empresas como buscan aumentar sus ganancias seguramente conseguirán el bloqueo durante un tiempo de las exportaciones a través de este mecanismo, por tanto lo mejor que se podría plantear es que la ley de patentes fuera ratificada para introducir una excepción de exportación de productos por licencias obligatorias a países sin la capacidad de exportación (FARMAMUNDI, s.f.).

Así también las flexibilizaciones de los ADPIC han permitido importaciones paralelas, lo que quiere decir que los gobiernos autoricen la importación de productos con patentes desde un segundo país donde la venta es a un precio inferior, sin la aprobación del titular de la patente. Lo que permitiría una mejor vía de adquisición de los países empobrecidos bajo la función de precios comparativos. Igualmente la disposición bolar sería una clave para que los fabricantes que se dedican a la producción de medicamentos genéricos puedan hacer todos los papeleos necesarios para registrar un producto antes de que expire la patente, esto ayudaría en tiempo de adquisición de productos para el público (FARMAMUNDI, s.f.).

Todas las flexibilidades son posibles vías de solución para el modelo actual que se maneja dentro de la ley de patentes, pero no son alternativas, ayudan a que no solo monopolios se manejen dentro de este gran sector farmacéutico, sino laboratorios nacionales para el mayor aumento de la adquisición de los medicamentos (FARMAMUNDI, s.f.).

Caso Cuba

Anteriormente Cuba en su mayoría los medicamentos que se consumían eran importados, o elaborados en el país por subsidiarias de compañías transnacionales quienes tenían el monopolio del mercado cubano e imponían altos precios, inalcanzables para amplias capas de la población. Lo que ocasionaba que no existan instituciones de investigación y desarrollo de medicamento nacionales, instrumental y equipos médicos y, en general, los pocos laboratorios en funcionamiento eran artesanales, útiles sólo para hacer fórmulas sencillas (ECURED, s.f.).

Pero a partir de 1959, se plantea la imposición del bloqueo de Estados Unidos y la implantación de la política de estimular la emigración de los médicos con otros profesionales, al momento esto significó para el país un fuerte golpe al sistema de salud, sin embargo la formación de técnicos y profesionales de la salud ha permitido una mayor participación que va en aumento la producción de medicinas y otros productos farmacéuticos (ECURED, s.f.).

Por una parte, este esfuerzo en el corto plazo significó a largo plazo un esfuerzo a la eliminación de las marcas comerciales y a la producción de medicamentos genéricos, logrando ofertarlos a la ciudadanía a precios bajos que sean compatibles con el poder adquisitivo del individuo (ECURED, s.f.).

Caso Brasil - Implantación de Nombre genérico o denominación común Internacional como estrategia

La OMS como la OPS recomienda la utilización del nombre genérico para beneficiar el uso racional de los medicamentos. Según el Presidente de Aventis Pharma en Brasil, establece que los medicamentos genéricos son muy útiles para los pacientes ya que les permiten acceder a un producto igual al de origen pero a menor precio, con la elaboración de normas internacionales. Por tanto los Estados deben cumplir con control de calidad y promover su denominación común internacional (Ramírez, 2006).

Brasil aplicó esta norma en la decisión política para los medicamentos antiretrovirales de VIH/SIDA logrando disminuir en 10 veces el costo del tratamiento, y manteniendo su calidad (Ramírez, 2006).

La industria establece que los acuerdos ADPIC limitarían el interés y los fondos para invertir en investigación. Por lo tanto, las empresas farmacéuticas gastan millones de dólares aplicando juicios por violación de patente buscando acabar con la comercialización de medicamentos genéricos, por lo cual es importante aclarar los mecanismos que buscan las grandes industrias para encontrar la mejor estrategia en la aplicación de políticas farmacéuticas (Ramírez, 2006).

Caso Nicaragua – Ventas Sociales de Medicamentos

En Nicaragua por los escasos recursos destinados a la adquisición de medicamentos por el Ministerio de Salud de Nicaragua (MINSa), los ingresos de la mayoría de los hogares deben destinarse en gran medida para tener acceso a ellos, la solución propuesta para resolver en parte esta insatisfacción fue realizada por las contrapartes locales y ONGD con una estrategia auto sostenible de adquisición de medicamentos, llamada ventas Sociales de los Medicamentos (VSM) (FARMAMUNDI, 2011).

Existe en la actualidad en Nicaragua tres redes de ventaja en el acceso a medicamentos esenciales de bajo costo y calidad que son: Prosalud, Acción Médica Cristiana (AMC) e Instituto Juan XXIII, donde en cada red existe a parte de las ventas sociales de medicamentos, botiquines ampliados y botiquines comunitarios, de esta manera se diferencian las (VSM), por administrar un nivel inferior de medicamentos que dependen directamente de algunas VSM.

Este mecanismo de redes en los diferentes establecimiento públicos ha permitido que se aumente la cobertura de medicamentos hacia la sociedad que en la actualidad se estima que es de 1.200.000 personas, eso si todas las redes están situadas en las zonas rurales y urbanas.

Este modelo es auto sostenible ya que permite que la red funcione como un subsidio cruzado, donde si la farmacia no tiene stock de recursos, ni para comprar, puede acceder a estos beneficios con el fondo semilla que se da al inicio del proyecto, permitiendo la dispensación de medicamentos de bajo coste a la población beneficiaria (FARMAMUNDI, 2011).

Asimismo con estos beneficios conseguidos se crea un fondo rotativo, para que la exista la falta de liquidez y no se descapitalice la farmacia y de esta manera siga obteniendo productos en el futuro. Todos los medicamentos que se encuentran en la red son genéricos y están dentro de la lista de medicamentos esenciales nicaragüense (FARMAMUNDI, 2011).

En resumen, las experiencias vividas muestran que muy pocos países han logrado un buen funcionamiento de acceso para cubrir toda la demanda de la población, a causa de que factores externos como el poder de las empresas (ampliación de leyes de patentes, grandes remuneraciones para conceder las licencias obligatorias), corrupción (complot de vigilantes con los laboratorios que incitan la excesiva promoción de medicamentos), medicamentos falsificados, etc., han impedido el correcto funcionamiento de la adquisición de los medicamentos hacia los usuarios, de manera que todavía se encuentra la utilidad de las grandes compañías sobre la salud de las personas (Ramírez, 2006).

El acceso a servicios e insumos para la salud, incluidos también los medicamentos, son un derecho primordial para el desarrollo humano. Desde la OMS junto a varios tratados internacionales se han planteado principios para las políticas de salud que son extensivas a las políticas farmacéuticas y estas son:

“El acceso a la atención de salud, que incluye el acceso a los medicamentos esenciales, es un requisito previo para hacer efectivo ese derecho. La Política Farmacéutica debe ser parte

integral de la política de salud. Los intereses de salud pública han de primar sobre otros intereses económicos y comerciales. La Política Farmacéutica tiene que expresar su compromiso con la equidad en el acceso a los medicamentos. La Política Farmacéutica debe basarse en principios éticos de justicia, autonomía, solidaridad y no maleficencia” (OMS, 2014).

Por lo cual, las estrategias que recomienda la OPS y OMS (2010) para el acceso a medicamentos genéricos es esencial en la implementación de las políticas farmacéuticas que:

- Esta política farmacéutica por sí sola no funciona y no resuelve el problema del acceso a los medicamentos, por lo cual debe de ir acompañada de otras estrategias de contención de costos, de una selección racional, un financiamiento sustentable y de sistemas de salud y suministros confiables (OPS, 2010).
- La política farmacéutica es una herramienta importante para promoción del uso racional de medicamentos con diferentes mecanismos como: la promoción de la comercialización de medicamentos genéricos de listas de medicamentos esenciales; el uso de la DCI en el registro, en los rótulos, etiquetas y prospectos, en la compra, la prescripción y dispensación, así como en los procesos de información y formación al personal de salud y la comunidad; y la regulación, evaluación y autorización de la publicidad y propaganda de los medicamentos (OPS, 2010).
- La política farmacéutica es una oportunidad para reglamentar los requisitos de registro de todos los medicamentos que se comercializan otorgando un saneamiento del mercado, es decir el mercado es más regulado y transparente (OPS, 2010).

