

Producto final del contrato de prestación de servicios número
25-DGPLADES-S-25/11 relativo a integrar el estudio denominado “Evaluación de
las perspectivas de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de
Medicamentos y otros Insumos para la Salud
del Sector Público de México”

México, D.F.

30 de Noviembre de 2011

CONTENIDO

Resumen	5
Introducción	7
Material y Métodos	8
Resultados	9
Discusión	21
Referencias	24
Cuadros y Figuras	27

Resumen

En 2008 el gobierno de México creó la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) para negociar con la industria farmacéutica local los precios de los medicamentos con patente vigente que compran las instituciones públicas de salud. En este artículo se discuten las razones por las cuales se deben crear mecanismos para la negociación de precios de insumos para la salud; diversas experiencias internacionales de negociación de precios de medicamentos; los antecedentes que justificaron la creación de la CCNPMIS; la operación de esta comisión entre 2008 y 2010, y los logros, retos y perspectivas de esta instancia negociadora. Dentro de los logros de esta comisión en el periodo de estudio destacan una mayor transparencia en la compra de medicamentos con patente vigente, mejoras en el proceso de planeación de la compra de estos insumos e importantes ahorros financieros. Dentro de las principales recomendaciones para mejorar el funcionamiento de esta comisión se incluyen su institucionalización y su profesionalización.

Palabras clave: negociación de precios de medicamentos, compra de medicamentos, Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud, México

Abstract

In 2008 the Mexican government created the Coordinating Commission for Price Negotiation of Drugs and other Health Inputs (CCPNDHI) in charge of negotiating with the local pharmaceutical industry the prices of drugs with active patents bought by public health institutions. This paper discusses the reasons that justify the design and implementation of mechanisms to negotiate the price of health inputs; several international drug price-negotiation experiences; the reasons for the creation of the CCPNDHI; the operation of this commission in the period 2008-2010; and its achievements, challenges and prospects. Salient among the achievements of this commission are an increasing transparency in procurement processes in public health institutions, improvements in planning procedures related to patented drug procurements, and important financial savings. The main recommendations for improving the performance of the CCPNDHI are its institutionalization and professionalization.

Key words: negotiation of drug prices, drug procurement, Coordinating Commission for Price Negotiation of Drugs and other Health Inputs, Mexico

Introducción

Para poder cumplir con dos de sus objetivos intrínsecos (mejorar la salud y ofrecer protección financiera),¹ los sistemas de salud de los países en vías de desarrollo deben garantizar, entre otras cosas, el acceso oportuno a medicamentos efectivos, seguros y de bajo precio. Moon y colaboradores afirman que estos sistemas de salud deben, idealmente, buscar el precio más bajo sostenible (*lowest sustainable price*) de estos insumos, que se acerca al costo de producción en un mercado competitivo, pero que genera suficientes utilidades como para continuar con su producción.²

El acceso a medicamentos de bajo precio depende del diseño e implantación de políticas para enfrentar las diversas fallas de mercado que presenta el sector farmacéutico, dentro de las que destacan las barreras a la entrada de nuevos proveedores y productos; la información asimétrica sobre los costos y beneficios de los medicamentos, y las asimetrías en la capacidad de negociación de precios entre proveedores y demandantes.³

Los sistemas de salud cuentan con dos mecanismos básicos para enfrentar las asimetrías en la capacidad de negociación de precios entre proveedores y demandantes: el establecimiento de precios máximos de venta de los medicamentos y la negociación de los precios de estos insumos con la industria farmacéutica.

En este trabajo se discute una experiencia de negociación de precios de medicamentos con patente entre las instituciones públicas de México y la industria farmacéutica. Esta experiencia generó algunas lecciones sobre cómo enfrentar el creciente gasto en medicamentos que pueden ser útiles para otros países en vías de desarrollo.

El mercado mexicano de productos farmacéuticos se ubica dentro de los 12 principales mercados a nivel mundial y es el segundo más grande América Latina. Aunque sólo 20% del gasto total en medicamentos en México es gasto público y sólo una fracción de éste corresponde a medicamentos innovadores con patente vigente, el monto absoluto del gasto en este último rubro (alrededor de mil millones de dólares al tipo de cambio actual) no es despreciable. Es muy posible, además, que el gasto público en estos medicamentos se incremente porque diversas reformas recientes dieron origen a un nuevo seguro público de salud que garantiza el acceso universal a intervenciones que requieren de medicamentos innovadores muy costosos.

En 2007, el gobierno de México y los principales laboratorios fabricantes de medicamentos firmaron el "Compromiso para garantizar la suficiencia, disponibilidad y precios justos de medicamentos."⁴ Un año después se creó la

Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud (CCNPMIS) como una comisión intersecretarial permanente que estaría encargada de instrumentar el componente de precios justos establecido en el compromiso firmado un año antes.⁵

En este artículo se discuten las razones por las cuales se deben crear mecanismos para la negociación de precios de insumos para la salud; diversas experiencias internacionales de negociación de precios de medicamentos; los antecedentes que justificaron la creación de la CCNPMIS; la creación y operación de esta comisión entre 2008 y 2010; los logros, retos y perspectivas de esta instancia negociadora, y algunas lecciones en materia de negociación de precios de medicamentos útiles para otros países en desarrollo.

Material y Métodos

La adquisición de medicamentos y otros insumos para la salud comprende varios sub-procesos: i) la identificación y cuantificación de las necesidades de salud de la población; ii) la selección de aquellos medicamentos e insumos con los que mejor se pueden tratar las enfermedades más comunes de dicha población; iii) la cuantificación de los medicamentos y otros insumos necesarios para enfrentar estas enfermedades; iv) la pre-selección de los proveedores potenciales de esos insumos; v) la negociación con los proveedores de los precios de los insumos; vi) la gestión de la compra y el abasto, y vii) el monitoreo del desempeño de los proveedores y del sistema de adquisición.⁶

Los objetivos estratégicos de la adquisición de medicamentos y otros insumos para la salud son cuatro: adquirir los medicamentos e insumos para la salud más costo-efectivos en las cantidades adecuadas; seleccionar a proveedores confiables de productos de alta calidad; garantizar el abasto oportuno, y negociar los precios más bajos posibles.⁶

Como ya se mencionó en la introducción, en este artículo se discute la implantación de una comisión en el sector público de México encargada de negociar con los principales laboratorios farmacéuticos de México los precios de los medicamentos con patente vigente. Los objetivos de este trabajo son los siguientes: analizar las razones que justificaron la creación de esta comisión; describir su conformación y operación; presentar algunos de los logros de esta comisión en el cumplimiento de los objetivos estratégicos del proceso de adquisición de medicamentos con patente, en particular la negociación de los precios más bajos posibles; discutir sus retos y perspectivas, e identificar algunas lecciones útiles para otros países en vías de desarrollo interesados en hacer más eficiente su compra de medicamentos con patente vigente.

