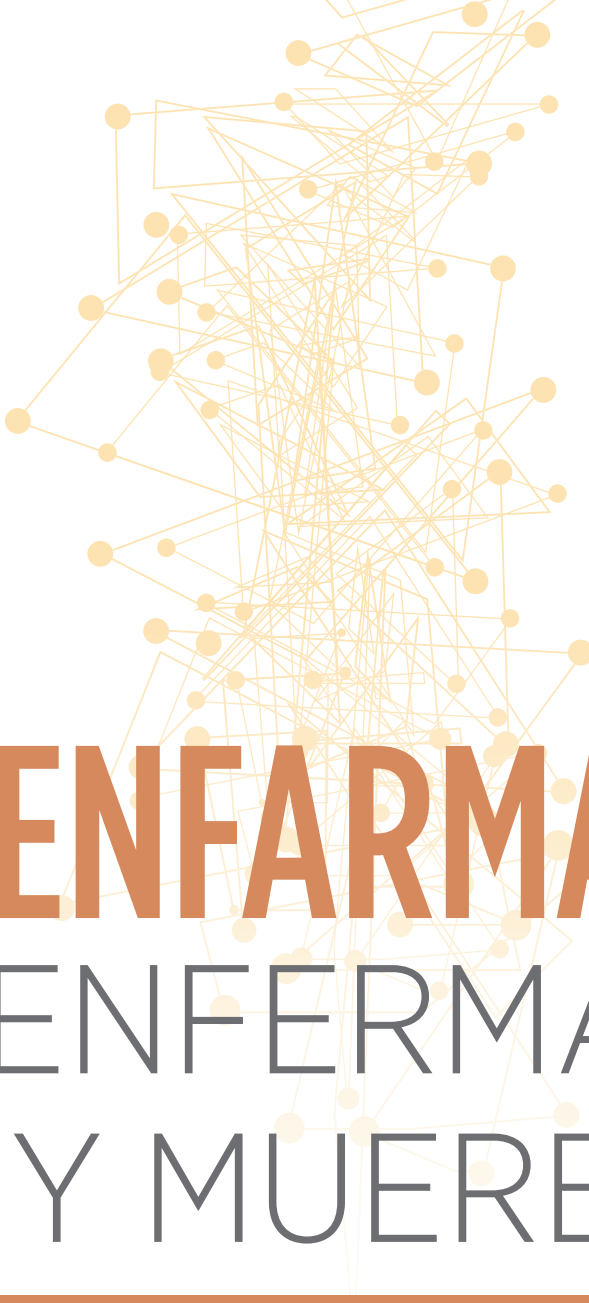




ENFARMA ENFERMA Y MUERE

PROBLEMAS DEL DESARROLLO
FARMACÉUTICO PÚBLICO EN EL ECUADOR

Pablo Iturralde R.



ENFERMA ENFERMA Y MUERE

PROBLEMAS DEL DESARROLLO
FARMACÉUTICO PÚBLICO EN EL ECUADOR

Pablo Iturralde R.

ENFARMA
ENFERMA Y MUERE
PROBLEMAS DEL DESARROLLO FARMACÉUTICO PÚBLICO EN EL ECUADOR

Autor:
Pablo Iturralde R.

Edición:
Juan Cuví

Corrección Técnica:
Xavier Maldonado

Imprenta:
Arcoiris Producción Gráfica

Quito, 2016

Primera impresión: 500 ejemplares

Se autoriza la reproducción y difusión de este material siempre que se citen las fuentes.

Plataforma por el Derecho a la Salud
Toledo N24-660 y Coruña, Teléfonos: 22 22 880 / 29 00 318 (Quito)
Tarqui 13-56 y Pío Bravo, Teléfonos: 28 33 031 / 28 45 845 (Cuenca)

Centro de Derechos Económicos y Sociales - CDES
El Día N37 48 y El Comercio, Edificio Ateneo, Oficina 101
Teléfonos: 60 18 518 / 0983 961 037

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	5
I. EL SECTOR FARMACÉUTICO CRECIÓ SIGUIENDO UNA LÓGICA MERCANTIL.	6
II. LA PRODUCCIÓN BANAL DE MEDICAMENTOS.....	9
III. EL ACCESO A MEDICAMENTOS COMO UNA CUESTIÓN DE DESIGUALDAD SOCIAL	14
IV. ¿ENTONCES, QUÉ DEBIÓ PRODUCIR ENFARMA?.....	18
V. UN MARCO INSTITUCIONAL SIN RECTORÍA.....	20
VI. TRANSPARENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DE ENFARMA.....	25
VII. REPORTE DE COMPRAS PÚBLICAS.....	31
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	37
BIBLIOGRAFÍA.....	39
ANEXOS	41

INTRODUCCIÓN

La producción de medicamentos implica una cuestión de equidad social en el acceso, garantía del derecho a la salud y control del poder económico impuesto por la millonaria industria farmacéutica. Los productos farmacéuticos son uno de los mayores paquetes económicos del planeta; sin embargo, la escasez de medicamentos continúa siendo un problema para todos, principalmente para los países en vías de desarrollo, donde Ecuador no es la excepción.

Distintas apuestas se han pensado para superar estos problemas. Algunas alternativas depositan toda su fe en las fuerzas del mercado y la protección del inversor privado con sus patentes y licencias. Así lo muestran algunas tendencias internacionales, como las expresadas en el acuerdo comercial entre EEUU y Europa, que pretende liberalizar y privatizar los servicios sanitarios y el acceso a medicamentos.

Pero las pruebas plantean otra orientación cuando pensamos en el bien común por sobre los beneficios privados. Sabemos que la producción de genéricos reduce significativamente el precio; además, una industria pública podría orientar la oferta a los medicamentos que socialmente son los más necesarios (actuando al contrario de lo que hace una empresa privada, que produce en función de su ganancia). Ecuador adoptó esta vía, que tuvo como punto de partida las disposiciones de la Constitución de Montecristi en favor de la universalización del acceso a la salud, y que contemplaba los derechos para acceder a medicamentos seguros, eficaces y de calidad. Así es como se abren posibilidades para crear la primera Empresa Pública de Fármacos (Enfarma) que, tras siete años de funcionamiento, fue cerrada repentinamente en un contexto de crisis económica y reformas para la reducción del sector público.

La orden del presidente Correa de liquidar Enfarma reavivó –quizá tarde– el debate sobre las potencialidades y limitaciones de contar con un complejo farmacéutico público con intereses nacionales. El acto de liquidación se llevó a cabo con el

decreto ejecutivo 1103 del 30 de junio del 2016, que en sus considerandos justifica el cierre con el siguiente argumento legal: “si una empresa pública hubiere dejado de cumplir los fines u objetivos para los que fue creada o su funcionamiento ya no resulta conveniente desde el punto de vista de la economía nacional o del interés público y, siempre que no fuese posible su fusión, la institución rectora propondrá su liquidación”.

Frente a esta disposición para una compañía de tan corta edad, quedan flotando algunas preguntas que vale la pena discutir y profundizar. ¿Alguna vez Enfarma cumplió con su función? ¿Cuáles fueron los errores y problemas en esta corta historia? ¿Era preferible redireccionar la rectoría de Enfarma o había que cerrarla? Y, sobre todo, ¿de qué manera se puede sustituir la función social para la cual fue creada Enfarma? Aunque esta empresa pública fue decretada como inútil, los problemas de acceso a la salud y la dependencia tecnológica no han cambiado en las últimas décadas.

En esta dirección esbozaremos algunas líneas de reflexión a partir de un vistazo de la realidad farmacéutica nacional y las motivaciones e inconvenientes con las cuales tropezó Enfarma. En la primera parte desarrollamos un diagnóstico sobre el crecimiento del mercado, para relacionarlo después con el tipo y forma de producción farmacéutica que se aplicaron. Plantearemos luego por qué el acceso a medicamentos es una cuestión de igualdad social. Y frente a esto proponemos algunas de las acciones que, a nuestro criterio, debía tomar Enfarma para enfrentar la oferta de medicamentos necesarios. Al final del documento analizamos algunos elementos institucionales sobre las competencias y resultados de la rectoría de la institución.

Con este trabajo esperamos a contribuir al debate sobre las condiciones para lograr el acceso al derecho a la salud. Pretendemos sumar esfuerzos a los procesos de reflexión sobre la construcción de una política pública al servicio de la igualdad social y soberana frente al actual orden de cosas, que limita y condiciona las posibilidades del bienestar común.



I.

EL SECTOR FARMACÉUTICO CRECIÓ SIGUIENDO UNA LÓGICA MERCANTIL

Nosotros no desarrollamos este medicamento para el mercado indio, lo hemos desarrollado para los pacientes occidentales que pueden pagarlos.

M. Dekkers, vocero oficial de Bayer.

Durante el período de recuperación económica en Ecuador, los laboratorios farmacéuticos incrementaron extraordinariamente sus ingresos, favorecidos por el incremento de ingresos de los hogares y por las compras promovidas desde el Estado. Este multiplicó el gasto en salud reduciendo el gasto de bolsillo para las familias, al mismo tiempo que promovió una importante demanda para la industria farmacéutica local y extranjera.

El presupuesto público en salud ascendió de USD 600 millones en 2007 a USD 2 000 millones en

2015 (BCE 2016), mientras que solamente el mercado farmacéutico experimentó un crecimiento notable del 57% en cinco años, pasando de USD 681 millones en 2007 a USD 1 142 millones en 2012 (Ortiz y otros, 2014). El fortalecimiento del sector farmacéutico se refleja también en el primer puesto que ocupa Ecuador en el ranking de mayor número de farmacias por habitante entre los países de Sudamérica. Sin embargo, este indicador no refleja mayor satisfacción o acceso a medicamentos según las necesidades de salud del país, como veremos más adelante.

Tabla 1. Distribución de farmacias por habitante.

PAIS	Número de Farmacias	Población (millones)	Número de habitantes Por farmacia
Ecuador	5 915	13,6	2 303
Colombia	19 068	45,6	2 395
Uruguay	1 250	3,3	2 689
Argentina	12 979	40,2	3 103
Brasil	58 232	193,7	3 327
Paraguay	1 861	6,3	3 412
Bolivia	2 867	9,8	3 440
México	31 398	109,6	3 491
Perú	8 287	29,1	3 519
Centroamérica	8 686	39,5	4 548
República Dominicana	1 980	10,0	5 096
Venezuela	5 246	28,5	5 449
Chile	1 798	16,9	9 438

Fuente: Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador. Ortiz, 2014

El incremento del gasto público fue concebido como medida de redistribución y contribución a la reducción de la desigualdad social (SENPLADES, 2008), pero su resultado fue insuficiente –al menos en el área de la salud–, sin mecanismos que ayudaran a la regulación del poder de mercado, controlado por corporaciones oligopólicas, principalmente transnacionales. Esto generó que el crecimiento del sector farmacéutico venga acompañado de un proceso de concentración y centralización del mercado, tal como mostramos en una investigación anterior (Iturralde, 2014): solamente Novartis –la

transnacional suiza que comparte un lugar privilegiado en el *ranking* mundial de oligopolios farmacéuticos– concentró progresivamente el sector farmacéutico ecuatoriano, al punto que multiplicó sus ingresos por 76, pasando de 900 mil dólares a cerca de 70 millones entre 2001 y 2012. Quifatex, por su parte, multiplicó sus ingresos por diez, elevando sus ventas de 30 a 310 millones. Con este crecimiento, al final de 2012 ambos laboratorios centralizaban el 33.6% de los activos de la industria y el 47.9 de las ventas normales (Iturralde, 2015: 36-37).

Tabla 2. Concentración de capital en Quifatex y Novartis.

CUENTA	2001	2006	2012
Activo total	30.2	30.8	33.6
Ingresos no operacionales	19.4	11.2	72.7
Ingresos operacionales (ventas)	35.0	53.3	47.9
Pasivo total	42.2	31.9	40.2
Patrimonio	7.6	27.6	17.0
Utilidad neta	64.5	49.6	22.7

Fuente: Superintendencia de Compañías y Valores, en Iturralde, 2014.

La propia Superintendencia de Control del Poder de Mercado estableció en un informe (SCPM, 2015) que el sector farmacéutico está manejado por cinco grupos que controlan toda la cadena, desde los laboratorios hasta la venta al por mayor y la venta al consumidor final¹. Esto genera problemas por la concentración geográfica (principalmente en zonas urbanas y comerciales), inequidad en el acceso a medicinas y prácticas anticompetitivas. El mismo informe menciona que por lo menos desaparecieron 2 569 farmacias independientes en el período 2001-2014, como resultado del desplazamiento o absorción por grupos farmacéuticos poderosos.