Además, la OPS-OMS recomienda entre otras estrategias para el desarrollo y mejor mecanismo de los medicamentos genéricos la implantación de:

- Regulación apropiada en el registro, calidad, precios, suministro, propiedad intelectual, prescripción y dispensación.
- Promoción de comercialización de medicamentos genéricos de las listas de medicamentos esenciales.
- Promoción del uso de la Denominación Común Internacional (DCI) en la producción, comercialización, publicidad de los medicamentos, en los procesos de información y formación al personal de salud y a la comunidad.
- Garantía de calidad de todos los medicamentos comercializados.
- Incentivos económicos a la oferta y demanda de medicamentos genéricos.
- Desarrollo de estrategias de aceptación de los medicamentos genéricos entre los profesionales de la salud y la sociedad.
- Promoción de la prescripción por nombre genérico y la sustitución responsable.
- Regulación, evaluación y autorización de la publicidad y propaganda de los medicamentos (OPS, 2010).

Por lo tanto la OPS-OMS, recomienda todas las estrategias antes mencionadas como mecanismos a la contribución en la competitividad de precios de medicamentos genéricos,

permitiendo o generando una disminución a los precios y en consecuencia permite que los usuarios tengan una mayor posibilidad en el acceso a los medicamentos.

Elaboración de lineamientos de política pública

En esta sección, se formulará las propuestas que podrían ser implantadas a mejorar el estado de la dispensación de los medicamentos, en base a lo analizado en los capítulos anteriores donde se identificaron las necesidades y el nivel de acceso de la población, experiencias internacionales y recomendaciones de Organismos especializados en la materia. Así mismo, las medidas de política que se presentan, se orientan a mejorar la construcción de un sistema de salud integrado que permita el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud y en sí todas sus entidades afines, para conseguir niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de servicios tanto públicos como privados.

Consecuentemente, se muestra en la tabla No 14 las políticas regulatorias, donde algunas si se consideran en la normalización del sistema y otras no, especificando cada una su ventaja y desventaja al momento de su aplicación, según la Organización Mundial de la Salud en 2001.

Tabla No 14 Políticas Regulatorias en el Mercado Farmacéutico Ecuatoriano

| Tipo de Política | Ventajas | Desventaja |
|---|--|---|
| Uso masivo de la denominación científica que establezca: - Denominación científica visible en el empaque - Denominación científica en la prescripción | Competencia entre medicamentos equivalentes para mayor apertura del usuario con respecto a elección de costos. | Inicialmente provoca enfrentamiento con laboratorios transnacionales o con los negocios que netamente importan. |
| Promover la automedicación responsable | Mejora la Salud Pública, el comportamiento en la utilización de los medicamentos y permite el enfocar (ahorro) que medicamentos son bien útil. | Ninguna |
| Eliminar la auto-prescripción a través de: -Exigencias de la fórmula médica - Controles periódicamente -Garantizar el acceso a servicios de salud | Mayor poder de conocimiento en el uso de los medicamentos | Ninguna |
| Lista positivas, negativas y de medicamentos esenciales | Obtener un Costo-efectividad | Ninguna |
| Mayor manejo de stocks para disponibilidad | Equidad, oportunidad, transparencia y ahorros más del promedio del | |

| | | |
|---|--|---|
| | precio establecido. | |
| Control de Buenas Prácticas de Manufactura: sea sobre insumos, producción externa (importados se mantengan en el estado adecuado) y producción natural. | Posibilitan la bioequivalencia, logran confianza en el control, erradican la corrupción, fortalecen los mecanismos de dispensación y se logra un apoyo de los productores. | Exige un proceso gradual de largo plazo que exige dinero, capacitación, continuidad y coherencia. |
| Farmacovigilancia sus estudios o resultados sean difundidos al público | | |
| Intervención por vía administrativa | Contener aumento de los precios | Frecuentes efectos indeseables |
| Control de Precios | Regulación de precios en el corto plazo | Distorsiones, se puede dar incrementos de precios en el mediano plazo |
| Liberalización de importaciones de medicamentos | Impacto positivo de precios de ciertos medicamentos | Poco impacto en el panorama general. |
| Producción de genéricos | Pequeña adquisición por parte del mercado | Desconfianza por no ser productos de marca |
| Comercialización de genéricos | Pequeña adquisición por parte del mercado | Desconfianza por no ser productos de marca |
| Promoción de políticas de genéricos | Mayor adquisición por parte del público | Ninguna |
| Compras masivas, pero focalizando la demanda de medicamentos en el país | Precios menores en 30% a 40% | Puede ocurrir el desperdicio de medicamentos y dinero. |
| Información actualizada de precios | Facilidad a los consumidores y transparencia al mercado | Ocurrencia de oposición de productores |
| Incentivar la inversión extranjera a través de promoción de entidades nacionales para mayor investigación y desarrollo de medicamentos locales | Mayor desplazamiento y dinámica del sector, competencia entre diferentes laboratorios, mayor oportunidad de empleo | Acaparamiento del mercado por inversionistas extranjeros |
| Fomento a la industria farmacéutica incentivando el desarrollo de sus encadenamientos productivos, más aun considerando la tecnología y conocimiento requerido por las industrias conexas a la actividad farmacéutica | Apertura a laboratorios nacionales a competir en el mercado | Ninguna |

| | | |
|---|--|---------|
| Inversión en capacitaciones para recursos humanos | Mayor cobertura en personal para la atención médica de la población | Ninguna |
| Distribución de farmacias, focalización de lugares rurales (mapeo para los establecimientos farmacéuticos) | Mecanismo de protección social a segmentos de la población más vulnerable | Ninguna |
| Incentivo de empresas a compartir información de estudios en la capacitación de gestión administrativa y tecnológica de uso de los medicamentos | Empresas Nacionales, tienen la oportunidad de trabajar más del 40% de su capacidad actual. | Ninguna |

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2001

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Es importante generar políticas públicas referente a medicamentos porque representa una porción relevante del gasto que tienen que ejecutar el Gobierno, y porque es necesario enfrentar uno de los retos más importantes que corresponde a los sistemas de salud (OMS, 2002).

Los lineamientos se dirigen a resolver dificultades en el uso adecuado de estrategias de mejoramiento sostenible en cualquier actividad o espacio que se desea utilizar, no obstante este apartado se direcciona a optimizar “el acceso, calidad y el uso adecuado que la población debe tener hacia los medicamentos”

Unos lineamientos que admitan reducir el uso de medicamentos a muy pocas ocasiones, sería una de las mejores opciones de directrices que se podría optar en cualquier país, pero también es importante inculcar en la población una cultura y formación que destine mejor su recurso y disminuya el gasto (OMS, 2002).

Actualmente, Ecuador enfrenta un escenario político, económico y social que requiere una implementación de cambios políticos y sociales, entre estos cambios se debe considerar: un crecimiento sostenido de la economía, recaudación fiscal transparente, fortalecimiento del proceso democrático, crecimiento del cuidado responsable de la salud, el patrocinio del Gobierno para tomar decisiones acertadas en política pública de inclusión social, entre otros (OMS, 2002).