La información que alimentó este artículo procede de cuatro fuentes principales: i) literatura gris generada sobre todo por la Secretaría de Salud de México (SSa); ii) artículos publicados en revistas científicas nacionales y extranjeras; iii) capítulos de libros y iv) entrevistas con nueve actores nacionales involucrados en el diseño, creación y operación de la CCNPMIS.

La literatura gris que generó la SSa consiste de presentaciones, documentos de trabajo y publicaciones oficiales relacionadas con la creación de la CCNPMIS y su operación en los años 2008, 2009 y 2010, que es el periodo que abarca este artículo. Dentro de esta literatura gris destacan los informes *Anuales de Resultados 2008, 2009 y 2010* de la CCNPMIS.

Los artículos científicos revisados se identificaron a través de una búsqueda en los principales índices médicos. La mayor parte de los artículos científicos internacionales abordan el tema de la regulación y negociación de precios de medicamentos, y describen experiencias concretas de negociación de precios de medicamentos tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo. Por su parte, los artículos científicos nacionales revisados abordan los temas de la industria farmacéutica mexicana y las políticas farmacéuticas en México.

Los capítulos de libros que se utilizaron para este proyecto se dedican en su gran mayoría a revisar temas relacionados con la regulación y negociación de precios de medicamentos.

Finalmente, las entrevistas a actores se realizaron en el último trimestre de 2011 utilizando una guía que permitió recoger información sobre los antecedentes, creación, operación, resultados y perspectivas de la CCNPMIS. En el grupo de actores entrevistados se incluyó a funcionarios de las tres principales instituciones públicas de salud [SSa, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)] que forman parte de esta comisión y que de alguna manera participaron en su creación u operación en los tres años que cubre el estudio. Las entrevistas se grabaron, se transcribieron y se editaron, y después fueron enviadas a los entrevistados para su validación.

Resultados

El mercado de medicamentos presenta características monopólicas. Un monopolio es una condición de mercado caracterizada por la existencia de un solo proveedor que controla la totalidad de un bien o servicio que no tiene un sustituto claro.⁷ Esta condición es resultado de barreras de entrada al mercado que le permiten al proveedor único fijar el precio de este bien o servicio.

Las barreras de entrada que dan origen a los monopolios son producto de tres situaciones básicas: la propiedad de un recurso esencial, como una fuente de agua, por una sola firma; la adjudicación por parte del gobierno del derecho exclusivo a producir un determinado bien o servicio a un solo productor y los costos de producción que hacen mucho más eficiente la existencia de un solo productor que de una gran número de productores, como es el caso del servicio de tren. Uno de los mejores ejemplos de monopolios creados por el gobierno son los medicamentos. Cuando una compañía farmacéutica descubre un nuevo medicamento puede solicitar una patente que, de otorgársele, le da derecho exclusivo de producción durante un número determinado de años. Esta última situación provoca asimetrías entre productores y consumidores, sobre todo cuando no existen sustitutos terapéuticos cercanos.

Las consecuencias de la existencia de los monopolios temporales asociados a los medicamentos con patente vigente pueden equilibrarse estableciendo precios máximos de venta al público o negociando con la industria farmacéutica los precios de estos medicamentos aprovechando, por ejemplo, el poder de mercado que tiene un gobierno que compra grandes cantidades de esos productos. Otra manera en que se han limitado las consecuencias de los monopolios temporales es mediante el establecimiento de los llamados precios diferenciados o precios Ramsey, que se establecen en función del nivel de ingreso de los países, de tal manera que mientras menor es el nivel de ingreso de un país menor tiende a ser el precio de los medicamentos con patente.

Muchos de los gobiernos de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) negocian con la industria farmacéutica los precios de estos insumos utilizando como criterios los beneficios de estos productos en comparación con otras alternativas terapéuticas, su relación costo-efectividad y los volúmenes que habrán de comprarse. En Francia, por ejemplo, estas negociaciones le han generado al gobierno ahorros muy importantes que han llevado a institucionalizar este mecanismo de regulación de precios.⁸

En Estados Unidos, el Departamento de Asuntos de los Veteranos (*Department of Veterans Affairs*) negocia con la industria los precios de los medicamentos que compra y gracias a esto ha podido pagar, en promedio, 58% menos por estos insumos que *Medicare*, un seguro público de salud para adultos mayores que por ley no está autorizado a negociar con la industria.⁹ *Medicare*, por ejemplo, paga 785 dólares por las dosis de atorvastatina que un paciente promedio necesita en un año para controlar su colesterol, mientras que el Departamento de Asuntos de los Veteranos paga sólo 520 dólares. Los precios que paga Medicare por los medicamentos son también mayores que los que paga

Medicaid, un seguro de salud para la población que vive en condiciones de pobreza cuyos afiliados reciben, por ley, precios preferenciales.¹⁰

Los gobiernos de las provincias de Canadá también negocian los precios de los medicamentos con la industria farmacéutica, lo que explica, en parte, el menor precio de estos insumos en este país que en EUA.¹¹

A nivel global se han implantado diversos mecanismos de monitoreo de precios de medicamentos y negociación de los mismos con la industria farmacéutica, sobre todo en el campo de los anti-retrovirales (ARVs). De hecho, se ha documentado que la producción de genéricos, y el monitoreo y negociación de precios de estos medicamentos han jugado un papel muy importante en la reducción de sus precios en los países de ingresos bajos y medios, que entre 2004 y 2008 cayeron entre 30 y 68%.¹² Destacan en este sentido la publicación de información sobre calidad y precios de los ARVs y la negociación de su precio por parte del *Joint UNICEF-UNAIDS-WHO-MSF Project*, el *Global Price Reporting Mechanism (GPRM)*, el *UNITAIDS*, el *Price and Quality Reporting* del Fondo Global, el *AIDS Medicine and Diagnostic Service*, la *WHO Accelerated Access Initiative (AAI)*, la *International Drug Purchase Facility*, la *Clinton Health Access Initiative (CHAI)*, y el *US President's Emergency Plan for AIDS (PEPFAR)*.^{13,14,15,16,17,18,19}

En América Latina y el Caribe, la Organización Panamericana de la Salud creó un fondo estratégico para promover el acceso a insumos esenciales de salud pública que ha facilitado la compra a precios razonables de medicamentos para el VIH/SIDA, la tuberculosis y el paludismo, así como de vacunas y biológicos.²⁰ En esta región también se llevaron a cabo negociaciones multinacionales de precios con las empresas farmacéuticas que participan en la AAI en 2002 (países del Caribe) y 2003 (países centroamericanos).^{21,22} Los países de la región andina y algunos países de América del Sur también establecieron negociaciones multinacionales de precios de ARVs con la industria farmacéutica en 2003 y 2005, respectivamente.

Hay estudios que demuestran que las negociaciones regionales de los precios de los ARVs en América Latina han tenido resultados positivos²⁰ y que las iniciativas globales para ampliar el acceso a estos medicamentos en los países en vías de desarrollo, que incluyen negociaciones con la industria, han generado mercados relativamente eficientes, sobre todo para las primeras generaciones de anti-retrovirales.²³

En las siguientes secciones se discuten los antecedentes que explican la creación de una instancia negociadora de precios de medicamentos con patente en México, los resultados de su operación, y sus retos y perspectivas.