Y es que la industria farmacéutica planetaria continúa avanzando hacia la conformación de oligopolios (Ortega, 2014). En Ecuador se siente esta tendencia, animada además por la inyección de recursos públicos, que no logró desarrollar una oferta estatal o de capital nacional para satisfacer la mayor demanda de salud. Bajo esas condiciones

de dependencia económica y tecnológica se expresaron las contradicciones entre las necesidades de reproducción social, según orientaciones del bienestar público, y la dependencia de las prioridades de reproducción del capital, según los intereses corporativos privados y concentradores.

Así, la garantía del derecho al acceso a medicamentos estuvo determinada y condicionada por capitales conformados fundamentalmente por corporaciones transnacionales, pero también por capitales nacionales que veían con preocupación la intención de contar con un competidor estatal en la industria farmacéutica. La actual estructuración de dominio y control corporativo en la provisión de medicamentos limita la posibilidad de rectoría soberana de política pública, y propicia una pérdida estratégica de flujos financieros y divisas primordiales para la acumulación de capital nacional que permita el desarrollo de una industria interna.

1 Un análisis de las empresas involucradas en la cadena farmacéutica y su concentración se puede encontrar en Iturralde, 2014.



II.

LA PRODUCCIÓN BANAL DE MEDICAMENTOS

A pesar del crecimiento del sector farmacéutico, la oferta de medicamentos esenciales es reducida. La orientación mercantil de la industria farmacéutica también arrojó como resultado la producción y comercialización de medicamentos banales que no se corresponden con las necesidades de salud. Esto genera distorsiones entre mercado, consumo y necesidades (UCE, 2015), lo cual impide superar los problemas de acceso a medicamentos indispensables.

Al otro extremo de la banalidad farmacéutica están los medicamentos esenciales, que son, según la OMS (2014), los que sirven para satisfacer las necesidades de la mayoría de la población, y que deberían estar disponibles permanentemente, en las cantidades necesarias y en las formas farmacéuticas adecuadas. Es decir, corresponden a un

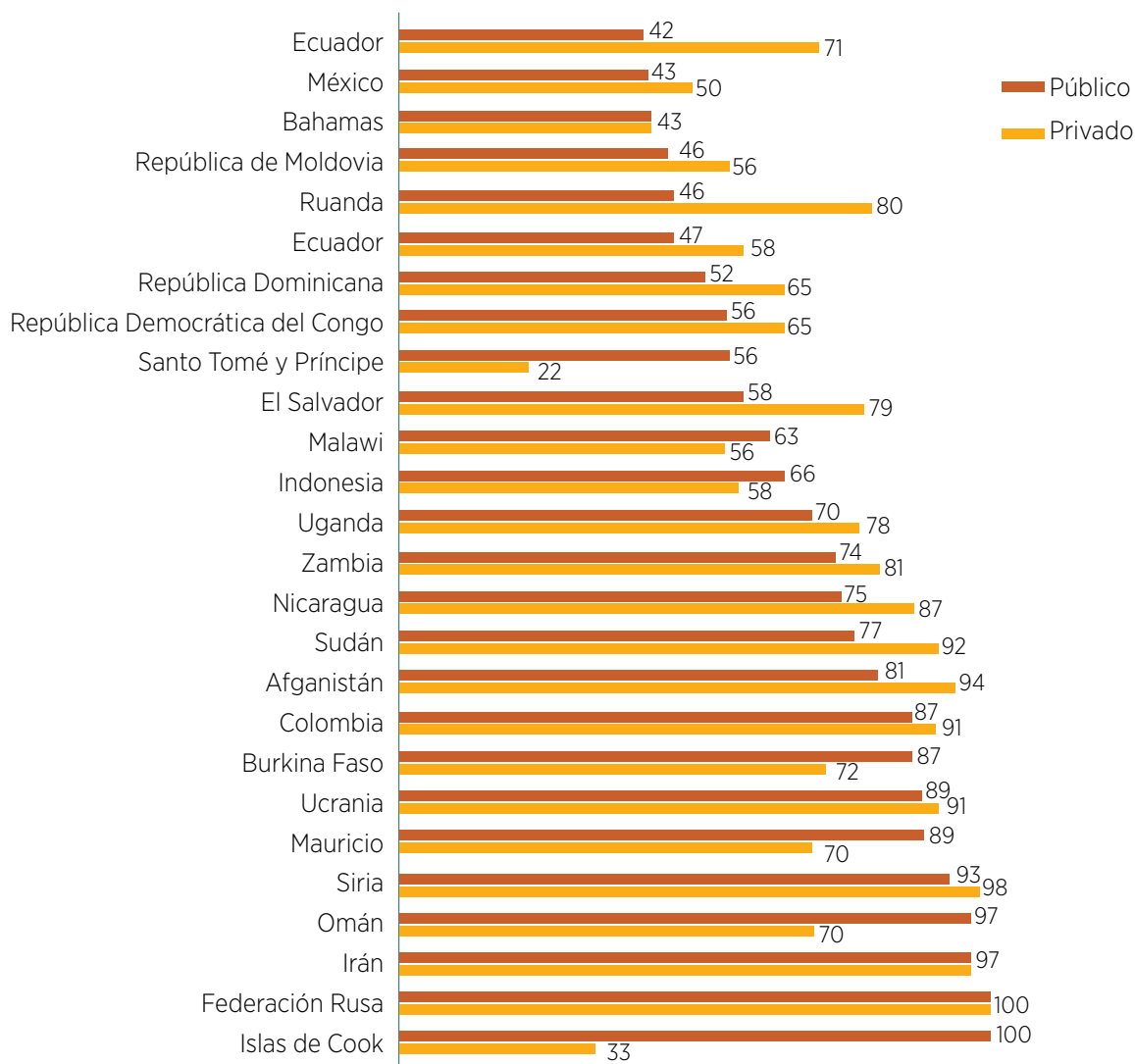
conjunto farmacéutico con prioridad social y cuya satisfacción contribuye el bienestar común.

El acceso al tratamiento depende en gran medida de la disponibilidad de medicamentos asequibles. Para ello se requiere principalmente el suministro regular y sostenible de medicamentos esenciales, de modo que se evite la escasez que puede causar sufrimiento y muertes evitables (WHO, 2014).

En Ecuador, en la red pública solamente existe disponibilidad del 42% de medicamentos de la lista considerada como esenciales por la Organización Mundial de la Salud; el 71% está disponible en la red privada². Este es un nivel bajo de accesibilidad en la red pública. Ecuador ocupa el puesto 26 de peor accesibilidad en una lista de 38 países en vías de desarrollo (ver el anexo Tabla 20: Disponibilidad media de determinados medicamentos genéricos).

2 Este indicador es parte de una serie de nueve indicadores propuestos por la OMS para medir la Meta 8 de los ODM, que dice: “En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar el acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo”.

Ilustración 1. Disponibilidad media de determinados medicamentos genéricos (%) en países en vías de desarrollo.



Fuente: elaboración propia en base a información de WHO, 2014.

Mientras existe este déficit de medicamentos, aquellos de mayor comercialización en 2011 y 2012 no tienen correspondencia con las necesidades sociales de salud. Entre los productos más consumidos se pueden encontrar vitaminas y complementos

alimenticios, todos de marca, que responden a un consumo con frecuencia innecesario. A esto hay que sumar que de los 13 451 medicamentos registrados por el ARCSA, el 69.6% fueron de marca y tan solo el 30.4% genéricos (UCE, 2015).

Tabla 3. Mercado de medicamentos en el Ecuador 2011-2012.

	Productos comercializados con receta médica		Productos comercializados sin receta médica	
	2011	2012	2011	2012
1	Lipor	Seretide	Ensure	Arcoxia
2	Plavix	Humira	Apronax	Kufer Q
3	Seretide	Crestor	Pharmaton	Complejo B
4	Crestor	Nexium	Pediasure	Fluimucil
5	Nexium	Enbrel	Mesygina	Mesulid
6	Seroquel	Remicade	Neurobion	Omezzol
7	Humira	Abilify	Mesulid	Neurobion
8	Enbrel	Lantux	Arcoxia	Doloneurobion
9	Remicade	Mabthera	Aspirina	Abrilar
10	Abilify	Cymbalta	Unasyn	Mesigina

Fuente: Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador, Ortiz, 2014.

Mientras tanto, el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos vigente registra 91 fármacos que no son accesibles a la población, según un análisis realizado en agosto de 2015 por la Dirección Nacional de Medicamentos y Dispositivos Médicos. Estos fármacos constituyen los *medicamentos esenciales de difícil acceso*. Al analizar la disponibilidad por grupo farmacéutico, los más afectados son: morfina, loperamida, carbón activado, estreptoquinasa, melfalán, fenobarbital, entre otros (Vance, 2016). Esta escasez genera un mayor impacto en la población socialmente vulnerable. Por ejemplo, más de

la mitad de medicamentos que pueden disminuir la mortalidad materna no están disponibles o tienen una condición irregular en el mercado (Mena B. y otros, 2015). Como veremos más adelante, la población económicamente empobrecida corre un alto riesgo al no recibir tratamientos indispensables.

En un proceso de licitación iniciado en 2014, el Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social encontró que el 77.3% de medicamentos no contaba con oferta, es decir, no consiguió abastecerse de 153 medicamentos. Por tal motivo inició un proceso de adquisición vía importaciones.

Tabla 4. Resultados de procesos de adquisición de medicamentos del IESS.

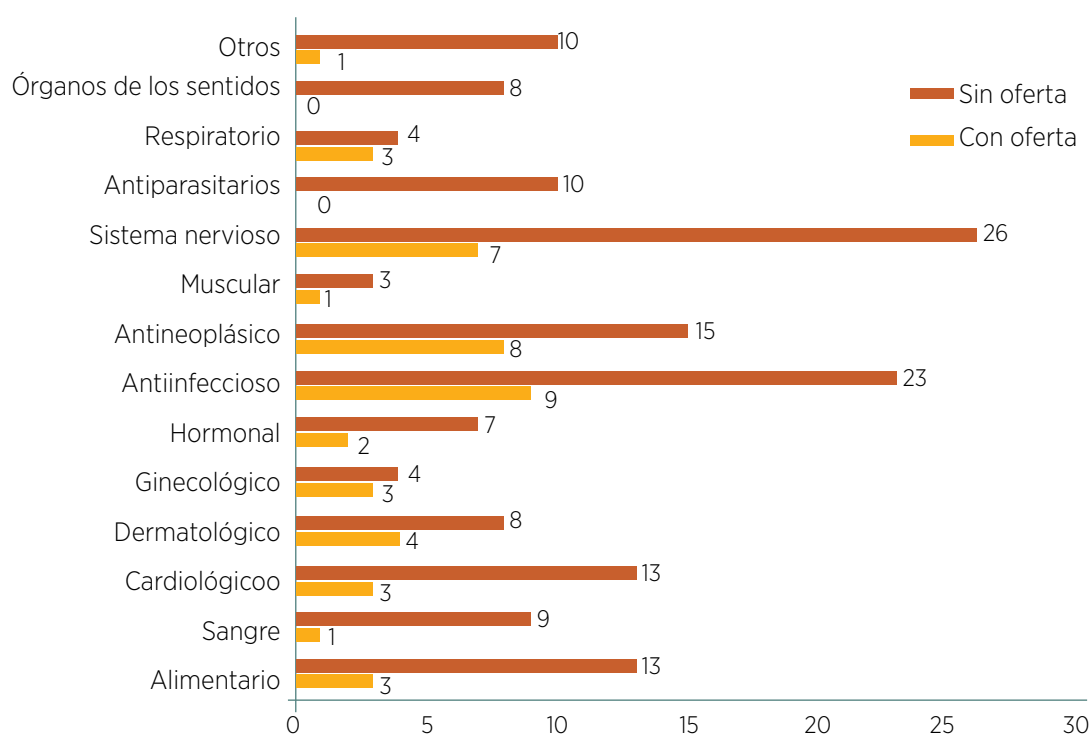
	n=198	%
Medicamentos sin oferta	153	77,3
Medicamentos con oferta	45	22,7

Fuente: Datos IESS, 2014.

En este caso, entre los de menor disponibilidad constan aquellos medicamentos para el sistema

nervioso, antibióticos, antineoplásicos, cardiológicos, alimentarios y antiparasitarios.

Ilustración 2. Resultados del proceso de adquisición de medicamentos del IESS según la clasificación ATC.



Fuente: Datos IESS, 2014

Es necesario considerar que es la población pobre la que está mayormente expuesta a padecer por la falta de medicamentos. La industria farmacéutica privada no trabaja para las enfermedades de los pobres, simplemente porque estas no son rentables. De esta manera se ahondan las condiciones que genera la escasez para quienes no pueden pagar. Un ejemplo es el Mal de Chagas (tripanosomiasis), una enfermedad relacionada con la precariedad del hábitat y la vivienda. Se trata de una parasitosis endémica que afecta principalmente a poblaciones rurales, con consecuencias mortales. En Ecuador, 3.8 millones de personas están en riesgo de infección y 200 mil personas padecen la enfermedad (SENESCYT, 2015). Esta es una cifra mucho mayor que los 33 mil portadores de VIH en el país (Onusida, 2015), lo cual proporciona una idea de la gravedad del problema. A pesar del alto nivel de infección y vulnerabilidad, existe un

permanente déficit de benznidazol para tratar esta enfermedad. Este medicamento no está incluido en el CNMB y no se lo encuentra en el mercado.