Es relevante mencionar que si se logra alcanzar dichos cambios, la comunidad podrá contar con un favorable acceso, calidad y un uso adecuado. Cabe mencionar que nada se consigue si la población más pobre, que en muchas ocasiones suele ser la más enferma no tiene el acceso adecuado a los medicamentos ni a los requisitos de calidad que le corresponde. En este sentido estas políticas planteadas van a respaldar la protección social, para alentar a tener presentes cada vez menores riesgos de enfermedad (OMS, 2002).

Lineamientos de Política Pública – Amparo del Ciudadano

- El Estado debería dar mayor empoderamiento a la Autoridad Sanitaria para que pueda tomar decisiones acorde al sistema de salud que requiera la población, con el fin de fortalecer los servicios en el momento y lugar específico. Esta jurisdicción tomará acciones decididas, reduciendo tiempos y apoyo total a las entidades del sector.
- Implementar un sistema en el cual sea fácil el acceso a servicios y medicamentos, que no estén condicionados por la capacidad de pago de las personas. A través de financiamiento de organizaciones de la salud, de proveedores mayoristas y minoristas, empresas transnacionales. Fundamentándose en el derecho a la salud y al principio de la corresponsabilidad, el mismo que se refiere a un compromiso global de individuos y organizaciones.
- La capacitación será un compromiso inevitable del Gobierno que es clave para proporcionar a los usuarios una educación y orientación adecuadas para que los formen más aptos en consumo, uso y destino de los medicamentos. Evitando de esta manera la automedicación inapropiada que es un problema cada vez más amplio sobre todo en la clase vulnerable y pobre del país.
- Diseñar y profundizar acciones de promoción de salud, mediante cambios apropiados de estilo de vida y ambientes saludables (eliminación de sedentarismo, patrón alimentario, consumo de alcohol y tabaco), y además por la significancia de esta prevención, es a causa de que el país cuenta con una influencia en enfermedades crónicas degenerativas, con el fin de poder considerar todas las probabilidades de beneficio y progreso que le proporciona al país tener una sociedad económicamente activa y saludable.
- Alinear la gestión de los servicios comerciales conforme al perfil epidemiológico y a las guías médicas del país, para así generar condiciones de oferta de medicinas y volumen de recursos requeridos, acorde a la demanda de la población, permitiendo que el Sistema de Salud se manifieste satisfactoriamente a los cambios en las necesidades de salud Ecuatoriana.
- Mejorar la política integral, profundizando múltiples reformas en el recurso humano con el propósito de dar un mayor valor o una revalorización al trabajador en salud, con condiciones adecuadas para su completo desarrollo. Con esto el trabajador tendrá un mejor desempeño en sus actividades.
- Ampliar las capacidades institucionales en temas de inspección, vigilancia y control con el fin de tener productos que no causen efectos adversos y prevenir la ocurrencia de complicaciones de enfermedad en el consumo humano y se priorice la estructuración o mecanismo de dispensación de servicios.

Lineamientos de Política Pública – Deberes financieros

- Asignar una dirección eficaz y robusta a la Autoridad Sanitaria a fin de que realice una conducción estratégica del sector para una mayor inversión y financiamiento en la vigilancia sanitaria y epidemiológica del país. Tomando el control sobre riesgos y enfermedades. Pues se evidencia que los diferentes proyectos planteados no avanzan.
- Conocer a detalle cada una de las necesidades, requerimientos y metas prioritarias de los hospitales del Instituto de Seguridad Social del IESS, clínicas, hospitales sin fines de lucro, con el fin de asignar rubros de mayor a menor importancia. Ya que se evidencia en la actualidad importantes inequidades en particular en la asignación de recursos para cada uno de ellos.
- Crear un fondo de reserva con carácter obligatorio para situaciones de emergencias imprevisibles como: sequía, desastres naturales y epidemias, para mitigar sus potenciales daños. Como por ejemplo de acuerdo al último acontecimiento del mes de abril del 2016, el cual se evidenció que el Ecuador no cuenta con un fondo para cubrir estos acontecimientos que puedan proteger a las posibles víctimas.
- Debido a la desfavorable distribución de establecimientos farmacéuticos, que ha tenido un impacto notable en el mercado y en el acceso, se plantea la necesidad de afianzar brechas de infraestructura y equipamiento de los servicios de salud, a través de una inversión pública direccionada en la planificación del mapeo territorial en el que optimice el uso de recursos disponibles y también que proporcione un mayor incremento de la oferta de productos de manera equitativa del país.
- El sistema y el país, necesita fortalecer la tecnología a fin de brindar asistencia a través de las redes de comercialización y adecuar a los requerimientos de la población. Considerando que la tecnología sirve para mejorar e incrementar la efectividad. También es importante definir y evaluar el uso racional de la tecnología para la salud, porque esto constituye un alto costo para el país. Asimismo, las medidas de política de reforma que se presentan, se orientan a la construcción de un sistema de salud integrado, que fortalezca el Sistema Nacional de Salud, a fin de conseguir mayores niveles de eficacia y eficiencia en la prestación de los servicios.
- Para garantizar la cobertura de medicamentos a la población se propone que se mejore el uso de los recursos de la salud, buscando que los prestadores y financiadores del sistema se acoplen y se complementen eficazmente a través de un proceso coordinado de intercambio de servicios y productos.
- Evitar la intermediación de los oferentes para disminuir el impacto sobre el precio final de los medicamentos, provocando que vaya reduciéndose gradualmente el gasto y facilitando como consecuencia un ahorro en el bolsillo de los hogares.

- Es necesario mejorar y actualizar las capacidades gerenciales de los directivos y funcionarios de salud, con la intención de obtener resultados positivos y de acuerdo a las expectativas de la población.
- Las experiencias de compra masiva por parte de los sistemas de seguros de salud examinadas en este estudio muestran que es posible racionalizar la demanda de medicamentos y obtener grandes economías en su adquisición, en comparación a cuando las entidades realizan individualmente las compras. Los esquemas pueden ser variados, en tipo contratos de provisión por los aseguradores.

El Ecuador, en materia de salud en la Constitución (2008) incluyó en el Régimen del Buen Vivir artículos que introducen derechos a la salud, calidad, equidad y solidaridad, con el propósito de reorganizar y transformar al sector de la salud del país, para construir un sistema de salud integral, coordinada y accesible para el usuario.

Como se ha podido analizar con respecto al acceso a medicamentos en el país en los capítulos anteriores de esta investigación, se observa que éstos son demandados en su mayoría por personas que no poseen un seguro social y que su gasto lo asumen a cuenta propia, generando déficit por los altos precios en medicamentos de marca, ya que de acuerdo al estudio la ciudadanía no toma como prioridad, al momento de su compra, los medicamentos genéricos por no tener el conocimiento seguro y claro de los mismos. Por tal motivo la política direccionada a este aspecto sería la divulgación, promoción y la concientización de prevalecer la medicación genérica en todas las farmacias como principal recomendación para la adquisición del usuario.

En este escenario, es importante que el gobierno promueva un modelo de atención para el usuario de forma integral que prevalezca la prevención, la equidad y el acceso universal. Este acceso de la gente a los medicamentos constituye uno de los grandes desafíos que tiene el gobierno, para que tenga éxito se deberá lograr que exista disponibilidad de fármacos, y también que el uso de los mismos sea de forma razonable y equitativa.

El cambio de la matriz productiva como incentivo a que la industria local logre mayor competitividad en el mercado nacional, pierde sentido al momento de que sus insumos de valor agregado son importados (incrementando costos) por lo cual el mecanismo no da un logro efectivo para que el mercado farmacéutico nacional se posicione. Como estrategia necesaria para un gobierno corresponde el fomentar e incentivar en la industria farmacéutica el desarrollo de sus encadenamientos productivos, más aun considerando la tecnología y conocimiento requerido por las industrias conexas a la actividad farmacéutica.