El mercado de medicamentos en México

El mercado mexicano de productos farmacéuticos se ubica dentro de los 12 principales mercados a nivel mundial y es, después de Brasil, el segundo más grande América Latina.^{24,25} Es un mercado dominado por 20 empresas que concentran 76% de las ventas; las cinco más grandes, de hecho, concentraron en 2009 más del 30% del mercado (Cuadro I).^{3,26}

En 2009 México gastó en medicamentos 156 mil millones de pesos, que representan 1.2% del PIB y 27% del gasto total en salud, el porcentaje más alto de los países de la OCDE.^{3,27} De este gran total, alrededor de 20% correspondió a gasto en medicamentos innovadores con patente vigente y 80% a gasto en medicamentos fuera de patente (Cuadro II). Cabe destacar, sin embargo, dos hechos: que 70% del mercado lo concentraron los productos de marca (20% innovadores con patente vigente y 50% productos de marca con patente vencida) y que el mercado de genéricos está creciendo de manera importante.

Alrededor de 80% del gasto total en medicamentos es gasto privado y alrededor de 90% de este gasto es gasto de bolsillo, uno de los niveles más altos del mundo.²⁸ El sector público concentra 20% del gasto total en medicamentos y 35% del volumen. Estas diferencias entre los porcentajes de gasto y volumen se deben al hecho de que la mayor parte de los medicamentos que compra el sector público son genéricos, que son relativamente más baratos que los medicamentos de marca.

Aunque la mayor parte de los medicamentos que compra el sector público son genéricos, el monto que gasta en la compra de medicamentos con patente vigente no es despreciable: 17,4072 millones de pesos en 2009, que representan 11% del gasto nacional total en productos farmacéuticos y 56% del gasto público en medicamentos.³

Los precios de los medicamentos con patente en México

El alto gasto público en medicamentos con patente vigente –que se adquieren de manera directa porque la existencia de proveedores únicos impide la organización de licitaciones públicas– se explica, entre otras cosas, por el alto precio al que se venden estos medicamentos en el mercado mexicano. Esto tiene diversas explicaciones.

La concentración del mercado farmacéutico en México ha dado origen a oligopolios que han fijado precios muy altos a los medicamentos con patente vigente, muchos de los cuales no tienen sustitutos cercanos. Estudios recientes indican, por ejemplo, que la elasticidad precio (la sensibilidad de la demanda a las variaciones del precio) de los medicamentos con patente en México es cercana a

cero.^{25,29} Los estudios de Danzon y Furukawa señalan que los precios de los medicamentos con patente en México son superiores a lo que se esperaría dado su nivel de ingreso.^{30,31,32} El precio de los medicamentos en el mercado privado mexicano, ajustado por ingreso, por ejemplo, es tres veces mayor al de Estados Unidos, que tiene un ingreso per cápita seis veces mayor al de México. Un estudio realizado por la Secretaría de Salud de México también indicó que los precios promedio de los medicamentos en México eran, por lo menos hasta 2005, superiores a los de Argentina, Brasil, Chile y Venezuela.³³ De hecho, de acuerdo con la legislación mexicana, el precio máximo de venta al público de los medicamentos de principio activo vigente, que fijan la Secretaría de Economía y el tenedor del medicamento patentado, puede ser hasta 72% superior al precio de referencia internacional.³⁴

La incorporación de estándares muy rigurosos de propiedad intelectual al Tratado de Libre Comercio de América del Norte también ha influido en los precios de los medicamentos en México.³⁵ Este tratado permite reconocer patentes de medicamentos por el mismo tiempo que están vigentes en su país de origen. Así, las empresas extranjeras que en sus países de origen consiguen ampliaciones de patentes pelean en tribunales mexicanos para que en México también se les reconozca ese derecho.

Los altos precios a los que se compran los medicamentos con patente en el sector público se deben también al carácter segmentado del sistema de salud que dificulta la negociación conjunta de precios con la industria farmacéutica que permitiría aprovechar el poder potencial de compra del gobierno mexicano. El sector público de México está compuesto por tres grandes instituciones (SSa, IMSS e ISSSTE) que hasta 2007 realizaban la negociación de los precios de los productos farmacéuticos con patente vigente de manera independiente.³⁶ Esta dispersión de compradores es todavía mayor de lo que parece porque la SSa está descentralizada y, en general, cada uno de los Servicios Estatales de Salud (SESA) de los 32 estados, los 13 institutos nacionales de salud, los seis hospitales federales de referencia y los seis hospitales regionales de alta especialidad que componen esta Secretaría, realizaban sus compras de medicamentos por su cuenta. A esto habría que sumar los servicios de salud de Petróleos Mexicanos (PEMEX), la Secretaría de la Defensa (SEDENA) y la Secretaría de Marina (SEMAR).

La falta de coordinación es reflejo tanto de las ineficiencias administrativas del sector público de la salud como de serios problemas de corrupción. Todo esto se reflejaba en las enormes variaciones que había entre instituciones en los precios a los que se compraba un mismo medicamento en un mismo año. En el caso específico de los medicamentos con patente vigente, las diferencias en el

precio al que compraban un mismo medicamento distintas instituciones públicas llegaban a ser hasta de 5,000% (Cuadro III).³⁷ En muchos casos el precio negociado era incluso superior al precio en el mercado privado. A esto habría que agregar la falta de personal capacitado en la compra de este tipo de insumos en la mayoría de las instituciones públicas, el desconocimiento del marco jurídico de las licitaciones y la falta de sistematización de sus experiencias de compra de medicamentos.

Muchos medicamentos, además, siguen vendiéndose a precios muy elevados incluso después de haber perdido su patente porque su versión genérica no se incorpora al mercado con la celeridad deseada, porque los compradores desconocen la existencia de equivalentes terapéuticos y/o porque la marca suele estar tan bien posicionada en el mercado que los médicos y los consumidores la siguen solicitando a pesar de que se cuenta con genéricos igualmente efectivos y mucho más baratos.