Otro ejemplo tiene que ver con la crisis provocada por el abandono de la producción mundial de suero antiofídico, producto que sí está incluido en el CNMB y cuya deficiencia de disponibilidad afecta principalmente a la población de sectores rurales con escaso acceso a servicios de salud y en condiciones de alta vulnerabilidad social. La administración adecuada del suero puede salvar vidas, pero el mercado no abastece la actual demanda, los productores que persisten no son suficientes y el costo es demasiado alto (Mena, 2016).

Sin embargo, alguna vez el Ecuador fue autosuficiente en la producción de suero antiofídico, para cubrir las necesidades sanitarias de su población. Lamentablemente, los retrocesos institucionales

han convertido al país en dependiente de las importaciones de suero antiofídico de Costa Rica y EEUU. Antes, el Instituto Nacional de Higiene y Medicina Tropical Leopoldo Izquieta Pérez (INHMT-LIP) producía el anti-veneno más efectivo de la región después de Brasil (Theakston y otros, 1995). Esta institución se escindió en 2012 por decreto ejecutivo³ en la Agencia de Registro, Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA) y el Instituto Nacional de Investigación en Salud Pública (INSPI). Este último estaría encargado de la producción de biológicos hasta que Enfarma pudiera sustituirlo, una vez que hubiera desarrollado capacidad tecnológica. Desafortunadamente, esta transferencia de competencias nunca se produjo, afectando así la autosuficiencia nacional y perdiendo la oportunidad de transformar al país en exportador

regional. Al contrario, ahora importamos de una sola empresa privada costarricense un suero antiofídico diferente del tipo de serpientes del territorio ecuatoriano, facturado a un mayor precio del costo al que podríamos producir (Mena, 2016).

En conclusión, existe una oferta de medicamentos no esenciales que no son parte de la lista de la OMS y tampoco del CNMB, mientras que los medicamentos esenciales no están disponibles en el mercado. La distorsión del mercado y el consumo está regulando la oferta, generando escasez e imponiendo precios elevados que perjudican principalmente a la población más vulnerable. A nivel técnico, aunque existe la definición de medicamentos esenciales, las listas no cuentan con capacidades rectoras adecuadas que permitan regular el mercado.

3 Decreto Ejecutivo 1290, 2012.



III.

EL ACCESO A MEDICAMENTOS COMO UNA CUESTIÓN DE DESIGUALDAD SOCIAL

Alrededor de la mitad del presupuesto en salud de los hogares se consume exclusivamente en medicamentos, y este gasto cobra un mayor peso en las familias de ingresos disminuidos. Así se evidencia en la última Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGHUR, 2011-2012), de donde inferimos que las familias más pobres (decil 1) gastan hasta el 64% de su presupuesto para la salud en la compra de fármacos, mientras que las familias más ricas (decil 10) gastan el 45%, es decir un 19% menos que los más pobres⁴.

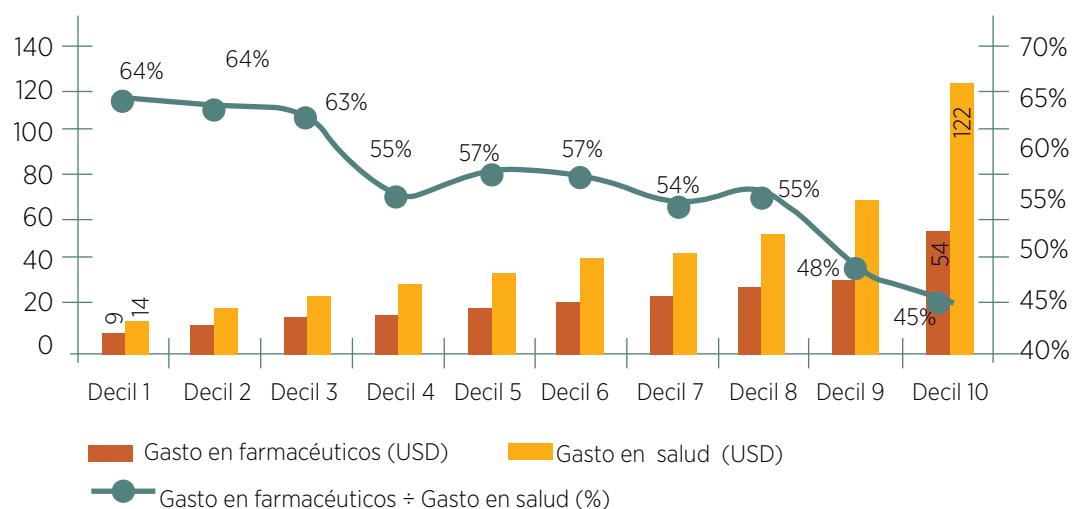
Esta segmentación de los hogares por deciles está distribuida en función de los ingresos del hogar, donde el decil 1 corresponde a los hogares más pobres, o a aquellas familias que alcanzaron a generar, en promedio, un ingreso de 220 dólares mensuales y que gastaron alrededor de 250 mensuales,

acumulando una deuda mensual de 30 dólares. De estos gastos, 14 fueron para salud, de los cuales nueve estuvieron destinados al consumo de productos farmacéuticos. En el otro extremo, en promedio, una familia del decil más rico obtuvo un ingreso de 2 090 dólares y tuvo un gasto de 1 440 dólares, acumulando un ahorro de 650 mensuales. Este segmento destinó 122 mensuales a salud, de los cuales 54 financiaron el consumo de fármacos.

En conclusión, a pesar de su bajo nivel de consumo, los pobres sacrifican una mayor parte de su presupuesto en salud para adquirir medicamentos, mermando su presupuesto para invertirlo en otros servicios sanitarios como, por ejemplo, en medicina preventiva, o en cualquier otro tipo de gasto que les permitiría mejorar su calidad de vida o generar ahorro y seguridad social.

4 Para esta parte utilizamos como sinónimos a medicamento y fármaco. Entendemos como medicamento a uno o más fármacos, integrados en una forma farmacéutica, que permite curar, aliviar o prevenir el estado de salud de las personas, o que se usa para modificar estados fisiológicos.

Ilustración 3. Gasto promedio por hogar en productos farmacéuticos y gasto en salud.



Fuente: elaboración propia con datos del ENHIGUR, 2011-2012, INEC 2012.

Pero no se trata solamente de la calidad del acceso a la salud, sino de la posibilidad misma de acceder a medicamentos que salvan vidas. Los hogares sin posibilidades de financiar la canasta básica o vital⁵ dependen del subsidio público para el consumo de medicamentos, o deben acudir con mayor frecuencia a los hospitales públicos que proveen medicinas.

Al contrario, podemos suponer que un elevado nivel de ingresos permite adquirir productos farmacológicos que son demandados como bienes superiores, en el sentido de que su precio los vuelve restrictivos para los niveles de ingresos bajos, a pesar de que tienen un sustituto más barato (por ejemplo, los genéricos). Esto podría explicar que los hogares más ricos gasten hasta seis veces más en consumo de medicamentos y, además, hasta nueve veces más en servicios o bienes de salud en general.

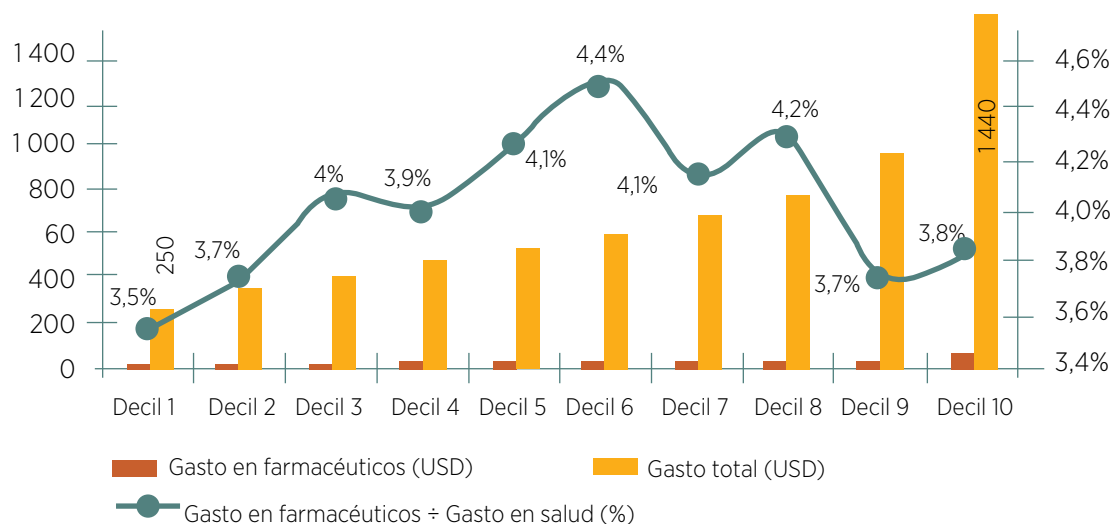
En otras palabras, este patrón de consumo refleja una realidad: los pobres se enferman más y

su gasto en salud está orientado principalmente a la medicina curativa y no a la preventiva! Por eso, aunque los sectores más adinerados gastan sustancialmente más en salud, la mayor parte de su gasto está orientado a servicios sanitarios preventivos o, incluso, estéticos, destinando relativamente menos de su presupuesto en salud a curar enfermedades o adquirir medicamentos. Así tenemos que, actualmente, la medicina preventiva constituye un bien de lujo y que ciertos medicamentos necesarios no están disponibles.

Ahora bien, si relacionamos el gasto en fármacos con el gasto global desembolsado por las familias obtenemos que alrededor del 4% del presupuesto del hogar se consume en medicamentos. Según deciles de ingresos, la curva fluctúa en forma de U invertida, tal como se puede observar en el siguiente gráfico.

5 Observemos que el último ENIGHUR se realizó entre abril de 2011 y marzo de 2012; en los respectivos meses, la canasta familiar básica fue establecida en 555.27 y 587.36 dólares (INEC, 2011), y la canasta familiar vital en 398.85 y 422.50 dólares respectivamente (INEC, 2012b).

Ilustración 4. Gasto promedio por hogar en productos farmacéuticos y total.



Fuente: elaboración propia con datos del ENHIGUR, 2011-2012, INEC, 2012.

La OMS considera que en el mundo en desarrollo los medicamentos representan entre el 20 y el 60% del gasto en salud. Además, hasta el 90% de la población en estos países compra medicamentos a través de pagos directos de su bolsillo, por lo que los medicamentos constituyen la mayor partida de gasto familiar después de la alimentación. Como resultado, los medicamentos son inasequibles para amplios sectores de la población mundial y son una pesada carga sobre los presupuestos públicos (WHO, 2014).

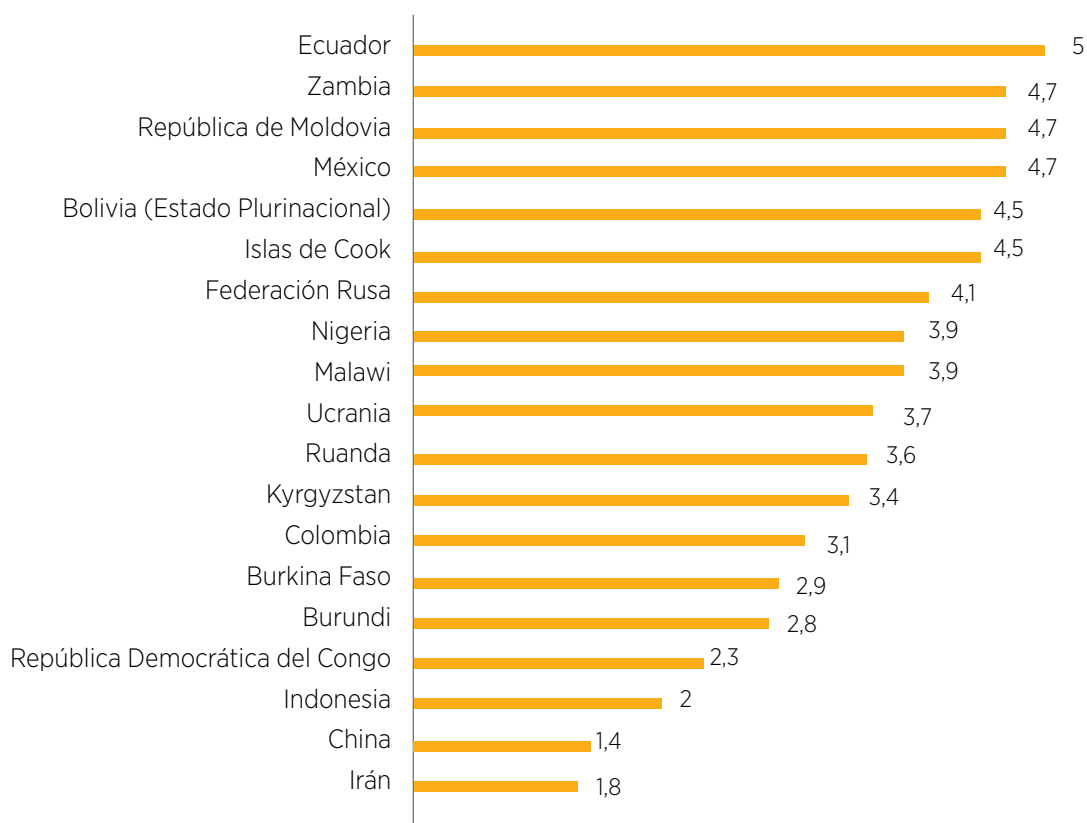
Un mecanismo para reducir el precio de los medicamentos es la oferta de genéricos, pero en la

medida que estos son importados o producidos por oligopolios, los precios tienden a incrementarse. En Ecuador, el precio de los medicamentos genéricos en el sector privado es hasta cinco veces mayor que los precios de referencia internacional. Tenemos genéricos más caros que Colombia, Bolivia o México⁶.