A nivel nacional, como se ha mencionado el sistema farmacéutico es segmentado y descentralizado, por ello cada uno tiene su financiamiento propio y diferenciado del resto, lo que ocasiona que no cuenten con lineamientos uniformes para el abastecimiento y suministro de medicamentos como se pudo analizar en el capítulo 1 de la investigación. Por tal motivo es necesario que se establezca normativas para un control y regulación para consolidar un mercado homogéneo de disponibilidad en insumos y servicios.

El país cuenta con un mercado de establecimientos farmacéuticos que sobrepasan el número de unidades de despacho (medida métrica internacional de 10.000 habitantes por

farmacia), para abastecer a toda la población (ver tabla 9). Sin embargo, debido a su ubicación en zonas urbanas, éstos benefician de manera parcial a la población, resultando mayormente perjudicada la zona rural. Por esta circunstancia, el Estado debería implementar medidas de protección social hacia segmentos de la población vulnerables, focalizando puntos de ventas y poniendo límite de casas farmacéuticas en las provincias, ciudades o poblaciones en las que tienen un exceso de establecimientos, para que se incentiven a buscar otros mercados estratégicos no explotados.

Como se ha planteado en los capítulos anteriores, debido a que las personas ya sea por la incapacidad de pago, por desconocimiento, por urgencia médica o facilismo no acuden a un facultativo de la medicina, arriesgando su salud con la automedicación, provocando en muchos casos riesgos o efectos adversos en la persona. Es indispensable que se establezca normativas para promover la utilización y adquisición de medicamentos de manera “responsable” publicando listas positivas, negativas de los medicamentos a disposición para el público en todos los centros de salud.

Se observa que en la población ecuatoriana se ha incrementado la demanda de servicios de salud, lo que ha generado aumento en el gasto público por la atención y tratamientos de las diversas enfermedades desarrolladas en la sociedad. Esto, además de afectar el desarrollo económico y social de los ecuatorianos afecta también a la productividad, ya que las enfermedades ocasionan en los seres humanos un menor desempeño productivo. Por esta razón, es urgente y necesario actuar para la prevención y control de enfermedades; caso contrario esto conlleva a que el costo que pagaría la sociedad en los siguientes años será mucho mayor a la inversión requerida para implementar políticas preventivas.

Indudablemente ninguna de estas estrategias pueden ser efectivas en ausencia de un sistema político que las integre y les de coherencia. Y en este sentido, es necesario contar con un sistema que garantice la protección de los derechos civiles y proporcione mayor participación ciudadana. Además se requiere de crear instituciones públicas estables y dar seguridad jurídica tanto a los ciudadanos como las entidades privadas.

Es necesario que se focalice programas públicos en general, para expandir redes de protección social, por ejemplo como se especificó por parte de la Senplades en el capítulo 3 los programas nacionales para incentivar el empleo y dinamizar la economía. Lo que significa no proponer programas asistencialistas sino que en realidad puedan contribuir al aumento de productividad, transferencia de tecnología, capacitación y apoyo logístico para poder tener la facultad de acceder a nuevos mercados, además del fortalecimiento de nuestras pequeñas empresas nacionales con el fin de incentivar al consumo de genéricos que es nuestro punto fuerte para combatir la competencia con las empresas transnacionales.

Conclusiones

La investigación manifestó el diagnóstico del estado de la demanda y de la oferta en el mercado farmacéutico del Ecuador y lo que representa el no tener un nivel adecuado del acceso a los medicamentos, por lo tanto la mayoría de los retos que enfrenta el sistema de salud ecuatoriano son: el aumento de los costos en salud, el envejecimiento de la población, el cambio del perfil epidemiológico, el modelo de atención centrado en la curación, los cambios culturales y sociales de los usuarios del sistema y la presencia de nuevas tecnologías.

Este análisis valió como herramienta para identificar lineamientos económicos y sociales en efecto a incrementar o mejorar los diversos factores de accesibilidad, disponibilidad, costo razonable y eficiente sistema de suministro en los medicamentos, con el fin de lograr el accionar en desafíos enfocados a la realidad del país que permitan la disminución del gasto y evitar el despilfarro en uso de medicinas innecesarios al momento de su adquisición.

La población en su conjunto prefiere el consumo de medicamentos de marca lo que incentiva y da respaldo a que se siga en el mecanismo de importaciones de medicamentos frente a una baja exportación de medicamentos nacionales, lo que resulta tener una disminución de participación por parte de las industrias nacionales dejando una balanza comercial de \$4.897.185 para el país. Asimismo la mayor proporción en el consumo de medicamentos es la población femenina con el 52% frente al 48% de la población masculina y en la provincia de Guayas, sus habitantes son los que acaparan el consumo del mercado farmacéutico con el 30,3% y Pichincha con el 17,2%.

Los exportadores deben tener claro que el país es un mercado complejo, con características tanto comerciales como políticas particulares, que podrían limitar las oportunidades que se puedan presentar. Es por ello que alianzas con representantes experimentados y que conozcan los procedimientos para la obtención de los Registros Sanitarios y Notificaciones Sanitarias Obligatorias puede convertirse en una ventaja y ser la clave para el aprovechamiento de los negocios.

Por otra parte se llegó a resultado de que los ciudadanos que no tienen seguro su gasto en consumo de medicamentos es el más alto con el 60,8% y el 29% representa en gasto de consumo las personas que pertenecen al seguro del IESS. Por lo cual se evidencia la existencia de una variedad de unidades no integradas en la red de servicios de salud, acompañadas de subsistemas con diferentes modalidades de financiamiento, afiliación y provisión de servicios de salud.

El nivel de acceso en el país tiene oportunidades incrementales para abastecer a la población, ya que el país cuenta con 3,5 más farmacias por habitante, lo que incluye y requiere un mejor mecanismo de localización para beneficiar a las personas ubicadas en sectores vulnerables o rurales. Además que el sector se ve afectado por la falta de insumos de medicinas con el 63% de stock al instante de satisfacer el usuario en la adquisición frente al 37% que si dispone el centro de salud.

A su vez, se estableció que el gasto en medicamentos puede alcanzar el 30% al 40% del gasto sanitario y de ese gasto, gran parte los consumidores costean en medicinas individuales más para la automedicación que los productos que requieran receta médica. Por ello, los medicamentos son recursos terapéuticos de amplia utilización y de mucho impacto sobre los resultados de la salud y gastos de la población.

En cuanto a la inversión en este sector en la producción local de farmacéuticos ha sido regulador e impulsivo en abrir nuevas oportunidades, además de que ha permitido el incremento de puestos de trabajos, ocupando los puestos laborales mujeres en mayor medida. Esto por un lado ha ampliado las destrezas y las posibilidades de que el mercado pueda ser más productivo en su valor agregado de los medicamentos.

Con este estudio realizado se evidenció que el gasto en promedio de los medicamentos analizados es de USD 4.933 al año, es decir de USD 932,84 del ingreso en el 2014 las personas destinan en los medicamentos recogidos para esta investigación el 18,91% en el consumo a medicamentos y el resto en consumo variados, por lo cual quiere decir que este también dependerá de la dinámica del mercado que por los criterios de costos y diversos fallos de mercados mostrados en el primer apartado.

Definitivamente las desigualdades tanto internacionales como nacionales profundizan las brechas y hace más difícil en acceso a medicamentos como se señaló en el capítulo 2, por lo cual es necesario ampliar las necesidades absolutas de medicamentos ya conocidos y probados. Asimismo se ejemplifico que las exclusiones de sectores sociales, la concentración de la riqueza, tienen inmediata repercusión sobre el acceso de la población a los medicamentos.