Todos estos problemas hicieron evidente la necesidad de hacer más transparente y eficiente la compra de medicamentos con patente en las instituciones públicas de México. Los recursos invertidos son considerables y seguramente habrán de ampliarse porque las reformas recientes que dieron origen a un nuevo seguro público de salud (Seguro Popular de Salud) garantizan el acceso universal a intervenciones –tratamiento del VIH/SIDA, cáncer en niños y adolescentes, cáncer testicular y cáncer de mama, y trasplante de médula ósea, enfermedades lisosomales, entre otras– que requieren de medicamentos innovadores muy costosos.^{38,39}

Creación y funcionamiento de la CCNPMIS

El *Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012 de México* (PND) establece la necesidad de contar con un sistema sectorial de salud que ofrezca servicios de alta calidad, lo que supone, entre otras cosas, el abasto suficiente y oportuno de los medicamentos requeridos para atender las necesidades de salud de la población mexicana.⁴⁰ Esta idea se recoge en el *Plan Nacional de Salud 2007-2012* (PNS), que en su estrategia 3 establece el compromiso de diseñar e instrumentar una Política Nacional de Medicamentos que promueva el desarrollo de modelos para el suministro eficiente y oportuno de medicamentos e insumos para la salud.⁴¹

Con el propósito de cumplir con lo establecido en el *PND* y el *PNS*, el 26 de febrero de 2007, los representantes de los poderes Ejecutivo y Legislativo Federal, los representantes de los gobiernos de las 32 entidades federativas, los principales laboratorios fabricantes de medicamentos y las principales empresas distribuidoras de medicamentos firmaron el “Compromiso para garantizar la

suficiencia, disponibilidad y precios justos de medicamentos.”⁴ Un año después, el 26 de febrero de 2008, se creó la CCNPMIS cuyo objetivo principal es “llevar a cabo el proceso de negociación anual de precios de medicamentos y otros insumos para la salud contenidos en el Cuadro Básico para el primer nivel de atención médica y Catálogo de Insumos para el segundo y tercer nivel que cuenten con patente vigente y que sean objeto del procedimiento de adjudicación directa.”⁵

La idea de crear la CCNPMIS surgió en la Unidad de Análisis Económico de la SSa y su puesta en operación estuvo a cargo de la Subsecretaría de Desarrollo e Integración del Sector Salud del mismo ministerio. Los funcionarios encargados del diseño y arranque de dicha comisión conocieron de primera mano los mecanismos de negociación de precios de medicamentos del Sistema Nacional de Salud del Reino Unido y la experiencia en la regulación de precios de medicamentos con patente de la Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria (ANVISA) de Brasil. Aprovecharon asimismo las experiencias previas de negociación de precios de ARVs del Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) de México.

Dentro de las funciones específicas de esta comisión destacan las siguientes: i) ser la instancia única para la negociación anual de precios de adquisición para el sector público de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente; ii) preparar los elementos técnicos y económicos que deben tomarse en cuenta para efectuar la negociación; iii) recopilar información sobre los precios de adquisición en el sector público de medicamentos y otros insumos para la salud con patente vigente, y iv) instrumentar estrategias de negociación y adquisición que coadyuven a hacer más eficiente la compra pública.^{5,42}

La CCNPMIS está integrada por las Secretarías de Hacienda y Crédito Público, Economía y Salud, y por los organismos descentralizados IMSS e ISSSTE. Su cuerpo operativo está constituido por un Presidente, designado por el Titular del Poder Ejecutivo Federal, un Secretario Técnico y tres comités constituidos por representantes de las instituciones que la conforman (Figura 1).⁴² El Comité Técnico-Clinico tiene como principal obligación analizar la efectividad de los medicamentos cuyos precios habrán de negociarse e identificar la existencia de alternativas terapéuticas relevantes. El Comité de Evaluación Económica recopila y analiza información económica sobre los medicamentos, en particular sobre su relación costo-efectividad, para compararla con la de las alternativas terapéuticas relevantes. El Comité de Análisis de Precios y Patentes, que trabaja estrechamente con el Instituto Mexicano de Propiedad Industrial (IMPI) y la Comisión Federal de Protección contra Riesgos Sanitarios (COFEPRIS), recaba información sobre vigencia de patentes y precios internacionales. Cuando lo

considera necesario, la CCNPMIS invita a participar a sus sesiones a expertos de la sociedad civil o a servidores públicos de otras dependencias como la Secretaría de la Función Pública o la Comisión Federal de Competencia, solicita estudios específicos o crea grupos de trabajo para atender temas que considere de su interés.

En los primeros dos años de operación, la presidencia de la CCNMIS la ocupó el Secretario de Salud y la coordinación de los tres comités técnicos recayó en funcionarios del más alto nivel. La coordinación del Comité Técnico Clínico estuvo a cargo del titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad de la SSa; el Comité de Análisis de Precios y Patentes, en el Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios, y el Comité de Evaluación Económica en la titular de la Unidad de Análisis Económico de la SSa.

La CCNPMIS tiene la obligación de llevar a cabo sesiones ordinarias tres veces al año y sesiones extraordinarias cuando lo considere necesario. Debe, además, generar un informe anual de resultados dirigido al Titular del Ejecutivo Federal.

El proceso de negociación es anual y se realiza durante el ejercicio fiscal previo a la adquisición. Este proceso de negociación considera como su universo todos aquellos medicamentos e insumos para la salud que cuentan con patente vigente al momento en que se tenga programado realizar la adquisición y están incluidos en el Cuadro Básico de Insumos para el primer nivel de atención médica y el Catálogo de Insumos para el segundo y tercer niveles. Recientemente la Comisión acordó también incorporar algunos medicamentos que no cuenten con patente vigente pero que para fines prácticos provengan de una fuente única.

El Secretario Técnico de la Comisión coordina los trabajos de planeación de los procesos de negociación con los coordinadores de los Comités, quienes integran la propuesta del calendario para la negociación anual a fin de someterla a consideración y aprobación de la Comisión. En dicho calendario se consolidan las necesidades de abasto de las instituciones prestadoras de servicios de salud que la conforman y debe contener: el listado de claves de medicamentos e insumos con patente vigentes programados para su compra; los volúmenes de compra por institución; la fecha programada de compra; el calendario de entrega de los productos, y cualquier particularidad de cada dependencia o entidad que participa que pueda ser útil para el proceso de negociación. También incluye información relativa a los antecedentes de compra y consumo de las instituciones y dependencias participantes, e información sobre precios internacionales de los medicamentos negociados y disponibilidad de sustitutos en el mercado mexicano.

El Secretario Técnico de la Comisión debe someter para aprobación de los miembros de la Comisión a los integrantes del equipo de negociación de cada medicamento, y para ello toma en cuenta la importancia relativa de cada institución en los volúmenes anuales de compra. Dicho equipo debe conformarse por funcionarios de alto nivel con experiencia en los procesos de compra de medicamentos y otros insumos para la salud en las instituciones que forman parte de la Comisión. Este equipo lo coordina un líder de negociación al que apoyan todos los asesores que se consideren necesarios para el buen desempeño de sus funciones.

Resultados de la Operación de la CCNPMIS

En los tres años de operación de la CCNPMIS que cubre este artículo (2008, 2009 y 2010) se han negociado los precios de alrededor de 155 medicamentos con patente vigente que se han dividido en siete grandes grupos terapéuticos: antirretrovirales y medicamentos para otras infecciones y parasitosis, medicamentos oncológicos, medicamentos endocrinológicos, medicamentos psiquiátricos, medicamentos reumatológicos y para traumatología, medicamentos para hematología y otros.⁴³

Los funcionarios entrevistados para elaborar este artículo coinciden en afirmar que los beneficios de la CCNPMIS pueden dividirse en cuatro grupos: beneficios en materia de transparencia, beneficios en materia de eficiencia institucional, beneficios en materia de eficiencia y efectividad clínica, y ahorros económicos.