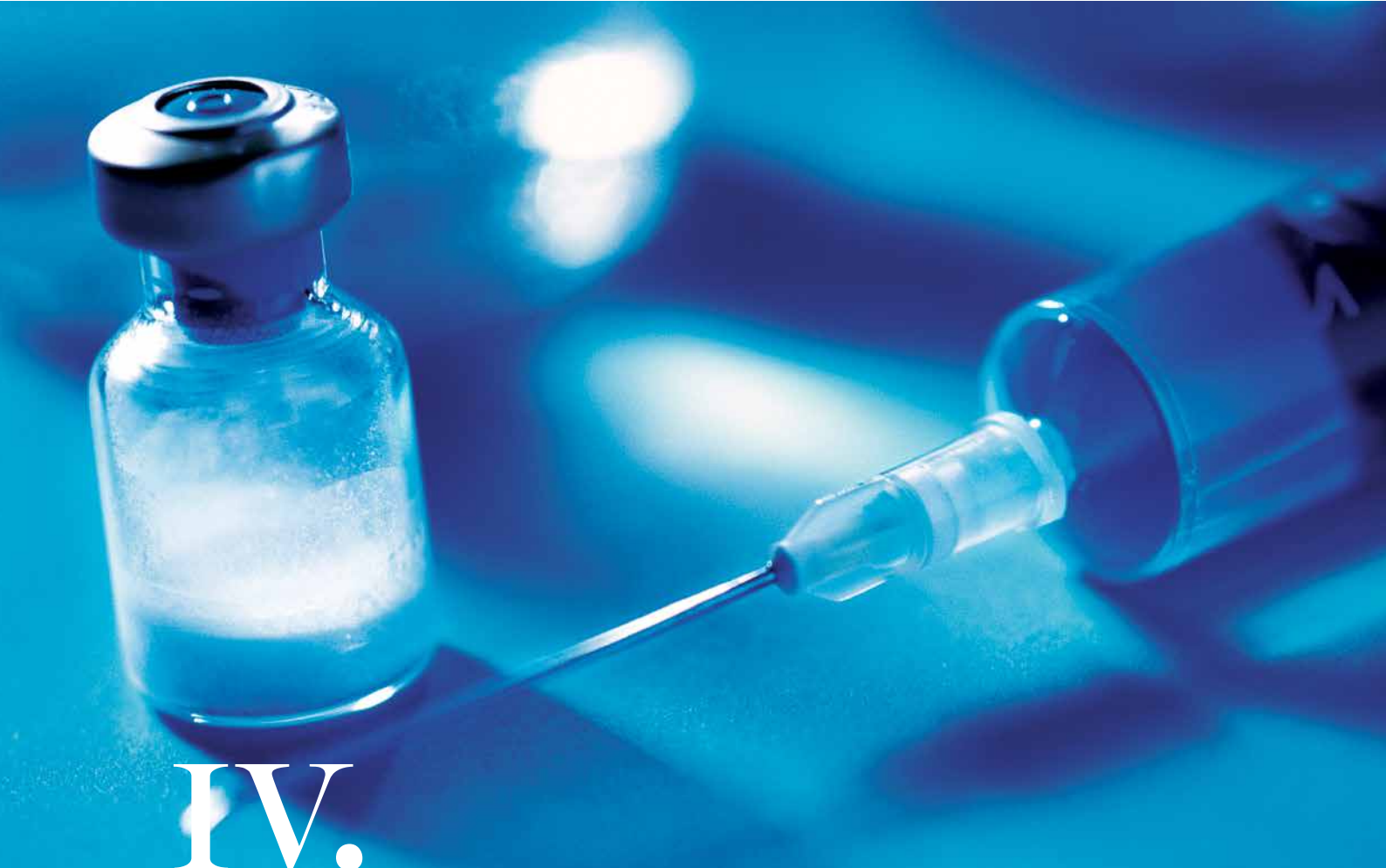
Entonces, a la inaccesibilidad de medicamentos hay que sumar la baja accesibilidad económica por ingresos, principalmente producida por bajos salarios, situación que se agrava con los costos de oferta elevados.

6 Este indicador es parte de una serie de nueve indicadores propuestos por la OMS para medir la Meta 8 de los ODM, que dice: En cooperación con las empresas farmacéuticas, proporcionar acceso a los medicamentos esenciales en los países en desarrollo (WHO, 2014).

Ilustración 5. Relación de precio medio de genéricos con relación al precio medio internacional.



Fuente: elaboración propia en base a información de WHO, 2014.



IV.

¿ENTONCES, QUÉ DEBIÓ PRODUCIR ENFARMA?

La función de Enfarma debía estar guiada por la oferta de medicamentos esenciales de difícil acceso y aquellos que generan importantes pérdidas de divisas. A decir de la especialista Belén Mena⁷ (2016), los criterios generales para la priorización de la oferta de medicamentos que Enfarma debía haber encarado y no pudo hacerlo, son:

- a. **Oferta de medicamentos de alta rotación controlados por oligopolios** que forman parte de programas de cobertura nacional; por ejemplo, vacunas o implantes anticonceptivos (levonorgestrel). Este consumo es estable y facilita los planes de producción.
- b. **Oferta de medicamentos de alto costo que constan en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB).** Durante los últimos años se ha destacado la cobertura pública de enfermedades catastróficas asociada a fármacos con alto impacto financiero y complejidad tecnológica; la mayoría de estos tienen patentes vencidas, pero la oferta de sus versiones genéricas no ha llegado al país; por ejemplo, trastuzumab, bevacizumab, infliximab, everolimus, octreotide, interferones, etc.
- c. **Oferta de medicamentos controlados por monopolios de alta rotación y bajo costo;** por ejemplo, oxitocina o misoprostol; o de alta rotación y costo medio y elevado, como la buprenorfina.
- d. **Oferta de medicamentos esenciales que no están disponibles en el mercado,** por la oferta limitada que impide el acceso. En este caso se requiere regulación del mercado, principalmente para los 172 medicamentos de difícil

⁷ María Belén Mena es catedrática de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Central del Ecuador, especialista en farmacología y salud pública. Perteneció a la Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos dependiente del CONASA, entidad que define, aproximadamente cada dos años, el CNMB, que a la fecha va por su décima revisión.

acceso identificados por la Dirección Nacional de Medicamentos, de los cuales al menos 56 son parte de la lista de medicamentos esenciales de la OMS. La escasez de estos fármacos obedece a algunas circunstancias, como por ejemplo enfermedades desatendidas, patentes vencidas, no ofrecen ganancias comerciales (costo menor a un dólar). Sin embargo, su síntesis química y complejidad de elaboración es relativamente baja.

- e. **Oferta de medicamentos huérfanos**, es decir aquellos que no tienen proveedor. Esta producción podría aprovecharse para ofertarla a nivel regional y generar retornos económicos para el país; por ejemplo, suero antiofídico, dantroleno o antídotos.

Como se puede observar, la producción de medicamentos debería estar guiada por la necesidad de retener divisas y reducir los costos de adquisición; pero también, y principalmente, con el objetivo de superar las dificultades de acceso. Esto implica una industria para obtener farmacéuticos que, por su valor y demanda, no arrojan necesariamente ganancias financieras, pero cuya provisión es vital.

Esta opción permite un ahorro por cuanto ayudan a reducir el costo de adquisición, al mismo tiempo que previenen complicaciones que deriven en tratamientos más caros. Enfarma debió ser pensada en primera instancia como un servicio público, mas no como una empresa pública guiada por criterios de autosostenibilidad. Aunque es innegable que la producción pública contribuiría a reducir costos económicos, el principal criterio debió ser siempre la función pública, a pesar de que esta no genere, necesariamente, un retorno financiero suficiente en la lógica empresarial privada. En términos globales, el ahorro generado por la reducción de costos de medicamentos justifica la optimización económica de recursos del Estado.

En concreto, nos referimos al 12% de medicamentos del CNMB que actualmente no se encuentran en el mercado. Esto comprende 91 farmacéuticos que son considerados indispensables para salvar vidas (Vance, 2016). Por eso, la primera fase de Enfarma debió consistir en la intermediación para garantizar estos medicamentos, de manera que, una vez consolidado su rol como garante sanitario, progresivamente asumiera el rol de productor directo.

Aquí yace Enfarma.
Edificio donde funcionaba la empresa, en la
calle Portete y Gregorio Munga, en Quito





V.

UN MARCO INSTITUCIONAL SIN RECTORÍA

Los medicamentos no tienen derecho a existir, sino como un instrumento de servicio. Sueño en un derecho a la salud que sea priorizado con respecto a los intereses del mercado.

G. Tognoni

Después de una larga agonía, en los años 80 se sepultaron los últimos escombros de una política de sustitución de importaciones con desarrollo industrial. Así se anunciaba la apertura a un proceso de intensificación de reformas estructurales neoliberales que tendría su peor manifestación en la crisis de finales de siglo⁸. Desde entonces, tuvieron que pasar casi tres décadas para que el país volviera a contar con un marco institucional dispuesto para el impul-

so de la transformación productiva, con la intención de alejarse del aperturismo a ultranza –responsable del incremento de los desequilibrios comerciales–, la intensificación primario-extractiva y la pérdida de divisas nacionales. Esto fue comprendido en el marco del neodesarrollismo, un conjunto de postulados que dominaron la formulación de políticas públicas de los llamados gobiernos progresistas, que proponen mayor intervención estatal, retomar la

8 Estas políticas surgieron como una tímida insinuación de inspiración desarrollista y, contradictoriamente, con fuerte vínculo con las clases propietarias más apegadas a las oligarquías que a la existencia de una burguesía nacional. Se trata entonces del abandono de un modelo timorato golpeado por la decidida arremetida neoliberal y apoyada por una compleja transición de clases dominantes que nunca abandonaron su lugar. Las viejas élites transitaron también por el desarrollismo.

industrialización y reducir la brecha tecnológica, y que tuvieron como inspiración al Sudeste Asiático⁹.

La Constitución de Montecristi (2008) había preparado un nuevo marco para la reforma institucional del país, que fue acompañada del Plan Nacional para el Buen Vivir 2009-2013 y su reformulación, 2013-2017 (SENPLADES, 2008, 2012). En esos documentos se recoge un conjunto de diagnósticos, objetivos, metas y estrategias inspiradas en el desarrollismo, que delinear una vía para el cambio de la matriz productiva y energética. Se plantea un proceso de sustitución selectiva de importaciones, que incluye el incentivo de la industria biomédica, farmacéutica y de genéricos. Se entiende esta fase de sustitución como un período de acumulación de capital para ampliar la producción de valor agregado¹⁰.

En el PNBV 2013-2017 se encuentra una definición más clara respecto de la elaboración de productos farmacéuticos, químicos y bioquímicos como parte de los 14 sectores priorizados por el gobierno nacional¹¹. Se despliegan dos conjuntos de líneas de acción –dentro de los objetivos 3 y 11 (Senplades, 2012: 326, 145)– primero para garantizar la universalización y gratuidad de medicamentos, principalmente genéricos, en especial para enfer-

medades catastróficas, raras y para personas con discapacidad severa; en segundo lugar el impulso de la industria farmacéutica a través del uso soberano, estratégico y responsable de la biodiversidad, donde se pone especial énfasis en las inversiones en infraestructura e investigación y desarrollo (I-D).