Por otro lado, el elevado ritmo innovador en la producción de fármacos internacionales vinculado con las necesidades de su puesta a prueba y uso experimental, así como con la difusión de los productos en el mercado, involucra nuevas necesidades relativas. Induce nuevas demandas antes de haber satisfecho la demanda original por productos ya probados y consolidados en el mercado. Igualmente fomenta a que la producción nacional no se quede estática y permita la estimulación competitiva.

Por lo tanto una parte muy relevante de la investigación es el conjunto de medidas regulatorias, que resulta requerimientos de consideraciones específicas. Aunque los gobiernos no pueden prescindir de la regulación del mercado si deberían avanzar hacia una solución del problema del acceso, por lo cual no deben adoptar medidas de forma apresurada ni copiar políticas sin una revisión crítica y con criterio.

La inflación farmacéutica vinculada a las dificultades de acceso de la población a los medicamentos evidencian que las políticas desregulatorias en el ámbito de los medicamentos no generan soluciones ni ventajas desde el punto de vista social y sanitario. Debido a que la formación de precios de medicamentos no solo involucra cuestiones relacionadas con la eficiencia sino en especial, con la equidad. Desde una perspectiva sanitaria es necesario destacar que, si se modifican los precios, se está modificando la forma en que la salud se distribuye en la sociedad.

Por lo tanto las políticas competitivas farmacéuticas que buscan fomentar una dinámica de mercado cuyos resultados acaben generando beneficios sociales deben abarcar en conjunto antecedentes, estrategias futuras y análisis comparativo con experiencias internacionales, para que en medida de corto a largo plazo vayan estableciendo o implementando beneficios en el sector de la salud. Su incorporación involucra un amplio conjunto de alternativas posibles.

Recomendaciones

El nivel de fallos que existen en el acceso a medicamentos es un inconveniente y un límite para acceder a mayores oportunidades de mejor suministro en el servicio de los mismos. Por tal razón, es necesario que los actores de la industria del sector, tengan una participación más activa en el debate, siendo capaces de generar propuestas alternativas que permitan al gobierno desempeñar el logro de los objetivos estratégicos, para cumplir esto se requeriría de estudios profundos del mercado y gestionar los contactos para entregar y discutir dichas propuestas.

El aparato productivo ecuatoriano y los diversos organismos del Sector Público involucrados en la problemática farmacéutica podrían ser debidamente coordinados y avanzar en una estrategia de desarrollo sectorial que traiga propuestas de beneficios en diversos frentes, económicos, tecnológicos e institucionales. Es decir no solo se trata de producir medicamentos, sino más bien de llevar adelante un programa integral de política industrial y de construcción de instituciones y reglas de organización social en el campo de los medicamentos.

Como Ecuador se encuentra en línea de la priorización del uso de genéricos, y debido al cuestionamiento que suele existir respecto de su calidad y eficacia en el tratamiento de enfermedades, sería recomendable instalar en el debate el concepto de Bioequivalencia, cuyo propósito es demostrar que dos medicamentos que contengan el mismo fármaco en igual dosis, son equivalentes en términos de calidad, eficacia y seguridad en el paciente.

El aumento de la equidad de acceso también traerá consigo un incremento del gasto fiscal asociado a una mayor provisión de medicamentos en regiones más pobres, así como también la necesidad de mayores recursos para la seguridad social médica que tendrá que enfrentar la implementación de esta política. Sin duda esto deberá estar asociado a nuevos mecanismos de financiamiento, una mayor necesidad de recursos humanos calificados en temas médico farmacéuticos, más personal en los hospitales y centros de salud regionales y demás.

Otro punto relevante es acerca de las firmas nacionales productoras, caracterizadas por importación de productos farmacéuticos. Diferentes estudios ya mencionados en los capítulos anteriores han informado que estas firmas operan con una importante capacidad inutilizada, acerca del 40 al 50% capacidad que no se la utiliza, sin embargo pese a esta capacidad inutilizada. Esto hace que es necesario evaluar cuidadosamente la capacidad real de la industria nacional de sustituir productos importados, sin perjudicar a los consumidores en términos de calidad y precio.

Finalmente, se debería fortalecer el monitoreo de la disponibilidad de medicamentos en establecimientos públicos de salud incluyendo datos en línea de los hospitales nacionales e institutos especializados y la implementación de herramientas que permitan la identificación de los productos a lo largo de la cadena de suministro.

Anexos

Anexo A. Demanda de Medicamentos por montos en USD según Provincia

| Medicamentos | Azuay | Bolívar | Cañar | Carchi | Cotopaxi | Chimborazo | El Oro | Esmeraldas | Guayas | Imbabura | Loja | Los ríos |
|-----------------------|-----------|----------|----------|----------|-----------|------------|-----------|------------|-------------|-----------|-----------|-----------|
| Analgésicos | \$63.774 | \$16.165 | \$20.630 | \$19.046 | \$34.265 | \$45.861 | \$74.136 | \$52.378 | \$385.488 | \$37.337 | \$35.016 | \$84.908 |
| Antiácidos | \$20.136 | \$4.012 | \$5.787 | \$4.788 | \$10.656 | \$10.100 | \$19.529 | \$9.786 | \$104.769 | \$8.616 | \$11.394 | \$24.126 |
| Antibióticos | \$27.231 | \$4.483 | \$7.380 | \$4.698 | \$9.721 | \$9.706 | \$43.309 | \$16.884 | \$252.949 | \$11.141 | \$18.916 | \$54.768 |
| Antiespasmódicos | \$6.926 | \$2.213 | \$2.255 | \$2.523 | \$3.423 | \$4.976 | \$11.514 | \$7.209 | \$82.743 | \$4.866 | \$3.487 | \$15.910 |
| Antigripales | \$44.092 | \$10.301 | \$13.417 | \$14.505 | \$24.230 | \$27.990 | \$41.775 | \$25.374 | \$213.025 | \$23.357 | \$32.770 | \$42.539 |
| Antihelmínticos | \$4.452 | \$1.304 | \$1.625 | \$949 | \$2.848 | \$2.062 | \$9.799 | \$8.928 | \$43.336 | \$2.684 | \$2.951 | \$15.324 |
| Antihipertensivos | \$21.235 | \$2.690 | \$5.445 | \$4.036 | \$5.733 | \$5.752 | \$20.736 | \$14.265 | \$127.691 | \$8.534 | \$13.315 | \$25.647 |
| Antihistamínicos | \$6.499 | \$1.065 | \$2.465 | \$905 | \$1.367 | \$1.677 | \$8.928 | \$3.536 | \$53.315 | \$1.833 | \$4.062 | \$8.493 |
| Antiinflamatorios | \$12.681 | \$3.344 | \$3.927 | \$4.066 | \$7.641 | \$6.437 | \$19.576 | \$10.981 | \$118.367 | \$8.489 | \$8.680 | \$29.203 |
| Antipiréticos | \$14.537 | \$4.033 | \$4.370 | \$2.363 | \$8.201 | \$6.592 | \$21.303 | \$10.954 | \$134.705 | \$5.207 | \$10.020 | \$27.344 |
| Antisépticos | \$3.732 | \$518 | \$1.005 | \$997 | \$1.683 | \$1.475 | \$4.517 | \$2.804 | \$20.430 | \$2.523 | \$2.789 | \$3.372 |
| Antitusivos | \$14.380 | \$2.510 | \$5.676 | \$3.175 | \$5.305 | \$8.728 | \$18.311 | \$9.131 | \$98.093 | \$6.190 | \$7.946 | \$19.901 |
| Vitaminas y minerales | \$38.653 | \$7.144 | \$10.806 | \$7.800 | \$15.324 | \$16.630 | \$49.976 | \$30.465 | \$347.664 | \$17.619 | \$24.769 | \$65.647 |
| Medicina natural | \$11.295 | \$4.396 | \$4.287 | \$2.880 | \$6.867 | \$8.641 | \$17.914 | \$10.479 | \$124.024 | \$7.429 | \$5.995 | \$26.340 |
| Otros farmacéuticos | \$5.053 | \$1.381 | \$2.512 | \$700 | \$1.795 | \$1.501 | \$6.710 | \$2.163 | \$32.872 | \$2.118 | \$4.040 | \$5.945 |
| TOTAL | \$294.677 | \$65.560 | \$91.587 | \$73.432 | \$139.059 | \$158.127 | \$368.033 | \$215.338 | \$2.139.472 | \$147.942 | \$186.149 | \$449.466 |

Fuente: INEC-ENIGHUR, 2011-2012.