El primer beneficio que generó la CCNPMIS fue una mayor transparencia (reglas y procedimientos de negociación explícitos y comunes, y un mecanismo legal para garantizar el cumplimiento de los acuerdos) en la compra pública de medicamentos con patente vigente. A partir de la fecha de inicio de operaciones de esta comisión, las tres principales instituciones públicas de salud de México, que concentran más del 95% de la compra de estos insumos, se comprometieron a negociar de manera conjunta el precio de los medicamentos con patente vigente y comprarlos al precio acordado. Esto redujo considerablemente la discrecionalidad con la que antes se compraban estos productos y garantizó la homologación de su precio de venta al sector público. De hecho, en las tres rondas de negociación se recibió información sobre los requerimientos no sólo de las tres principales instituciones de salud sino también de la SEDENA y PEMEX. Cabe destacar, además, que de acuerdo con lo establecido en las Reglas de Operación de la CCNPMIS, los precios negociados son obligatorios para todas las instituciones del Sistema Nacional de Salud. Esta obligación queda plasmada en un convenio que garantiza el cumplimiento de los acuerdos que establecen los

equipos negociadores del sector público y los proveedores de medicamentos. La información disponible indica que cuando ha habido discrepancias en el precio de venta entre lo acordado y lo realizado, los laboratorios han hecho los reembolsos correspondientes.

La CCNPMIS genera además un *Informe Anual de Resultados* que tiene que presentarle al Poder Ejecutivo, y del que reciben copia todos los miembros de la comisión. Este informe, aunque no se distribuye al público general, no es confidencial, y al igual que el resto de la información que generan el Secretariado Técnico y sus tres comités, puede solicitarse al Presidente o al Secretario de la CCNPMIS apelando a lo establecido en la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

La CCNPMIS ha ayudado también a hacer más racionales los procesos de planeación de la compra de medicamentos con patente vigente. Para poder negociar el precio de estos medicamentos, las instituciones públicas se han visto obligadas a: cuantificar las necesidades de salud que presentan su población y que podrían atenderse con los medicamentos con patente vigente; identificar los recursos financieros con los que cuentan, y cuantificar los medicamentos que podrían adquirirse con dichos recursos. Esta información se complementa con la información generada por los distintos comités de la CCNPMIS, que incluye: la lista exhaustiva de medicamentos con patente vigente que se encuentran en el Cuadro Básico de Medicamentos del sector público; los precios locales e internacionales de esos insumos; información sobre la efectividad clínica de estos medicamentos y sus equivalentes terapéuticos, e información sobre su relación costo-efectividad. Una muestra del tipo de información que se ha generado se presenta en el cuadro IV. Estos procesos todavía no son todo lo racionales que se quisiera, pero sin duda se ha avanzado en este sentido, sobre todo en el ISSSTE y la SSA, que eran las instituciones más rezagadas a este respecto. De hecho, algunas de las mejores prácticas de planeación y compra del IMSS se han podido trasladar a otras instituciones públicas de salud.

La CCNPMIS ha generado asimismo mejoras en los patrones de prescripción de los medicamentos con patente. Esto se ha producido a través de la identificación, en el proceso de generación de información para la negociación o en la negociación misma, de problemas en el uso clínico de algunos de estos insumos en ciertas instituciones o de mejores alternativas terapéuticas. Así, por ejemplo, en uno de los anexos de los informes de la CCNPMIS se recomienda reducir a la mitad la dosis de sitagliptina (un medicamento que se prescribe junto con la metformina para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2) utilizada en el ISSSTE, lo que seguramente impactó su volumen de compra.⁴³ En ese mismo anexo se sugiere sustituir la atorvastatina, una estatina muy cara utilizada para

disminuir los niveles de colesterol en sangre, por la ezetimiba/simvastatina, que tiene una efectividad similar, pero es mucho más barata.

Finalmente, la CCNPMIS ha tenido un impacto económico importante. En general, el precio en términos reales de los medicamentos con patente vigente ha ido disminuyendo, como se muestra en el cuadro V. De hecho, algunos de los funcionarios entrevistados señalaron que las disminuciones acumuladas en el precio de la mayor parte de los medicamentos con patente vigente entre 2008 y 2010 le permitieron al gobierno de México comprar de estos insumos en 2011 a precios menores a los que se compraron estos medicamentos en los países de ingresos medios altos de América Latina, revirtiendo así la situación que se presentaba antes de la creación de la comisión, por lo menos en el sector público.

Según datos de las CCNPMIS, el ahorro acumulado en estos tres años asciende a alrededor de 11,600 millones de pesos (Cuadro VI).^{37,43} Cabe destacar, sin embargo, que este ahorro es producto no sólo de la negociación de menores precios sino también de la homologación de precios entre instituciones, la eliminación del ajuste por inflación en la fijación de los precios, la eliminación del ajuste por deslizamiento cambiario y los ahorros por reordenamiento de la prescripción.

Varios de los actores entrevistados señalaron que los montos de los ahorros irán reduciéndose inevitablemente en la medida en la que los precios negociados se acerquen a los costos de producción de los medicamentos con patente. Sin embargo, insisten en señalar que, más allá de estos ahorros, el impacto económico de la CCNPMIS debe juzgarse a partir de la contención de los precios de estos medicamentos, que en su ausencia sin duda alguna se dispararían.

Retos y Perspectivas de la CCNPMIS

Los actores entrevistados para este artículo coinciden en identificar tres tipos básicos de problemas de la CCNPMIS: problemas de estructura, problemas de oportunidad en la generación de la información y en la convocatoria a las negociaciones, y problemas con la calidad de la información generada.

Prácticamente todos los entrevistados señalaron que un problema muy serio de la CCNPMIS es que opera con un Secretariado Técnico y tres comités conformados por funcionarios de las tres principales instituciones de salud que tienen muchas otras actividades que desarrollar fuera de la comisión. Un ejemplo muy claro es el de la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud, que en los últimos años ha estado a cargo de la Secretaría Técnica de la comisión. La Subsecretaría asegura un alto nivel de convocatoria, pero no cuenta con el tiempo necesario para coordinar de manera regular el trabajo de los

distintos comités y las tareas de negociación. Lo mismo sucede con los coordinadores de comités, que a la fecha han sido funcionarios de muy alto nivel que cuentan con las competencias para llevar a cabo sus tareas dentro de la CCNPMIS, pero no necesariamente con el tiempo requerido.

Desde el punto de vista estratégico, la conformación inicial de la CCNPMIS con altos funcionarios de las tres instituciones fue un acierto. Sin embargo, las crecientes demandas de tiempo y la sofisticación de las negociaciones apuntan hacia la necesidad de contar con una estructura de trabajo exclusiva que podría financiarse con una parte muy pequeña de los ahorros generados.