Además, a nivel de planificación se identifica el desarrollo tecnológico farmacéutico en relación con las potencialidades de la biodiversidad. Incluso el PNBV llega a plantear, en la misma línea que la *crítica al desarrollo*, que un complejo medicinal propio ayudaría a cambiar el “paradigma” del actual modelo de desarrollo; es decir, no se “limita” a transformar el actual modelo de acumulación, sino que apunta hacia una forma alternativa de aprovechamiento de la Naturaleza para alcanzar el Buen Vivir. Se plantea, por ejemplo, que “el Estado ecuatoriano reconoce a la biodiversidad como ventaja comparativa y como la punta de lanza para el desarrollo científico de las industrias química, farmacéutica y alimenticia” (Senplades, 2012: 321). Y sostiene que la mejor ventaja competitiva es la biodiversidad, debido a que los recursos naturales son una fuente muy vasta para la investigación de medicinas¹².

9 Katz (2016) señala que, a diferencia del desarrollismo clásico, el neodesarrollismo promueve alianzas con el agronegocio, subestima el deterioro de los términos de intercambio y la subordinación centro-periferia y desconoce que continúa imperando una inserción dependiente en la economía mundial que no se corrige con una mayor disponibilidad tecnológica.

10 Esta acumulación, además, llegó acompañada de la centralización y concentración de capital para un sector élite de la salud, tal como lo hemos planteado en dos estudios que analizan la relación estructural que tiene el gasto público en el patrón de reproducción de capital (Iturralde, 2014, 2015).

11 Los catorce sectores priorizados son: “turismo; alimentos frescos y procesados; energías renovables; productos farmacéuticos y químicos; biotecnología: bioquímicos y biomedicina; servicios ambientales; metalmecánica; tecnología: hardware y software; plásticos y caucho sintéticos; confecciones, ropa y calzado; vehículos, automotores, carrocerías y partes; transporte y logística; construcción; y cadena forestal sustentable y productos madereros procesados” (Senplades, 2013: 293).

12 “Más del 90% de la diversidad biológica que subsiste en el planeta se encuentra en las regiones tropicales y subtropicales de África, Asia y América del Sur. A esto hay que sumar el conocimiento que proviene de saberes indígenas. De las especies vegetales del mundo, más de dos tercios son originales de los países periféricos y semi-periféricos. Más de 7000 compuestos medicinales utilizados por la medicina occidental son derivados del conocimiento de las plantas. Se puede concluir que a lo largo del último siglo las comunidades han contribuido significativamente a la agricultura industrial, a la industria farmacéutica y a la industria biotecnológica [...] Las multinacionales farmacéuticas, alimenticias y biotecnológicas se han apropiado de los conocimientos de nuestros pueblos con una inexistente o mínima contrapartida, procesando luego estas sustancias y patentando los procesos y al mismo tiempo los productos que a partir de ellas lanzan al mercado” (Boaventura de Souza Santos, 2003:146).

El artículo 315 de la Constitución de Montecristi faculta al Estado a constituir empresas públicas para la regulación de sectores estratégicos y la prestación de servicios públicos. Específicamente, en el numeral siete del artículo 363 se dispone 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 respondan a las necesidades epidemiológicas de la población. En el acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública prevalecerán sobre los económicos y comerciales”¹³.

En síntesis, existía el marco normativo y el mandato para llevar a cabo el desarrollo de una empresa pública como quiso ser Enfarma, pero hubo desde el inicio errores estratégicos en la orientación de la administración. No existió falta de competencias sino fallas importantes a nivel de rectoría y gestión de la institución. De hecho, Enfarma tuvo más gerentes que años de funcionamiento: en siete años se turnaron en la gerencia ocho administradores, con la consecuente inestabilidad institucional.

Enfarma se crea por decreto ejecutivo en el año 2009¹⁴. Desde la conformación de la institución se impuso la concepción de un complejo farmacéutico público de naturaleza empresarial. Como hemos visto antes, la principal obligación del Estado ecuatoriano debe ser garantizar los medicamentos esenciales de difícil acceso, dentro de los cuales se encuentran un conjunto de medicamentos cuya provisión no permite necesariamente obtener ganancias financieras. Por eso afirmamos que fue un error priorizar un objetivo empresarial cuando el complejo farmacéutico estatal debe ser un servicio

público, de manera que cumpla su función social para garantizar el derecho a la salud.

Así fue que el directorio estuvo encabezado por el titular del Ministerio de Industrias y Productividad (Mipro), desplazando al Ministerio de Salud Pública (MSP), lo que provocó —en palabras del propio exgerente de Investigación y Desarrollo de Enfarma, Esteban Ortiz— “la estocada neoliberal a una empresa que surgió con fines sociales. Enfarma terminó convertida en una muy poco rentable empresa pública” (2016). Ortiz critica además que la empresa haya sido comandada por administradores de empresa, abogados asesores o economistas del Mipro que fungían como asesores externos, todos ellos funcionarios con poco o ningún conocimiento sobre farmacología, salud pública o epidemiología. Y concluye: “los errores administrativos y la falta de visión a largo plazo ocasionó que los más de 30 proyectos de investigación diseñados por Enfarma (descubrimiento de nuevos fármacos, bio-descubrimiento, ensayos clínicos, entre otros) y emprendidos en conjunto con universidades públicas y privadas nacionales e internacionales se derrumbaran.”

Siguiendo esta orientación, Enfarma concentró su actividad en la importación de medicamentos oncológicos y biológicos de alto impacto financiero por su elevado costo de adquisición, y que en teoría podían arrojar un margen de ganancia aceptable. El giro del negocio consistió en vender a la red pública de salud medicamentos con un precio elevado en el mercado, abasteciendo a los hospitales y casas de salud dependientes del IESS, Ministerio de Salud Pública (MSP), Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISSPOL) e Instituto de Seguridad Social de la Fuerzas Armadas (ISSFA).

13 Otro ejemplo son las conquistas alcanzadas por la nueva Constitución Política del Estado de Bolivia (2009), que en su artículo 41, inciso II, establece que “El Estado priorizará los medicamentos genéricos a través del fomento de su producción interna y, en su caso, determinará su importación”. Y en su inciso III: “El derecho a acceder a los medicamentos no podrá ser restringido por los derechos de propiedad intelectual y comercialización, y contemplará estándares de calidad y primera generación”; esto implica un progreso en relación con las últimas versiones del llamado nuevo constitucionalismo latinoamericano, donde, por ejemplo, Colombia no contempla nada sobre el acceso a medicamentos genéricos en su Constitución de 1991.

14 Decreto Ejecutivo No 181, Registro Oficial 98, publicado el 30 de diciembre de 2009.

Para tal propósito se promovieron importaciones, incluso de algunos medicamentos que tenían proveedores locales. Las importaciones se duplicaron desde el 2007, pasando de USD 524 millones a USD 1 096 millones en el 2015, en este período se generó una salida de divisas en importaciones farmacéuticas por un monto de USD 7 794 millones; mientras que las exportaciones de farmacéuticos representaron solamente USD 355 millones. (Un Comtrade, 2016)

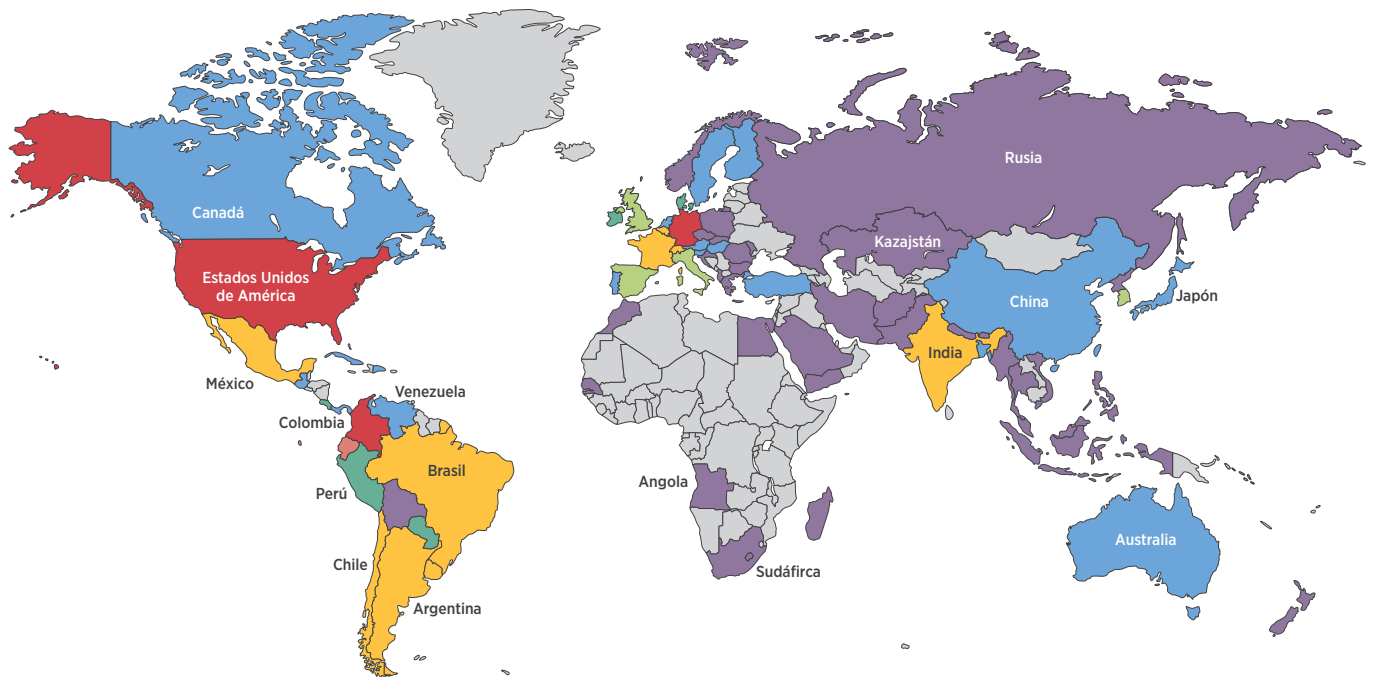
Por otra parte la revista Plan V (2016) muestra un contrato confidencial de Enfarma por un monto de USD 290 millones realizado por compra directa a la compañía panameña Biofarma Corporation S.A.

Desde un inicio, los objetivos para los cuales se constituyó Enfarma fueron demasiado amplios. Esto no sería un problema si la administración encargada hubiera acertado en la definición de tareas concretas y coherentes en el marco de un mandato bastante laxo; sin embargo, estos objetivos no fueron más que el reflejo de la ausencia de claridad que terminó truncando las posibilidades de orientación estratégica y deber de la institución.

Se planteó desde la investigación y desarrollo de principios activos para uso humano, animal y agroforestal hasta la comercialización, importación, exportación, intermediación, etc. (Asamblea Nacional, 2009). Además, Ecuador había suscrito con Cuba un convenio de cooperación para la producción de genéricos y fármacos agropecuarios, que incluía la instalación de infraestructura, pero que lamentablemente no llegó a prosperar. No hubo suficiente lucidez y constancia para impulsar una misión que necesitaba de mucho más que buenas intenciones.

El propio presidente Correa, decepcionado, explicó el 5 de julio de 2016 que la empresa *“fue una buena idea que, en la práctica, no funcionó”*. También señaló que Enfarma no cumplió con su objetivo, de manera que anunciaba la eliminación de la empresa por decreto ejecutivo (El Comercio, 2016). Sin embargo, es importante recordar que en febrero de 2016, mediante Decreto Ejecutivo 900, el mismo Correa prohibió a Enfarma la importación de medicamentos, con lo cual eliminó sus posibilidades comerciales.

Países proveedores de productos farmacéuticos para Ecuador en 2015



Cálculos del CCI basados en estadísticas de UN COMTRADE.

Valor importado, en miles de USD

N.A.	
0-1.736 miles de USD	
1.736 - 8.682 miles de USD	
8.682 - 17.365 miles de USD	
17.365 - 34.730 miles de USD	
34.730 - 86.824 miles de USD	
> 86.824 miles de USD	



VI.

TRANSPARENCIA SOBRE LOS RESULTADOS DE ENFARMA

La Ley Orgánica de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LOTAIP) plantea que es un derecho el acceso a la información del sector público, y promueve la participación ciudadana para ejercer un efectivo control y exigir rendición de cuentas a las instituciones gubernamentales o aquellas que perciben recursos estatales.

Así, en su artículo 7 determina que, para la transparencia en la gestión administrativa, las empresas públicas están obligadas a difundir la información presupuestaria, tal como se establece en el séptimo literal sobre el acceso público: “Información total sobre el presupuesto anual que administra la institución, especificando ingresos, gastos, financiamiento

y resultados operativos de conformidad con los clasificadores presupuestales, así como liquidación del presupuesto, especificando destinatarios de entrega de recursos públicos”.