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela.

Continuación.....

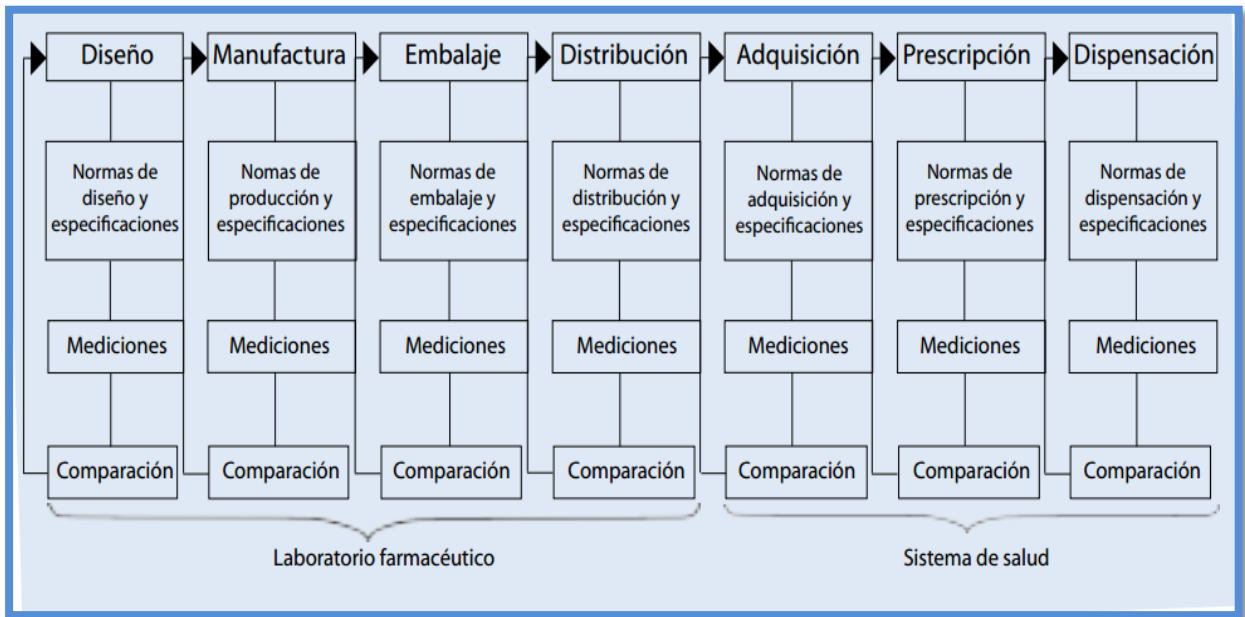
Anexo A. Demanda de Medicamentos por montos en USD según Provincia

| Medicamentos | Manabí | Morona Santiago | Napo | Pastaza | Pichincha | Tungurahua | Zamora Chinchipe | Galápagos | Sucumbíos | Orellana | Santos Domingo | Santa Elena |
|-----------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------------------|------------------|------------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------|------------------|
| Analgésicos | \$144.410 | \$9.791 | \$9.264 | \$7.130 | \$272.592 | \$49.835 | \$5.972 | \$3.682 | \$17.913 | \$11.319 | \$35.125 | \$28.552 |
| Antiácidos | \$33.820 | \$2.242 | \$795 | \$1.300 | \$67.378 | \$11.706 | \$1.290 | \$794 | \$2.806 | \$2.690 | \$7.139 | \$7.505 |
| Antibióticos | \$83.095 | \$2.890 | \$2.716 | \$1.679 | \$93.219 | \$14.328 | \$2.184 | \$1.526 | \$6.428 | \$5.604 | \$14.949 | \$19.563 |
| Antiespasmódicos | \$28.395 | \$840 | \$878 | \$1.127 | \$37.191 | \$7.355 | \$125 | \$377 | \$1.830 | \$1.448 | \$4.966 | \$5.845 |
| Antigripales | \$72.396 | \$5.420 | \$5.099 | \$4.403 | \$173.455 | \$35.052 | \$4.535 | \$1.339 | \$7.322 | \$7.064 | \$18.566 | \$17.659 |
| Antihelmínticos | \$16.488 | \$1.461 | \$500 | \$1.005 | \$21.787 | \$3.265 | \$1.059 | \$327 | \$3.222 | \$2.390 | \$6.510 | \$2.067 |
| Antihipertensivos | \$49.080 | \$1.383 | \$1.190 | \$1.130 | \$74.573 | \$9.491 | \$1.033 | \$594 | \$2.534 | \$1.870 | \$10.177 | \$5.293 |
| Antihistamínicos | \$19.400 | \$613 | \$301 | \$591 | \$26.295 | \$2.300 | \$319 | \$343 | \$662 | \$490 | \$2.544 | \$2.916 |
| Antiinflamatorios | \$34.713 | \$1.896 | \$1.437 | \$1.344 | \$66.926 | \$11.423 | \$1.078 | \$744 | \$3.856 | \$1.850 | \$9.012 | \$8.011 |
| Antipiréticos | \$40.866 | \$2.226 | \$2.972 | \$1.486 | \$66.016 | \$7.992 | \$2.155 | \$1.001 | \$4.009 | \$4.276 | \$9.822 | \$11.961 |
| Antisépticos | \$10.795 | \$1.086 | \$961 | \$454 | \$14.318 | \$2.321 | \$723 | \$185 | \$1.165 | \$897 | \$2.417 | \$2.866 |
| Antitusivos | \$26.695 | \$1.213 | \$1.465 | \$1.196 | \$52.739 | \$9.108 | \$1.772 | \$1.131 | \$3.121 | \$2.394 | \$8.297 | \$7.716 |
| Vitaminas y minerales | \$101.960 | \$5.736 | \$3.068 | \$3.382 | \$178.583 | \$26.048 | \$5.883 | \$2.844 | \$10.066 | \$7.776 | \$25.365 | \$21.573 |
| Medicina natural | \$38.422 | \$1.707 | \$1.381 | \$1.500 | \$52.834 | \$12.560 | \$1.293 | \$1.280 | \$4.418 | \$2.604 | \$13.071 | \$7.040 |
| Otros farmacéuticos | \$10.939 | \$409 | \$167 | \$365 | \$17.859 | \$3.439 | \$141 | \$206 | \$669 | \$380 | \$2.332 | \$1.510 |
| TOTAL | \$711.473 | \$38.913 | \$32.194 | \$28.094 | \$1.215.764 | \$206.222 | \$29.562 | \$16.372 | \$70.020 | \$53.051 | \$170.294 | \$150.076 |

Fuente: INEC-ENIGHUR, 2011-2012.