El segundo problema tiene que ver con la oportunidad con la que se genera la información necesaria para negociar los precios de los medicamentos y con la oportunidad que se convoca a las negociaciones, que en buena medida tiene que ver con el problema estructural discutido en los párrafos anteriores. Los actores entrevistados señalaron que la información que generan los distintos comités de la CCNPMIS llega cada vez más tarde y la convocatoria a las negociaciones es cada año más tardía. La situación más extrema se dio en 2011, año en el que las negociaciones empezaron hasta el mes de diciembre, cuando el IMSS ya había tenido que hacer sus pedidos de varias medicinas con patente vigente para garantizar el abasto del primer trimestre de 2012.

Finalmente está el problema de la calidad de los productos que se generan en la CCNPMIS. Todavía es común, por ejemplo, que las instituciones manden información incorrecta sobre los volúmenes de compra, que es un factor clave en la negociación de precios. Cuando la compra de estos volúmenes no se concreta se generan quejas justificadas por parte de los proveedores y una actitud de desconfianza hacia la seriedad de las negociaciones. La falta de información actualizada también ha llevado, por ejemplo, a la negociación de claves que al año siguiente iban a perder su patente o de claves costosas que cuentan con equivalentes terapéuticos disponibles en formato genérico.

Otro problema con el que se topan los Comités Técnico-Clinico y de Evaluación Económica es la falta de acceso a la literatura académica necesaria para generar información fundamental para los procesos de negociación. “En el mejor de los casos,” señala uno de los entrevistados, “se ha tenido acceso a los resúmenes de los artículos científicos.”

Estos problemas han llevado a proponer la *institucionalización* y *profesionalización* del trabajo de la CCNPMIS.³ La institucionalización supone básicamente darle estructura dentro de la Ssa. Su profesionalización implica contratar de tiempo completo a personal especializado para coordinar sus actividades, dotarla de presupuesto para contratar expertos asesores en el funcionamiento del mercado farmacéutico y en el diseño e instrumentación de

estrategias de negociación, promover alianzas técnicas para el aprendizaje compartido con instituciones similares y colaborar con otras instancias del gobierno federal en aspectos técnicos sobre la emisión de patentes.

En ausencia de estos pasos, la CCNPMIS corre el peligro de desaparecer como producto del desgaste natural de su operación coyuntural, el cambio de administración, y la salida de la SSa y del IMSS de los funcionarios que impulsaron su creación y sostuvieron su operación en sus primeros años de vida.

Discusión

En los últimos años México ha ampliado considerablemente la cobertura de protección social en salud. Las cifras más recientes indican que más de 90% de la población tiene acceso algún tipo de seguro público de salud que garantiza el acceso a un paquete relativamente amplio de servicios y a los medicamentos correspondientes, sin desembolso en el momento de utilización.⁴⁴

A pesar de esto, los mexicanos siguen recurriendo de manera regular al mercado privado de medicamentos, hecho que se refleja en el alto gasto privado en medicamentos (80% del gasto total en medicamentos), que en su mayor parte es gasto de bolsillo.

El gobierno mexicano ha implantado diversas medidas dirigidas a fortalecer el ciclo de suministro de medicamentos en las instituciones públicas. Destacan dentro de ellas la reciente creación de la CCNPMIS, que busca mejorar los precios de los MPV que se utilizan en el sector público de México.

Los antecedentes de creación de la CCNPMIS discutidos en este artículo indican que su proceso de diseño fue relativamente racional. Los funcionarios encargados de su diseño tenían claros los retos que enfrentaban y contaban con los antecedentes profesionales y con el conocimiento de experiencias previas similares como para echar andar una instancia de esta naturaleza. Además contaron, desde la fase de diseño, con el apoyo de las más altas autoridades del país, como lo demuestra la firma primero de un compromiso por parte de todos los actores del sector y después de un acuerdo presidencial que amparó la creación de la comisión. Finalmente, las más autoridades sanitarias del país participaron activamente en su puesta inicial de operación. Lo único que tal vez podría criticarse del proceso de creación de la CCNPMIS fue la falta de un plan de desarrollo estratégico en el que se identificaran sus objetivos de corto, mediano y largo plazo, y las medidas institucionales que podrían tomarse para cumplirlos.

La operación de la CCNPMIS ha traído consigo beneficios que parecen indiscutibles. Lo primero que es importante destacar es que dotó de gran

transparencia al proceso de compra de MPV en el sector público, al establecer reglas de compra claras y explícitas y al obligar a todas las instituciones públicas de salud que compran estos medicamentos a adherirse a lo acordado al interior de este órgano colegiado. En segundo lugar, la CCNPMIS obligó a las instituciones públicas que compran MPV a ordenar su proceso de compra, lo que significa fundamentalmente identificar de manera muy precisa sus necesidades (medicamentos con patente que requieren y sus volúmenes) y recursos. En tercer lugar, el intercambio de información que se produce al interior de la CCNPMIS ha permitido mejorar la prescripción de los MPV, lo que en muchos casos se ha traducido en ahorros considerables, en particular por la identificación de equivalentes terapéuticos más baratos. Finalmente, la comisión ha generado grandes ahorros económicos e impedido, con su sola existencia, la explosión de los precios de los MPV.

Todos estos logros, sin embargo, deben consolidarse y, algunos de ellos, tomarse con cautela. En materia de transparencia, por ejemplo, sería importante difundir más ampliamente los *Informes de Resultados* de la CCNPMIS, y monitorear y hacer públicos los precios a los que compran los MPV las instituciones que no participan directamente en los procesos de negociación. La planeación de la compra, por su parte, tiene que iniciarse más tempranamente y afinarse, para así evitar, por ejemplo, los errores en el cálculo de los volúmenes y la negociación de precios de medicamentos cuya patente está por expirar. La información que debe generarse debe incluir no solo el número de pacientes que requieren tratamiento sino también datos sobre las existencias de medicamentos. El trabajo del Comité Técnico-Clinico al parecer es uno de los más serios, pero podría fortalecerse si se tuviera acceso regular a la literatura académica más reciente y se crearan mecanismos para institucionalizar la relación entre las áreas clínicas y las áreas encargadas de las compras en las instituciones públicas. Finalmente, en materia de ahorro es importante difundir la idea de que posiblemente los grandes ahorros están a punto de agotarse y que en este orden el papel de la CCNPMIS se limitará de manera creciente a evitar que los precios de los MPV se disparen. Es fundamental asimismo llevar a cabo estudios para poder definir con precisión el grado de éxito de la CCNPMIS en este rubro. La SSA, por ejemplo, ha señalado en reiteradas ocasiones que se lograron grandes ahorros con la negociación de los precios de los ARVs. Sin embargo, datos de un artículo reciente indican que aunque los precios de los ARVs comprados por el sector público mexicano disminuyeron 38% después de la primera ronda de negociaciones, seguían siendo seis veces mayores que los que alcanzados por otros países de ingresos medios.⁴⁵