A pesar de que la Ley es explícita respecto de la obligación de publicar los resultados operativos, no se encuentra publicado todo en la página web de Enfarma. Los comprobantes con el detalle de las adquisiciones de la empresa llevan a cifras agregadas que, en la casi absoluta mayoría de los casos, no indican proveedor ni características de las adquisiciones como gramos, valor unitario, etc.¹⁵. Además, la información se encuentra dispersa y existen por lo menos tres categorías para consultar información

¹⁵ Revisar por ejemplo los links de compras públicas publicadas en los formularios de rendición de cuentas, disponibles en: <http://www.farmacos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Formulario-Matriz-Rendici%C3%B3n-Cuentas.pdf>, Quito: Enfarma, 2014.

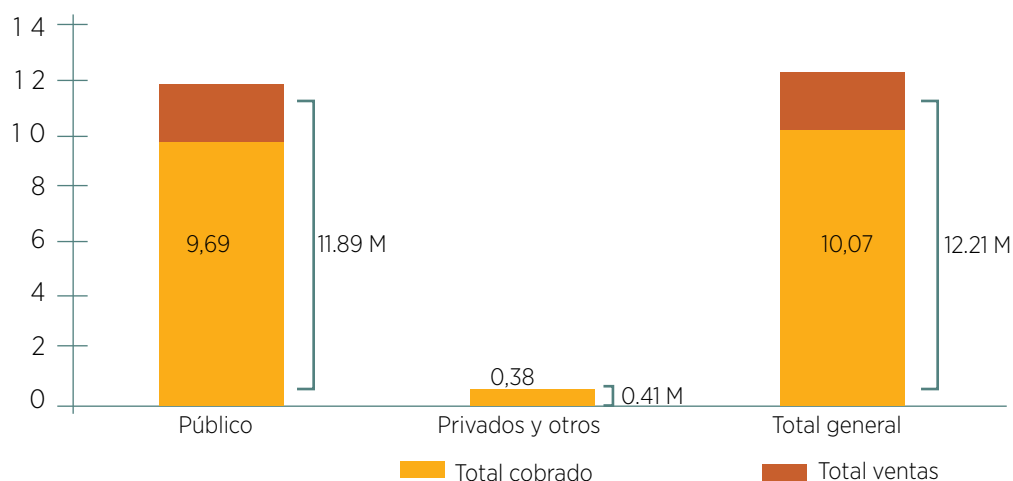
financiera: una pestaña sobre transparencia¹⁶, una sobre rendición de cuentas 2015¹⁷ y otra sobre el giro del negocio¹⁸. Lamentablemente, la información no siempre tiene el mismo formato, lo que permitiría realizar comparaciones y agregar valores financieros en períodos de tiempo. Los informes de transparencia no cuentan con una ficha técnica que explique la metodología y exposición de los cuadros presupuestarios y esta información no siempre coincide con los informes de rendición de cuentas.

Lo más preocupante es que los informes de transparencia se limitan al período comprendido entre 2014

y julio de 2016. Queda por lo tanto un vacío de cinco años desde la constitución de Enfarma.

Con estas limitaciones hemos logrado construir un panorama mínimo de la situación financiera de la compañía pública. En primer lugar, es importante resaltar que solamente en el año 2015 el 97% de los ingresos por ventas normales de Enfarma fueron pagados por la red pública de salud: USD 11.89 millones, mientras que el sector privado pagó USD 410 mil. Se suscribieron 167 contratos, de los cuales 129 correspondieron al sector público y 38 al privado (Enfarma, 2015).

Ilustración 6. Ventas operacionales de Enfarma (millones de dólares).



Fuente: Enfarma, 2015.

Los productos más comercializados fueron: morfina, custodiol (líquido de perfusión de órganos) y biológicos como infliximab y suero antiofídico. El monto de venta es bajo en relación con lo planificado. Los ingresos presupuestados para el año 2015 fueron de USD 45.51 millones y se alcanzaron solamente USD 12.21 millones, equivalentes al 26.83% del objetivo (Enfarma, 2015).

Los informes muestran que la empresa contaba con un presupuesto de USD 108.89 millones para dos años. Sin embargo, el nivel de ejecución fue notoriamente bajo: apenas se ejecutó el 40% del gasto corriente y el 17% del gasto de inversión. En general, una ejecución del 31% del presupuesto muestra un rendimiento bajo para una iniciativa de desarrollo e innovación considerada estratégica.

16 Disponible en: <http://www.farmacos.gob.ec/transparencia/>.

17 Disponible en: <http://www.farmacos.gob.ec/rendicion-de-cuentas-2015/>.

18 Disponible en: <http://www.farmacos.gob.ec/biblioteca/>.

Tabla 5. Cumplimiento de ejecución del presupuesto de Enfarma 2014-2015.

Áreas, programas y proyectos	Codificado	Ejecutado	% cumplimiento
Gasto corriente	77.680.932,65	31.218.339,06	40%
Gasto de inversión	49.301.940,37	8.515.420,57	17%
Total	126.982.873,02	39.733.759,63	31%

Fuente: elaboración propia en base a Rendición de Cuentas de Enfarma, 2015 y 2014.

Los problemas de impuntualidad de desembolsos contribuyen al bajo rendimiento en la ejecución, pero no explican todo. Por ejemplo, en 2015, las transferencias del gobierno central por diez millones de dólares fueron consideradas en el presupuesto codificado para gastos de inversión, pero el monto nunca llegó (Enfarma, 2015). Sin embargo, ese mismo año no se ejecutó el 11% del presupuesto para inversiones.

Para el final de 2015 Enfarma valoró sus activos en USD 35.44 millones, de los cuales 71% corresponde a activos corrientes, es decir, activos como cajas y bancos, inversiones a corto plazo, cartera e inventarios. Al contrario, solamente el 14% pertenece a inversiones en proyectos y programas y el 16% en activos fijos.

Tabla 6. Balance general de Enfarma a diciembre de 2015.

Activos	35.441.694,10	100%
Corrientes	25.005.429,55	71%
Fijos	5.533.832,12	16%
Inversiones en proyectos y programas	4.877.257,99	14%
Otros	25.174,44	0,1%
Pasivos	24.487.749,73	
Corrientes	24.487.749,73	100%
Patrimonio	10.953.944,37	

Fuente: elaboración propia en base a información entregada por Enfarma, 2015.

Con el tamaño de sus activos, Enfarma constituía un laboratorio mediano en el contexto del mercado nacional. Se encontraba lejos de competir con gigantes como Quifatex S.A., con activos valorados en USD 138.6 millones en 2015 solamente en Ecuador (SCVS, 2016); es decir, casi seis veces más que Enfarma.

Al otro lado están laboratorios más pequeños que, sin embargo, jugaron un rol importante como proveedores de Enfarma. Un caso relevante es Ginsberg S.A., uno de sus principales proveedores, con el cual la empresa mantenía un saldo pendiente de pago de más de USD 538 300 para julio del 2016, monto que

contrasta con los activos de Ginsberg, que alcanzaban solamente USD 47 000. Esto nos lleva a otra pregunta: ¿por qué Enfarma no puede producir lo que le provee Ginsberg, siendo 500 veces más grande?

Entre otros beneficiarios privados de los fondos públicos de Enfarma están: Abbott Laboratorios del Ecuador Cía. Ltda. con quien mantiene una deuda de más de USD 1.4 millones; OLI MED, USD 476 880; Cimab S.A., USD 443 560; Corporación Farmacéutica Medisumi C.A., USD 330 920; Ecuaquímica Ecuatoriana de Productos Químicos C.A., USD 322 910, entre otros.

Tabla 7. Principales beneficiarios de los fondos públicos de Enfarma.

Beneficiario	A julio 2016
ABBOTT LABORATORIOS DEL ECUADOR CIA. LTDA.	1.407.370,61
GINSBERG ECUADOR S.A.	538.302,65
OLI MED	476.880,00
CIMAB S.A.	443.559,00
CORPORACION FARMACEUTICA MEDISUMI C.A.	330.918,11
ESKEGROUP S.A.	328.603,52
ECUAQUIMICA ECUATORIANA DE PRODUCTOS QUIMICOS C.A.	322.912,10
BAXLEYGROUP S.A.	310.227,75
CEDIMED S.A.	204.930,00
FINLAY VACUNAS S.A.	192.369,45
CEZYME CORPORATION A SANOFI COMPANY	110.820,00

Fuente: Elaboración propia con información de Enfarma.

Según los reportes de rendición de cuentas de Enfarma (2015), en los procesos de contratación solamente el 37% se realizó por licitación y subasta inversa. Además de los 119 contratos finalizados, 108 fueron por ínfima cuantía. El 55% fueron contratos por ínfima cuantía, menor cuantía y contratación directa, que suelen ser utilizados como mecanis-

mos para ejecutar más rápidamente el presupuesto, pero que también implican estándares de control más laxos. Llama más la atención que, de los contratos adjudicados, el 96% se preveía para contratación por ínfima cuantía. No existe acceso al detalle de las adquisiciones en el portal de compras públicas; por lo tanto, es imposible identificar el objeto del contrato¹⁹.

Tabla 8. Procesos de contratación pública de bienes, obras, servicios y consultorías de Enfarma.

Tipo de contratación	Adjudicados		Finalizados		% del valor	
	Número	Valor total	Número	Valor total	Adjudicados	Finalizados
Ínfima cuantía	120	71.900.259,77	108	228.300,07	96%	35%
Subasta inversa	9	1.796.560,31	5	144.441,31	2%	22%
Contratación directa	1	18.000,00	1	18.000,00	0%	3%
Menor cuantía	7	210.249,29	3	117.035,00	0%	18%
Régimen especial	13	566.565,91	1	50.120,00	1%	8%
Licitación	1	100.440,00	1	100.440,00	0%	15%
Cotización	1	89.285,50	0	-	0%	0%
Total	152	74.681.360,78	119	658.336,38	100%	100%

Fuente: Elaboración propia con información de Enfarma 2015.

19 Se puede verificar en el siguiente enlace: <https://www.compraspublicas.gob.ec/ProcesoContratacion/compras/PC/buscarEntidad.cpe?op=1>

Como habíamos mencionado anteriormente, no siempre coincide la información respecto de la rendición de cuentas. En la serie de informes de transparencia se puede seguir la procedencia de los fondos públicos, pero las cifras absolutas del año 2015 no guardan correspondencia con el informe de rendición de cuentas del mismo año: en los prime-

ros documentos se registra una ejecución del 29%, cuando en los documentos de transparencia de la página web se muestra una ejecución del 98%, lo cual no guarda relación con las cifras que hemos revisado, en donde la ejecución global de la compañía ronda el 31%; inclusive en el año 2014 la ejecución fue del 33%.

Tabla 9. Presupuesto anual de Enfarma.

2014				
Tipo	Codificado	Ejecutado	% de gestión cumplida	Financiamiento
Corriente	3.125.691,00	2.884.483,84	92%	Fiscales
Producción	71.762.690,74	26.060.613,45	36%	Interno
Inversión	34.000.000,00	6.906.196,06	20%	Fiscales
Total	108.888.381,74	35.851.293,35	33%	
2015				
Tipo	Codificado	Ejecutado	% de gestión cumplida	Financiamiento
Corriente	19.292.769,27	2.792.550,81	14%	Interno
Producción	45.513.914,34	55.098.299,63	121%	Interno
Inversión	10.000.000,00	15.301.940,36	153%	Fiscales
Total	74.806.683,61	73.192.790,80	98%	
2016 (junio)				
Tipo	Codificado	Ejecutado	% de gestión cumplida	Financiamiento
Corriente	11.916.257,25	2.600.906,30	22%	Interno
Producción	17.290.000,00	26.593.021,07	154%	Interno
Inversión	0,00	12.329,90	0,00	Fiscales
Total	29.206.257,25	29.206.257,27	100%	

Fuente: Elaboración propia con informes de Enfarma de junio de 2016.

En el documento original se dice “presupuesto entregado” en vez de “presupuesto codificado”. Nosotros lo interpretamos como el presupuesto de la asignación inicial después de ser codificado. Por “presupuesto ejecutado” se entiende la parte del presupuesto que se utilizó (la información entregada por Enfarma no especifica si es la parte ejecutada comprometida, devengada o pagada).

Por “porcentaje de gestión cumplida” interpretamos la relación proporcional entre el presupuesto ejecutado y el entregado.

De esta información se deduce que el 18% del presupuesto de la empresa procede de fondos públicos, esto es USD 25 millones desde 2014 hasta julio de 2016; y el 82% fueron fondos internos, por un monto de USD 113 millones.

Tabla 10. Presupuesto de Enfarma por origen de fondos.

2014 – 2016		
Procedencia de fondos	USD	%
Fiscal	25.104.950,16	18%
Interno	113.145.391,26	82%
Total	138.250.341,42	100%

Fuente: Elaboración propia con informes de Enfarma, de diciembre de 2015 y junio de 2016.