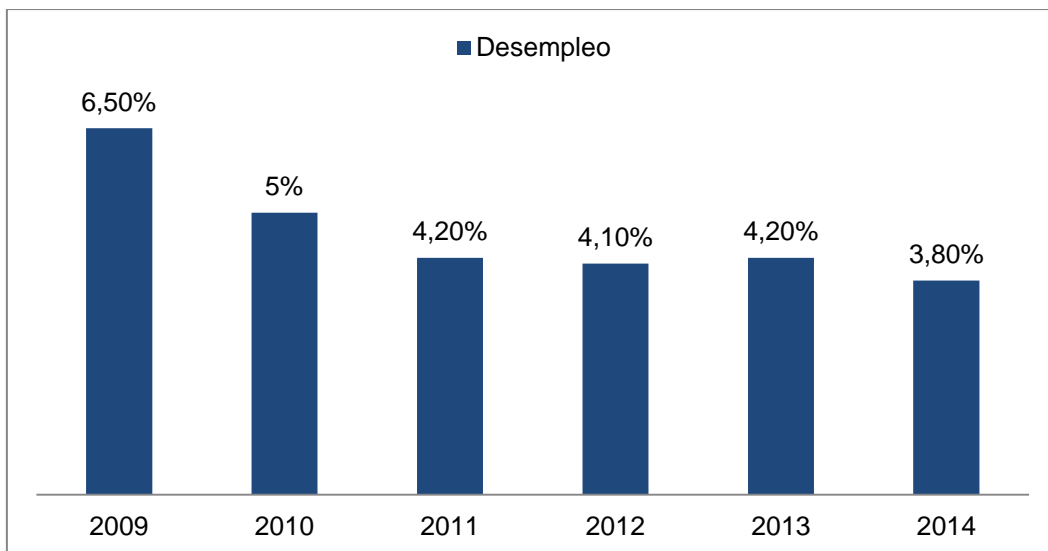
Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Anexo B. Interrelaciones de las Etapa del Ciclo de los Medicamentos



Fuente y Elaboración: García & Castro, 2009

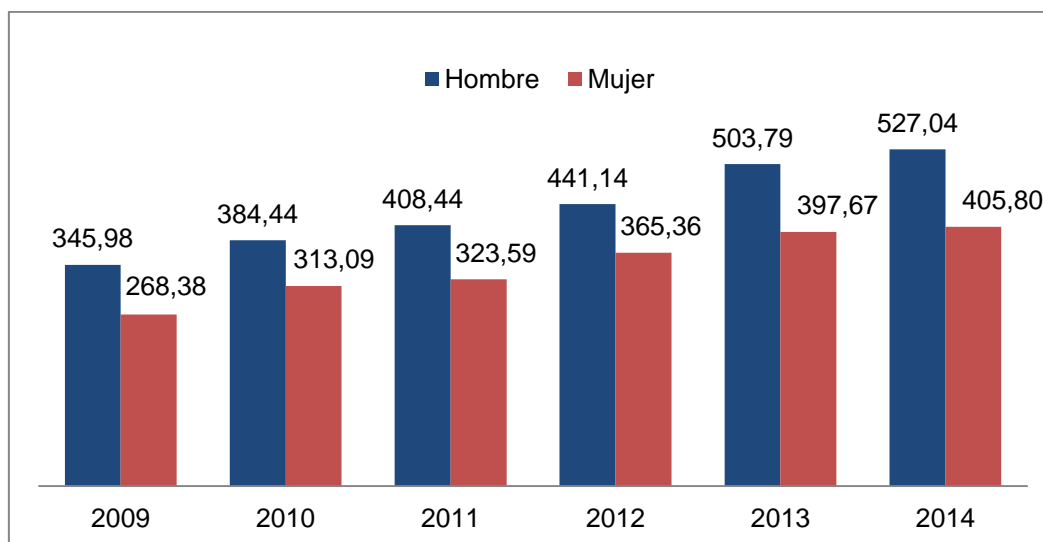
Anexo C. Evolución del Desempleo en Ecuador (2009-2014)



Fuente: INEC- Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, 2016

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

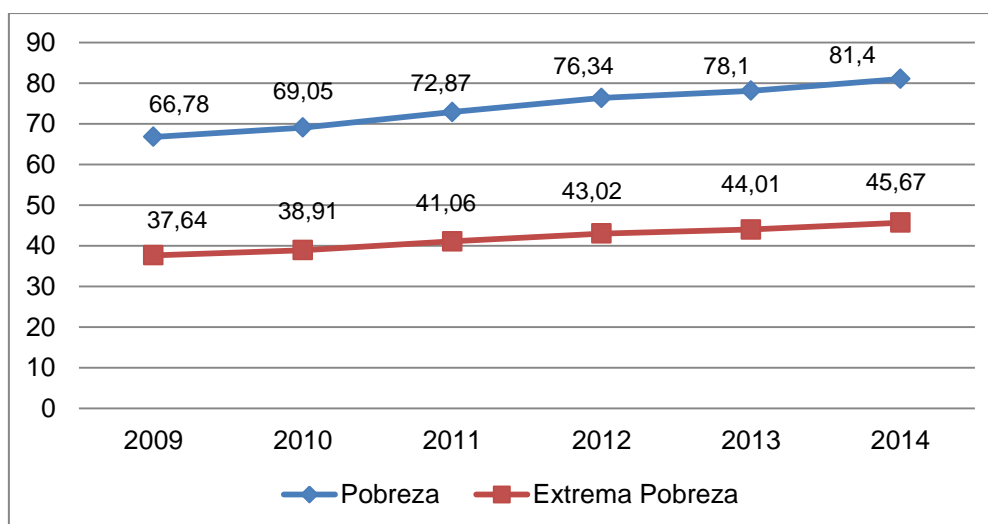
Anexo D. Evolución del ingreso en USD por sexo en Ecuador (2009-2014)



Fuente: INEC- Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, 2016

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Anexo E. Incidencia de la pobreza y de la pobreza extrema en USD por sexo en Ecuador (2009-2014)



Fuente: INEC- Encuesta Nacional de Empleo, Desempleo y Subempleo, 2016

Elaboración: Evelyn Tapia Valenzuela

Referencias Bibliográficas

- Constitución Ecuador . (2008). Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social. En *Constitución del Ecuador 2008*. Quito.
- Aguirre, L. (Enero de 2010). *Desarrollo Financiero y crecimiento económico: Un análisis empírico*. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/bitstream/10469/2008/3/TFLACSO-2010ILAS.pdf>
- Alexeenko, G. (2011). *ECONSOUTH*. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de Shocks económicos desequilibran la economía: <file:///C:/Users/Francisco/Downloads/11q4globaleconomyspanish.pdf>
- Andersen, C. (Junio de 2011). *La economía en un mundo transformado*. Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de <https://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/spa/2011/06/pdf/andersen.pdf>
- Arango, G. V. (2014). El acceso a medicamentos y la propiedad intelectual: contribución de la organización mundial de la salud. . *Revista medicina* , 56-78.
- AYALA, M. (2014). *El mercado farmacéutico en el Ecuador*. Obtenido de El mercado farmacéutico en el Ecuador: <http://www.espae.espol.edu.ec/images/documentos/publicaciones/articulos/EIMercadoFarmaceuticoenelEcuadorDiagnosticoyPerspectiva.pdf>
- Azofra, V., & López, F. (s.f). *La asimetría informativa en los mercados financieros: ¿El hallazgo de un nexo de unión?* Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de <file:///C:/Users/Francisco/Downloads/Dialnet-LaAsimetrialInformativaEnLosMercadosFinancieros-785012.pdf>
- Código de la Salud. (2012). *Ley Orgánica de Salud*. Obtenido de Ley Orgánica de Salud: <http://www.controlsanitario.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/04/LEY-ORGANICA-DE-SALUD1.pdf>
- García & Villar . (s.f.). *Método Análisis Envolvente de Datos* . Obtenido de Método Análisis Envolvente de Datos : <http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2010/mnsa/Analisis%20Envolvente%20de%20Datos.htm>
- García, C. (2003). El acceso a los medicamentos: las patentes y el acuerdo sobre los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio. *ICE: Revista de economía*, 197-218.
- Herrera, M., Picos, D., Vega, R., & Pérez, B. d. (5 de Agosto de 2007). *¿El Control del Precio de los Medicamentos debe ser una Responsabilidad de las Autoridades Reguladoras Nacionales?* Obtenido de http://www.latamjpharm.org/trabajos/26/6/LAJOP_26_6_20_A72JSNX9SK.pdf