Por lo que se refiere a los retos de la CCNPMIS, cabría señalar que las soluciones a los mismos apuntan hacia un ajuste operativo en el corto plazo, que

se sustente en el diseño de un manual de procesos en el que se definan claramente las responsabilidades de cada uno de los actores, y en la discusión de la posible institucionalización y profesionalización de la CCNPMIS, bajo el entendido de que es indispensable contar con una estructura que opere a todo lo largo del año y que cuente con las habilidades analíticas para enfrentar negociaciones que en el futuro estarán sustentadas, más que en la comparación de precios o en los volúmenes de compra, en la calidad de la información clínica y económica disponible, y en su adecuado manejo en el proceso de negociación. Las decisiones de mediano plazo que se tomen respecto a la CCNPMIS deben además considerar la posibilidad de extender su campo de acción a medicamentos que han perdido su patente pero que tienen un proveedor único y a otros insumos para la salud, como ya está sucediendo

Referencias

1. Murray CJL, Frenk J. A framework for assessing the performance of health systems. *Bulletin of the World Health Organization* 2000;78:717-730.
2. Moon S, Jambert E, Childs M, von Schoen-Angerer T. A win-win solution? A critical analysis of tiered pricing to improve access to medicines in developing countries. *Globalization and Health* 2011;7:39.
3. González-Pier E, Barraza M. Trabajando por la salud de la población. Propuestas de política para el sector farmacéutico. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud, 2011:125.
4. Presidencia de la República. Firma del Compromiso para Garantizar la Suficiencia, Disponibilidad y Precio Justo de los Medicamentos. [Consultado el 30 de noviembre de 2011.] Disponible en: http://galeria.calderon.presidencia.gob.mx/main.php?q2_itemId=1675.
5. Secretaría de Salud. Acuerdo por el que se crea la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. *Diario Oficial* 2008, 26 de febrero (Primera Sección).
6. World Health Organization. Operational principles for good pharmaceutical procurement. Geneva: WHO, 1999.
7. Encyclopedia of Business and Finance. Monopoly. [Consultado el 30 de noviembre de 2011.] Disponible en: <http://www.enotes.com/monopoly-reference/monopoly>.
8. AARP. AARP European Leadership Study: European experiences with prescription drug pricing. France, Norway and the United Kingdom. [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: http://www.aarpinternational.org/usr_doc/ldrstudy_prescdrugs.pdf.
9. Wikipedia. Medicare Part D. [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: http://en.wikipedia.org/wiki/Medicare_Part_D.
10. Pear R. Medicaid pays less than Medicare for many prescription drugs, U.S. report finds. [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.nytimes.com/2011/08/16/us/16drug.html>.
11. Gross D. Prescription drug prices in Canada: What are the lessons for the U.S.? [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: http://www.aarpinternational.org/resourcelibrary/resourcelibrary_show.htm?doc_id=547057.
12. AVERT. AIDS, drug prices and generic drugs. [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.avert.org/generic.htm#>.
13. UNICEF, UNAIDS, WHO, MSF. Sources and prices of selected medicines and diagnostics for people living with HIV/AIDS. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.unicef.org/supply/files/sourcesandprices2005.pdf>.
14. Global Fund. Price and Quality Reporting. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.theglobalfund.org/en/procurement/pqr/>.
15. WHO. AIDS Medicine and Diagnostics Service. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.who.int/hiv/amds/en/#>.
16. WHO. Accelerated Access Initiative. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.essentialdrugs.org/edrug/archive/200005/msg00027.php>.
17. UNITAID. International Drug Purchase Facility. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.unitaid.eu/>.
18. Clinton Foundation. Clinton Health Access Initiative. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.clintonfoundation.org/>.
19. US President's Emergency Plan for AIDS. [Consultado el 22 de diciembre de 2011.] Disponible en: www.pepfar.gov.
20. Pan American Health Organization. About the PAHO Strategic Fund. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&task=view&id=1712&Itemid=588.
21. Seoane-Vázquez E, Rodríguez-Monguio R. Negotiating antiretroviral drug prices: the experience of the Andean countries. *Health Pol Plann* 2007;22:63-72.
22. Osorio-de-Castro C, Crisante M, Miranda ES, Oliveira EA, Oliveira MA. Proposed methodology for monitoring antiretroviral drugs price negotiations in Latin America and the Caribbean.
23. Waning B, Kyle M, Diedrichsen E, Soucy L, Hochstadt J, Bärninghausen T, et al. Intervening in global markets to improve access to HIV/AIDS treatment: an analysis of international policies

- and the dynamics of global antiretroviral medicines markets. *Globalization and Health* 2010;6:9. [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.globalizationandhealth.com/content/6/1/9>.
24. Massachusetts Office of International Trade and Investment. Mexican pharmaceutical industry. [Consultado el 3 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.moiti.org/pdf/Mexican%20Pharmaceutical%20Industry.pdf>.
 25. Chhabara R. Making the most of the Mexican pharma market. [Consultado el 3 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://social.eyeforpharma.com/marketing/making-most-mexican-pharma-market>.
 26. Torres-Guerra S, Gutiérrez JP. Mercado farmacéutico en México: tamaño, valor y concentración. *Rev Panam Salud Publica* 2009;25(2):46-50.
 27. OECD. OECD health data 2011 - Frequently requested data. [Consultado el 23 de diciembre de 2011.] Disponible en: http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_34631_2085200_1_1_1_1,00.html.
 28. Moïse P, Docteur E. Las políticas de precios y reembolsos farmacéuticos en México, OCDE, 2007. *Salud Publica Mex* 2008;50(suplemento 4):s504-s510.
 29. Molina-Salazar RE, González-Marón E, Carbajal-de Nova C. Competencia y precios en el mercado farmacéutico mexicano. *Salud Publica Mex* 2008;50(supl 4):S496-S502.
 30. Danzon PM, Furukawa MF. Prices and availability of biopharmaceuticals: evidence from nine countries. *Health Affairs* 2003. [Consultado el 3 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://knowledge.wharton.upenn.edu/papers/1210.pdf>.
 31. Danzon PM, Furukawa MF. International prices and availability of pharmaceuticals in 2005. *Health Affairs* 2008;271(1):221-33.
 32. González-Pier E. Política farmacéutica saludable. *Salud Publica Mex* 2008;50(supl 4):S488-S495.
 33. Secretaría de Salud. Hacia un política farmacéutica integral para México. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2005.
 34. Secretaría de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Acceso a medicamentos y propiedad intelectual: actores e interacciones. México, D.F.: Organización Panamericana de la Salud, 2011.
 35. Cruz-Ramírez A. El TLCAN abrió vía a transnacionales para burlar la ley mexicana sobre patentes. [Consultado el 5 de diciembre de 2011.] Disponible en: <http://www.jornada.unam.mx/2010/02/04/sociedad/037n1soc>.
 36. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaul FM, Arreola H, Frenk J. Sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53(suplemento 2):S220-S232.
 37. Medina-Lamadrid J. Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud. [Consultado el 10 de noviembre de 2011.] Disponible en: www.censida.salud.gob.mx/congreso2011/CCNPMIS_CENSIDA.pdf.
 38. Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Fondo de Protección contra Gastos Catastróficos. [Consultado el 6 de diciembre de 2011.] Disponible en: http://www.seguro-popular.gob.mx/index.php?option=com_content&view=article&id=89&Itemid=124.
 39. Frenk J, Gómez-Dantés O, Knaul FM. The democratization of health in Mexico: financial innovations for universal coverage. *Bull WHO* 2009;87: 542-548.
 40. Poder Ejecutivo Federal. Plan Nacional de Desarrollo 2007-2012. México, D.F.: Presidencia de la República, 2007.
 41. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2007.
 42. Reglas de Operación de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. *Diario Oficial* 2010, 8 e junio (Primera Sección).
 43. Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y otros Insumos para la Salud. Informe Anual de Resultados 2008, 2009 y 2010. México, D.F.: Secretaría de Salud, 2008, 2009, 2010.
 44. Gómez-Dantés O, Sesma S, Becerril V, Knaul FM, Arreola H, et al. El sistema de salud de México. *Salud Publica Mex* 2011;53(suple 2):S220-S232.
 45. Wirtz V. Reforming antiretroviral medicines prices negotiations and public procurement: the Mexican experience. *Health Pol Plann* (forthcoming).