Según esta otra información, desde 2014 hasta julio de 2016 Enfarma recibió ingresos por USD 212,9 millones, de los cuales gastó USD 138,2 millones, es decir, alrededor del 65% del presupuesto. Se utilizaron USD 113,1 millones de recursos internos para financiar otros gastos de la compañía.

El gasto de inversión fue financiado por fondos fiscales con un monto de USD 22,2 millones. En general, el 18% del presupuesto fue financiado por fondos públicos, esto es USD 25,1 millones. En 2014, los fondos públicos sirvieron también para pagar gastos corrientes de la empresa por un monto de USD 2,9 millones.



VII.

REPORTE DE COMPRAS PÚBLICAS

La información registrada por el Servicio Nacional de Contratación Pública (SERCOP) permite un acceso a ciertos detalles de las operaciones realizadas por Enfarma desde el año 2010. Existieron limitaciones para identificar a los proveedores, debido a que el 77% de las operaciones fueron registradas como proveedor “no definido”.

Desde la constitución de Enfarma, el 97% de sus costos y gastos se realizaron en los años 2014 y 2015, como consecuencia de las operaciones de intermediación comercial de medicinas y productos para agricultura y del inicio de la construcción de la

planta de producción. En total, todos los valores adjudicados superaron los USD 124.7 millones, de los cuales USD 1.54 millones fueron para proveedores nacionales. Es decir, el 99% fueron adjudicaciones a proveedores extranjeros.

El grueso de las compras de Enfarma corresponden a productos farmacéuticos para la comercialización (bienes), por un monto de USD 114.4 millones. Sin embargo, solamente en consultorías y obras se gastaron USD 8.6 millones, en dos contratos realizados en febrero de 2015. Los servicios generaron un valor adjudicado de USD 1.7 millones.

Tabla 11. Compras de Enfarma adjudicadas por año: 2010 a julio de 2016.

Años	Valor adjudicado	% adjudicado
2010	298.238,85	0,2%
2011	208.017,26	0,2%
2012	592.680,36	0,5%
2013	206.748,50	0,2%
2014	51.028.234,10	40,9%
2015	69.797.354,76	56,0%
jul-16	2.614.432,15	2,1%
Total	124.745.705,98	100,0%

Fuente: elaboración propia con información obtenida de SERCOP.

Tabla 12. Tipo de compra de Enfarma : 2010 a julio de 2016.

Tipo de compra	Ahorro	Valor Adjudicado	Presupuesto
Bien	136.476,03	114.403.859,72	114.540.335,75
Consultoría	2.100,00	3.676.564,18	3.678.664,18
Obra	-	4.931.685,40	4.931.685,40
Servicio	27.663,29	1.733.596,68	1.761.259,97
Total	166.239,32	124.745.705,98	124.911.945,30

Fuente: elaboración propia con información obtenida de SERCOP.

En febrero del 2015 se adjudicó a un proveedor extranjero USD 4 931 685.40 para la construcción del complejo farmacéutico de la empresa pública; se adjudicó a la consultora española Novocat Farma USD 2 696 428.00 para el diseño de las plantas de producción. Estas dos inversiones son parte de un plan de inversión para construir lo que hubiera sido el mayor complejo farmacéutico del Ecuador, en Yachay, con una inversión prevista que ascendería a USD 150 millones.

Al respecto, diario El Comercio (2015) denunció que Novocat Farma sería una pyme sin solvencia requerida, según registros de España. El proceso de contratación se habría realizado de forma directa y bajo la figura de “giro estratégico del negocio” por Enfarma. Además –continúa el reporte–, la ne-

gociación se dio tras declarar desierto un primer concurso, el 27 de diciembre del 2013, donde se habrían presentado ofertas de cinco empresas con experiencia. Finalmente se entregó la adjudicación por pedido directo. El reportaje argumenta que la contratación se dio a pesar de que la comisión evaluadora de Enfarma recomendó no hacerlo: “...salvo su mejor criterio, señor gerente general subrogante, Novocat Farma no alcanza los niveles de solvencia requeridos”.

El análisis se concentró en el balance general y el estado de pérdidas y ganancias de la empresa. Sus hallazgos: el capital de Novocat Farma fue negativo, por lo que en 2011 y 2012 su endeudamiento superó el 70% de los ingresos, situación que genera una seria amenaza a la sostenibilidad financiera.

Además, su solvencia patrimonial bajó en ese período de 43% a 32%. En estos años las ventas no sobrepasaron USD 1.5 millones, esto es menos que el monto del contrato con Enfarma. Las utilidades también tendieron a la baja. En consecuencia, se señaló que el alto nivel de endeudamiento y el bajo nivel de solvencia implicaban serias presiones para sostener una empresa a mediano plazo.

En cuanto a las otras adquisiciones, desde 2010 hasta julio de 2016 el 80% de las compras fueron realizadas en menos del 4% de las operaciones, es decir, en nueve contratos. La mayor transacción de Enfarma se hizo por un monto igual al 38% de to-

das las compras realizadas, correspondiente a un valor de USD 47 401 031.11 para la adquisición de medicamentos (elementos constituyentes con fines terapéuticos o profilácticos, entre otros), hecha un año y medio antes de la disposición de liquidación de la empresa.

Otras adquisiciones importantes fueron, por USD 8.44 millones, Grunamox, Servamox (ambos amoxicilina), Oxipen oftálmico (oxacilina) y lágrimas artificiales (USD 3 millones). También fueron importantes las compras de productos como abonos y fertilizantes para la venta al MAGAP (USD 3 millones).

Tabla 13. Descripción del 80% de las compras de Enfarma: 2010 a julio de 2016.

Descripción CPC N8	Descripción de la compra	Valor Adjudicado	Adjudicado Acumulado
Otros medicamentos N.C.P. elaborados en base de mezclas de dos o más elementos, presentados en dosis medidas o en envases para la venta al por mayor o al por menor; elementos constituyentes con fines terapéuticos o profilácticos; aceite alcanforado.	Adquisición de medicamentos	47.401.031,11	38%
	Adquisición de medicamentos	17.582.261,00	52%
Medicamentos que contengan penicilinas o sus derivados, con una estructura de ácido penicilánico, o estreptomycinas o sus derivados presentados en dosis medidas, o envases para la venta al por mayor y al por menor: amoxicilina, Grunamox, Servamox, Oxipen.	Adquisición de medicamentos	8.437.652,08	59%
	Adquisición de medicamentos	8.437.652,08	66%
Servicios de diseño de obras civiles para subestaciones.	Construcción de obras preliminares, obras hidro-sanitarias, red vial para el complejo farmacéutico de Enfarma.	4.931.685,40	70%
Otros abonos N.C.P.: fertilizantes consistentes en mezclas naturales de nitrato de sodio y nitrato potásico (salitre), fertilizantes consistentes en sustancias potásicas, etc.	Adquisición y distribución de insumos y otros fertilizantes a productores agropecuarios.	4.435.449,00	73%
Otros medicamentos N.C.P. elaborados en base de mezclas de dos o más elementos, presentados en dosis medidas o en envases para la venta al por mayor o al por menor: elementos constituyentes con fines terapéuticos o profilácticos: aceite alcanforado.	Adquisición de medicamentos	3.000.000,00	76%
Otros medicamentos N.C.P. presentados en dosis medidas o en envases para la venta al por mayor o al por menor: preparados de uso oftálmico, lágrimas artificiales, etc.	Adquisición de medicamentos	3.000.000,00	78%
Servicios de asesoramiento y pre-diseños arquitectónicos como la realización de estudios preliminares sobre la concepción del emplazamiento destino de la construcción, condiciones climáticas y ambientales, requisitos derivados de su programación, limitaciones.	Consultoría para el diseño arquitectónico, ingeniería básica y de detalle, así como la factibilidad económica financiera de las plantas de producción.	2.696.428,00	80%

Fuente: elaboración propia con información obtenida de SERCOP.

SERCOP registra ventas de Enfarma desde 2013 por un monto total de USD 76.74 millones, aunque lo

planificado había sido USD 90.78 millones, es decir, se vendió USD 14.04 millones menos de lo previsto.

Tabla 14. Tipo de contratos de ventas, 2013 a julio de 2016.

Tipo de contratación	Valor Adjudicado	Planificado	Saldo
Bienes y servicios únicos	2.689.108,92	2.696.984,95	7.876,03
Contratos entre entidades públicas o sus subsidiarias	74.023.855,41	88.057.468,29	14.033.612,88
Subasta inversa	25.200,00	28.800,00	3.600,00
Total	76.738.164,33	90.783.253,24	14.045.088,91

Fuente: elaboración propia con información obtenida de SERCOP.

Las ventas se concentraron en los años 2013 y 2014. En 2014 la venta de medicamentos para las unidades médicas del IESS alcanzó más de USD 37 millones, de los USD 52 millones de ventas que se realizaron ese año. La única compra

registrada en SERCOP por subasta inversa fue en 2013 al Hospital Regional José Carrasco Arteaga (del IESS), por un monto de USD 25.2 mil dólares (60 soluciones de perfusión renal tipo intracelular de 500-1000 ml).

Tabla 15. Ventas de Enfarma reportadas por SERCOP, 2013 a julio de 2016.

Año	Valor Adjudicado	Presupuesto	Ahorro
2013	15.427.520,61	18.734.062,82	3.306.542,21
2014	52.000.260,71	62.677.603,89	10.677.343,18
2015	7.806.316,25	7.827.365,64	21.049,39
2016	1.504.066,76	1.544.220,89	40.154,13
Total	76.738.164,33	90.783.253,24	14.045.088,91

Fuente: elaboración propia con información obtenida de SERCOP.

El 80% de todas las ventas registradas provinieron del 7% de contratos, correspondiente a 12 operaciones de venta de un total de 169. Solamente las ventas para el IESS, por USD 37.1 millones durante el segundo semestre del 2014, significaron el 48% de todos los ingresos comerciales de Enfarma. Otras ventas relevante fueron: antimicóticos,

anfotericina b, clotrimazol, griseofulvina, ketconazol (USD 8.3 millones); fertilizantes y productos agropecuarios (USD 4.4 millones); vitaminas (USD 1.9 millones); pruebas para VIH (USD 1.4 millones); infliximab (USD 1.2 millones); suero antiofídico (USD 2 millones); everolimus (USD 728,2 mil).

Tabla 16. Descripción del 80% de las ventas, 2013 a julio de 2016.

Descripción CPC N8	Descripción de la venta	Valor adjudicado	Adjudicado Acumulado
No disponible.	Adquisición de medicamentos para las unidades médicas del IESS para el segundo semestre del año 2014.	37.108.232,91	48%
Medicamentos N.C.P. presentados en dosis medidas o en envases para la venta al por mayor o al por menor: antimicóticos, anfotericina b (fungizone), clotrimazol (canesten, canesten 3), griseofulvina (grifulvin, sporostatin, grisovin), ketoconazol (ketocon).	Adquisición de medicamentos para el tratamiento de enfermedades consideradas catastróficas para los hospitales Eugenio Espejo, Abel Gilbert Pontón, Francisco Icaza Bustamante, Vicente Corral Moscoso y Baca Ortiz.	8.280.608,33	59%
Productos de abonos animales o vegetales, nitrato de sodio, carnalita, silvita y otras sales naturales de potasio en bruto en tabletas o formas análogas o en envases.	Adquisición y distribución de insumos, semillas y otros fertilizantes a productores agropecuarios de la sierra ecuatoriana.	4.435.449,00	65%
No disponible.	Adquisición de medicamentos para el abastecimiento de las unidades médicas del IESS.	2.441.452,45	68%
Vitaminas.	Adquisición de 75.989.400 sobres de hierro, multivitaminas y minerales en polvo.	1.899.735,00	71%
Vasodilatadores periféricos: derivados de purín.	Adquisición de 1.200.000 pruebas rápidas de tercera generación para VIH (primera prueba diagnóstica).	1.380.000,00	72%
Sustitutos de plasma y fracciones proteicas.	Adquisición de 8.622 ampollas de albúmina humana (frasco de 100 ml).	1.195.009,20	74%
Insumos médicos hospitalarios.	Adquisición de 2.704 unidades de infliximab sólido parenteral 100 mg.	1.168.128,00	75%
Antiseros, inmunoglobulinas y otras fracciones de la sangre N.C.P.: antitoxina diftérica, antitoxina tetánica humana (hypertet, tetanus gamma, tetuman), inmunoglobulina anti d (ig. rhd), inmunoglobulina antirrábica (hyperab, rabuman, imogam rabia).	Adquisición de 24.030 frascos de suero antiofídico polivalente en polvo para inyección (liofilizado).	1.129.410,00	77%
No disponible.	Adquisición de 207.000 cápsulas de tacrolimus de 1 mg para el abastecimiento del hospital Carlos Andrade Marín del IESS.	848.700,00	78%
No disponible.	Adquisición de 15.000 frascos de suero antiofídico polivalente en polvo para inyección (liofilizado).	730.050,00	79%
Otros medicamentos N.C.P. elaborados en base de mezclas de dos o más elementos, presentados en dosis medidas o en envases para la venta al por mayor o al por menor; elementos constituyentes con fines terapéuticos o profilácticos; aceite alcanforado.	Adquisición de 3.630 tabletas de everolimus de 10 mg.	728.250,60	80%

Fuente: elaboración propia con información obtenida del SERCOP.