- INEC. (Octubre de 2006). *Instituto Nacional de Estadísticas y Censos*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadísticas y Censos: <http://www.inec.gob.ec/home/>
- Jay. (26 de Mayo de 2010). *Periodismo Independiente*. Obtenido de Periodismo Independiente: <http://www.periodismoindependiente.es/economia/contra-la-economia-y-el-sentido-comun/>
- Lahera, E. (Agosto de 2004). *Naciones Unidas*. Obtenido de Naciones Unidas Políticas Sociales : http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/6085/S047600_es.pdf?sequence=1
- Leandro, G. (s.f). *Aula de Economía*. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de El sistema financiero: <http://www.auladeeconomia.com/mercados2.htm>
- López, M. (2006). *AREA DE RELACIONES INTERNACIONALES*. Obtenido de Programa De Maestría en Relaciones Internacionales: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/2339/1/T0446-MRI-Real-Las%20transnacionales.pdf>
- Luna, M. (14 de Abril de 2009). *Coordinador Nacional del Contrato*. Obtenido de Coordinador Nacional del Contrato: https://www.usfq.edu.ec/publicaciones/polemika/Documents/polemika002/polemika002_009_articulo005.pdf
- Mayoral, F. M. (2004). *LA GLOBALIZACIÓN Y EL RITMO DE INTEGRACIÓN DE LOS PAÍSES EN DESARROLLO*. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de <http://www.iadb.org/res/laresnetwork/files/pr238finaldraft.pdf>
- Medicusmundi. (Noviembre de 2003). *Medicumundi Salud para todo el mundo*. Obtenido de Medicamentos y Desarrollo. La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo: [file:///C:/Users/Francisco/Downloads/MedicamentosyDesarrollo%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Francisco/Downloads/MedicamentosyDesarrollo%20(1).pdf)
- Medicusmundi. (10 de Junio de 2009). *Medicamentos y Desarrollo*. Obtenido de La realidad de los medicamentos: un viaje alrededor del mundo: <file:///C:/Users/Francisco/Downloads/MedicamentosyDesarrollo.pdf>
- Míguez, P., & Santarcángelo, J. (2007). *El rol del Estado en el desarrollo Económico*. Obtenido de http://www.academia.edu/8268666/El_rol_del_Estado_en_el_desarrollo_econ%C3%B3mico
- Nozal, R. R., & Bueno, A. G. (2005). *Entre el arte y la técnica: los orígenes de la fabricación industrial del medicamento*. Madrid: CSIC-CSIC Press.
- Olaya, A. (22 de Diciembre de 2002). *Borradores de Investigación*. Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de Las finanzas en la frontera del conocimiento : <http://www.urosario.edu.co/economia/documentos/pdf/bi33.pdf>

- OMS. (Septiembre de 2006). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de Organización Mundial de la Salud : <http://www.eumed.net/cursecon/ecolat/ec/2007/gvd-salud.htm>
- OPS. (Octubre de 2008). *Organización Panamericana de Salud*. Obtenido de Organización Panamericana de Salud: http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/Pnadr438.pdf
- OPS. (Junio de 2009). *Plan Estratégico 2008-2012*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud : <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/DO-328-completo-s.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud. (Mayo de 2001). *Medicamentos Esenciales y Productos de Salud*. Obtenido de Sistemas de seguros de salud y acceso a medicamentos - Estudios de casos de Argentina, Colombia, Costa Rica, Chile, Estados Unidos de América y Guatemala: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/d/Jh2958s/>
- Palma, J. (s.f). *Sistema Financiero Nacional* . Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de Perturbaciones Monetarias : <http://www.monografias.com/trabajos12/sisfinc/sisfinc.shtml>
- Pérez, A., & Ramírez, I. (Junio de 1998). *EFEECTO DE LA INFORMACION ASIMETRICA SOBRE EL RIESGO Y EL COMPORTAMIENTO DE LAS SOCIEDADES DE GARANTIA RECIPROCA: UN ANALISIS EMPIRICO* . Recuperado el 10 de Octubre de 2015, de file:///C:/Users/Francisco/Downloads/Reig_Ramirez_1998_REFC.pdf
- Petkoski, D., Jarvis, M., & Garza, G. d. (2006). *El sector privado como un verdadero aliado en el desarrollo*. Recuperado el 9 de Octubre de 2015, de http://siteresources.worldbank.org/CGCSRLP/Resources/El_sector_privado_como_un_verdadero_aliado_en_el_desarrollo_v.final.pdf
- Puerto, J. (18 de Septiembre de 2007). *Real Academia Nacional de Farmacia*. Obtenido de La terapéutica farmacológica en España y Europa durante la Edad Moderna: <http://www.analesranf.com/index.php/aranf/article/view/135/168>
- Puig-Junoy, J. (2010). Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. . *Gaceta Sanitaria*, 193-199.
- Puleva Salud. (s.f.). *Trastorno cognitivo*. Obtenido de http://www.pulevasalud.com/ps/contenido.jsp?ID=58487&TIPO_CONTENIDO=Articulo&ID_CATEGORIA=2195
- Rodríguez, J. &. (21 de Diciembre de 2011). *Dirección Nacional de Biblioteca Colombia*. Obtenido de Dirección Nacional de Biblioteca Colombia: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/ceconomia/article/view/38351/40679>

- Sánchez, A. (2001). *Información asimétrica y mercados financieros emergentes: el análisis de Mishkin*. Recuperado el 11 de Octubre de 2015, de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41303402>
- Stiglitz, J. E. (2002). Eficiencia y Equidad. En J. E. Stiglitz, *La economía del Sector Pública* (págs. 251-257). España : Antoni Bosch, 61 Barcelona .
- Stiglitz, J. E. (2002). Fallos del mercado . En J. E. Stiglitz, *La Economía del Sector Público* (págs. 92-95). Antonio Bosh, 61 - 08034 Barcelona .
- Tobar. (2012). *Desafíos para las políticas farmacéuticas*. Obtenido de Desafíos para las políticas farmacéuticas: <http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s19196es/s19196es.pdf>
- Tobar, Drake, & Martich. (2012). Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos. *Revista Panam Salud Pública*, 457-463.
- Tobar, F. (Mayo de 2002). *Centro de Estudios de Estado y Sociedad*. Obtenido de Acceso a los Medicamentos en Argentina: Diagnóstico y alternativas: http://www.plataformademocratica.org/Publicacoes/349_Cached.pdf
- UNICEF. (2005). *UNICEF* . Obtenido de UNICEF ECUADOR : http://www.unicef.org/ecuador/policy_rights_23964.htm
- Wikipedia. (09 de 03 de 2013). *trastorno cognitivo*. Obtenido de http://es.wikipedia.org/wiki/Trastorno_cognitivo
- Wirtz, V., Mori, S., A, D., I, H., & L, Á. (2012). *El surtimiento de medicamentos recetados en las institucines públicas de salud, y el gasto en medicamentos en México en 2006 y 2012*. México : Publicaciones Cuernavaca: INSP.