Cuadros y Figuras

Cuadro I

Participación de las principales empresas en el mercado farmacéutico de México, 2009

No.	Empresa	Participación de mercado (%)
1	Pfizer/Wyeth	9.44
2	MSD/Schering Plough	7.54
3	Sanofi-Aventis	7.50
4	Bayer	4.56
5	Novartis	4.34
6	Johnson and Johnson/Janssen	4.33
7	Boehringer Ingelheim	3.93
8	Bristol-Myers Squibb	3.65
9	GlaxoSmithKline	3.64
10	AstraZeneca	3.51
11	Roche	3.33
12	Merck-Serono	3.03
13	Lilly	2.66
14	Abbott	2.58
15	Senosian	2.50
16	Nycomed	2.21
17	Liomont	2.02
18	Sanfer	1.94
19	Siegfred Rhein	1.66
20	RIMSA	1.65
Total		76.03

Fuente: referencia 3

Cuadro II

Composición del mercado farmacéutico mexicano por tipo de medicamento, 2009

Tipo de medicamentos	Participación en el mercado	
	Valor	Volumen
Innovador con patente vigente	20.4	4.4
Fuera de patente	79.6	95.6
- Genéricos sin marca	11.4	34.4
- Genéricos de marca	17.9	19.6
- Productos de marca	50.3	41.7

Fuente: referencia 3

Cuadro III

Diferencias en el precio de compra (pesos) de varios medicamentos con patente vigente entre diversas instituciones públicas de salud, México 2007

	Clase	Menor precio de compra	Institución que pagó menor precio de compra	Mayor precio de compra	Institución que pago el mayor precio de compra	Diferencia porcentual de precio
Clopidogrel	Antiplaquetario	\$ 22.50	Instituto Nacional de Rehabilitación	\$1118.33	SESA Nayarit	4970
Efavirenz	Antiretroviral	\$ 776.28	SESA Baja California	\$ 4894.86	SESA Zacatecas	630
Losartán	Antihipertensivo	\$ 231.78	SESA Chihuahua	\$ 484.51	SESA Nuevo León	209
Nevirapina	Antiretroviral	\$ 1999.50	Campeche	\$ 3135.72	SESA Zacatecas	157
Saquinavir	Antiretroviral	\$ 1534.13	SESA Baja California	\$ 3601.30	SESA Colima	235
Telmisartán	Antihipertensivo	\$ 213.00	SESA Michoacán	\$ 687.10	SESA Campeche	322

Fuente: referencia 37

Cuadro IV

Ejemplos de la información sobre medicamentos que utilizan los equipos negociadores de la CCNPMIS, México 2009

Clave	Descripción	Laboratorio	Volumen sectorial	Precio de referencia 2009	Precio máximo al público	Equivalente terapéutico	Precio equivalente terapéutico
5449	Anastrozol (28 tabletas de 1 mg)	Astra Zeneca	17,226	\$ 1684.19	\$ 2366.00	Letrozol (30 grageas de 2.5 mg)	\$ 1730.00
4252	Moxifloxacino (7 tabletas de 400 mg)	Bayer	281,655	\$ 180.00	\$ 520.00	Levofloxacino (7 tabletas de 500 mg)	\$ 163.99
4148b	Insulina lispro, lispro protamina (25 UI/75 UI de un frasco ampula con 10 ml)	Eli Lilly	58,083	\$ 329.51	\$ 642.15	Insulina humana de acción rápida regular (100 UI de un frasco ampula con 5 ml)	\$ 73.19
4368	Abacavir-lamivudina-zidovudina (60 tabletas de 300 mg/150 mg/ 300 mg)	Glaxo Smith Kline	251	\$ 5928.85	\$ 7300.00	Emtricitabina-Tenofovir disoproxil fumarato (30 tabletas recubiertas de 245 mg /200 mg)	\$ 1155.00
2205	Deferasirox (28 comprimidos de 250 mg)	Novartis	4071	\$ 6782.36	\$ 9210.00	NE	NE

Fuente: referencia 43

Cuadro V
Evolución de los precios promedio de 28 medicamentos a partir de la creación
la CCNPMIS, México 2008-2010

Precio basal 2008	Precio negociado 2008	Precio negociado 2009	Precio negociado 2010
\$4458.52	\$4092.74	\$3890.31	\$3803.42

Fuente: referencia 37

Cuadro VI
Ahorros en la compra pública de medicamentos a partir de la creación
y puesta en operación de la CCNPMIS, México 2009-2011

Proceso (año)		Ahorro (millones de pesos)	
Negociación	Compra	Anual	Acumulado
2008	2009	5000	11,600
2009	2010	4100	
2010	2011	2500	

Fuente: referencia 37,43

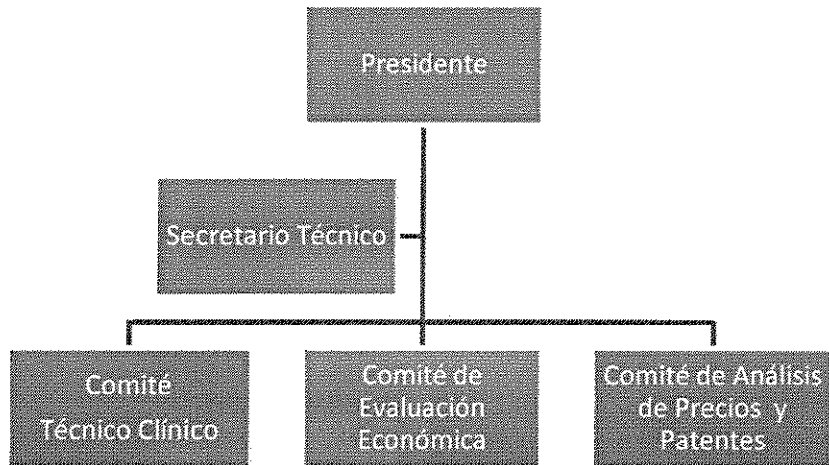


Figura 1. Estructura de la Comisión Coordinadora para la Negociación de Precios de Medicamentos y Otros Insumos para la Salud de México