▲ Terreno destinado a la construcción del complejo farmacéutico de Enfarma en el interior de Yachay.

Los resultados muestran que se comercializaron USD 14 millones menos de lo planificado. Las ventas fueron casi exclusivamente para la red pública; fueron más significativas las compras del IESS. Los productos ofertados se concentraron en fármacos caros para enfermedades catastróficas, pero también vitaminas y otros insumos médicos, así como productos para la agricultura.

También se registran inversiones significativas en infraestructura: solamente para la construcción de la planta de producción en Yachay se adjudicaron más USD 8.6 millones. A estos desembolsos hay que sumarle los gastos corrientes (informados por Enfarma) que correspondieron a más de USD 34 millones solamente desde el año 2014, de los cuales USD 7 millones anuales fueron para el pago de remuneraciones laborales.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El incremento del mercado interno ecuatoriano amplió también el consumo farmacéutico, provocando una acumulación de capital, concentrada y centralizada, alrededor de la industria farmacéutica. Sin embargo, la oferta de medicinas –al ser dependiente del poder de mercado de corporaciones nacionales y transnacionales– tiene una orientación mercantilista, en el sentido de que ofrece medicamentos que le permiten optimizar sus ganancias, determinando el tipo de medicamentos, sus formas farmacológicas, la lógica de distribución (que se encuentra concentrada en las zonas urbanas y nudos comerciales ciudadanos del país) y el precio de comercialización. Esta oferta induce también determinados patrones de consumo que no corresponden al patrón epidemiológico del país.

Los principales medicamentos consumidos en Ecuador son productos banales, conformados por suplementos alimenticios, vitaminas y antiinflamatorios (Ensure, Apronax, Pediasure, etc.) y otros que no se encuentran contemplados en el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos ni que están recomendados por la OMS. Mientras tanto, la falta de medicamentos esenciales en la red pública alcanza hasta el 58%, y en la red privada hasta el 29%, según la misma OMS. Por otro lado, la Dirección Nacional de Medicamentos establece que 91 medicamentos, el 12% del CNMB, no cuentan con proveedores.

La falta de medicamentos esenciales de difícil acceso provoca sufrimiento y muerte, principalmente a los sectores en condiciones de vulnerabilidad social. Las enfermedades de los pobres están entre los tratamientos con menos productores. A esto se suman los bajos salarios de los segmentos de población mayormente empobrecidos, que impide el acceso a medicamentos. En Ecuador, el 40% del gasto en salud se sacrifica en fármacos, con un peso mayor para las familias más pobres (64%) que para los más ricos (45%).

En el mercado interno el costo de los medicamentos es elevado. En los registros del ARCSA, por lo menos el 69.6% son de marca. Pero los medicamentos genéricos disponibles en la red pública también tienen un costo hasta cinco veces mayor que los precios internacionales de referencia. Algunos de

los medicamentos de difícil acceso tienen como oferentes a oligopolios, lo que contribuye al incremento del costo de adquisición para la red pública o para el consumidor final.

El principal adquirente de fármacos es el IESS: en su licitación de 2014 adquirió hasta un 77% de medicamentos sin oferente. A pesar de que existía una acción administrativa que disponía que la red pública priorice sus compras a Enfarma, esta no logró reducir el número de medicamentos sin oferta, lo que generó que, en algunos casos, las entidades de salud declararan la emergencia para comprar medicamentos.

Enfarma pudo haber contribuido a reducción de costos de los medicamentos. En primer lugar, era necesario que fije con claridad su función social y sus objetivos. Antes que una empresa movida por criterios de rentabilidad, debía priorizarse la conformación de un servicio público que garantice el derecho al acceso a medicamentos seguros, eficaces y de calidad. La principal función de Enfarma debió ser desde el principio la provisión de medicamentos esenciales de difícil acceso, cumpliendo en una primera fase un rol de intermediario comercial, y en una segunda fase desarrollando capacidades como productora directa.

La oferta de Enfarma debió focalizarse en: (a) medicamentos de alta rotación controlados por oligopolios, (b) medicamentos de alto costo presentes en el CNMB controlados por monopolios y oligopolios, (c) medicamentos de alta rotación y bajo costo controlados por monopolios, (d) medicamentos esenciales que están disponibles en el mercado y (e) medicamentos huérfanos.

Aunque la provisión pública de estos medicamentos de difícil acceso no arroje necesariamente ganancias financieras, seguro contribuirá a reducir los costos de adquisición para el Estado. Así, a mediano y largo plazo se logrará reducir la pérdida de divisas y el déficit fiscal, consecuencias de la actual dependencia tecnológica e industrial. Incluso existen medicamentos en los que el Ecuador pudo ser un exportador regional, como en el caso del suero antiofídico.

Los sectores más vulnerables de la población no alcanzaron a satisfacer sus necesidades de salud y medicamentos, mientras que el sector con posibilidades de pagar desembolsó un valor muy elevado, incluso para el promedio regional. Esta situación propició, junto con las compras de la red pública de salud, importantes salidas de divisas por adquisición de medicinas controladas por corporaciones transnacionales y empresas nacionales, las cuales determinan el régimen farmacéutico de la nación.

Por lo tanto, era adecuado concebir el complejo industrial farmacéutico público como una estrategia de cambio de la matriz productiva. Su desarrollo debe considerar aristas técnicas como la capacidad instalada, las licencias obligatorias, el monopolio de las patentes, los recursos humanos, entre otros. Pero es necesario considerar que el problema de la dependencia tecnológica es también un problema político. Por lo tanto, no se debe subestimar el poder de ciertas fuerzas económicas transnacionales y locales para intervenir en la política pública y atreverse a iniciativas de captura del Estado.

Un mecanismo adecuado para contrarrestar la influencia corporativa en las instituciones públicas debe ser la implementación de mecanismos de control ciudadano. La sociedad civil, conjuntamente con la academia autónoma, pueden jugar un rol fundamental en el fortalecimiento de la rectoría orientada por el bienestar común.

En el portal de transparencia de Enfarma solamente se reportan cuentas desde el año 2014, sin que exista un registro de lo sucedido desde que se constituyó la empresa cinco años atrás. En 2015, el 97% de los ingresos obtenidos por ventas en Enfarma fueron pagados por la red pública de salud. En ese año obtuvo ingresos por 12.21 millones, que representan el 26.83% de la meta planificada.

Enfarma contó con recursos millonarios que no logró aprovechar para generar un buen desempeño financiero o consolidar la inversión en desarrollo e innovación. Entre 2014 y 2015, el nivel de ejecución de Enfarma alcanzó el 31% del presupuesto, siendo los gastos de inversión los de menor desempeño, con una ejecución del 17%. La disposición de recursos fue de 108.89 millones de dólares, con lo cual se consolidó el giro del negocio hacia la comercialización de biológicos y oncológicos.

Con USD 35.44 millones en activos, Enfarma representaba un laboratorio mediano. Difícilmente podía igualar a los grandes laboratorios.

Sin embargo, era un laboratorio grande en relación con otros proveedores, como Ginsberg S.A., que tiene activos valorados en USD 47 mil. A pesar de esto, tenía en cuentas por cobrar a Enfarma un monto de USD 538.3 mil. Lo racional es que con una mayor inversión se consolide la capacidad instalada y tecnológica y se oferten directamente productos farmacéuticos.

El 55% de los contratos de compra de Enfarma se hicieron mediante la figura de contrato de menor control (contratos de ínfima cuantía, menor cuantía y contratación directa). El 37% de los contratos se realizó por licitación y subasta inversa. Además, se preveía adjudicar el 96% de los contratos exclusivamente por contratación de ínfima cuantía.

El cierre de Enfarma pone de manifiesto la pérdida de una oportunidad significativa para garantizar los derechos a la salud en el país. Existía una ventana de oportunidad financiera mientras el crecimiento económico se sostuvo, gracias a los términos de intercambio favorables para Ecuador. También se disponía del marco normativo que concedía las competencias para construir el complejo farmacéutico público del país. El análisis sugiere que el fracaso se explica, en gran medida, por la falta de rectoría adecuada y por las presiones de la industria farmacéutica transnacional y nacional.

Se pierde una oportunidad para cambiar la matriz productiva y superar el modelo extractivista-importador, objetivo que se podía lograr solamente con políticas claras en desarrollo e innovación, lideradas por una adecuada presencia estatal y con una clara estrategia de relacionamiento con el sector privado, que debía incluir mecanismos de control del poder de mercado.

Sin embargo, el interés público cuenta todavía con las disposiciones constitucionales y el avance legislativo para reconstruir estrategias de control del sector farmacéutico. El principio debe ser que, en base a las listas de medicamentos esenciales, se debe regular el mercado, y no al contrario, con el propósito de garantizar el uso racional, permitir el acceso con equidad, racionalizar las compras públicas, ahorrar recursos fiscales y rescatar divisas. Es necesario abrir el debate sobre los mecanismos que van a permitir construir un servicio público de salud. Los problemas de desigualdad social e incumplimiento de derechos a la salud no han terminado. Por lo tanto, sigue siendo vigente impulsar una oferta y regulación pública de medicamentos.

BIBLIOGRAFÍA

- BCE. *Banco Central de Ecuador, Boletín anuario No. 38*. 2016. <https://contenido.bce.fin.ec/documentos/PublicacionesNotas/Catalogo/Anuario/Anuario32/IndiceAnuario38.htm> (último acceso: 18 de septiembre de 2016).
- CONASA. *Informe del Conversatorio sobre Medicamentos de difícil acceso del Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos*. Memoria del conversatorio presentada el 11 de septiembre, Quito: Consejo Nacional de Salud. Comisión Nacional de Medicamentos e Insumos Estratégicos, 2014.
- Ekos. "Tema central: matriz productiva". *Revista Ekos* N° 247 (noviembre, 2014): 67.
- El Comercio. 6 de julio de 2016. <http://www.elcomercio.com/actualidad/entidadespublicas-cierre-ecuador-rafaelcorrea-ahorro.html> (último acceso: 9 de septiembre de 2016).
- El Comercio. "Empresa sin la solvencia requerida diseña planta farmacéutica de Enfarma". 15 de enero de 2015. Disponible en: <http://www.elcomercio.com/actualidad/empresa-solvencia-enfarma.html>.
- Enfarma. *Reporte de rendición de cuentas 2014*. Disponible en: <http://www.farmacos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2015/04/Formulario-Matriz-Rendici%C3%B3n-Cuentas.pdf>, Quito: Enfarma, 2014.
- Enfarma. *Reporte de rendición de cuentas 2015*. Disponible en: <http://www.farmacos.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2016/03/INFORME-RENDICI%C3%93N-DE-CUENTAS-ENFARMA-20151.pdf>, Quito: Enfarma, 2015.
- Esteban Ortiz. "La liquidación de un sueño llamado Enfarma EP". *Gkillcity*, 2016. Disponible en: <http://gkillcity.com/articulos/el-mirador-politico/la-liquidacion-sueno-llamado-enfarma-ep>.
- INEC. *Canastas analíticas. Canasta familiar básica y canasta familiar vital de la economía dolarizada*. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/canastas/Canastas_2011/ABRIL/IPC-InformeAnaliticoCanastas_04_2011.pdf, Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, 2011.
- INEC. *Canastas analíticas. Canasta familiar básica y canasta familiar vital de la economía dolarizada*. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Estadisticas_Sociales/Encuesta_Nac_Ingresos_Gastos_Hogares_Urb_Rur_ENIGHU/ENIGHU-2011-2012/TABULADOS%20ENIGHUR%202011-2012.xlsx, Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, 2012b.
- INEC. *Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGHUR 2011-2012)*. Disponible en: http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Inflacion/canastas/Canastas_2012/MARZO/ipc_informeanaliticoCanastas_03_2012.pdf, Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, 2012a.
- Iturralde, Pablo José. *El negocio invisible de la salud: acumulación de capital en el sistema de salud del Ecuador*. Quito: Centro de Derechos Económicos y Sociales -CDES-, 2014.
- . *La privatización de la salud: estudio de la interacción pública con hospitales y clínica privadas*. Quito: Plataforma por el Derecho a la Salud, 2015.
- Katz, Claudio. *¿Qué es el neo-desarrollismo? I- Una visión crítica*. Economía. Buenos Aires: La página de Claudio Katz. Textos de ciencias sociales. Disponible en: <http://katz.lahaine.org/?p=232>, 2016.
- Mena, Belén. "Criterios generales para la priorización de producción local de medicamentos". Artículo no publicado, 2016.

- Mena, Belén, Xavier Maldonado y G. Rojas. "Mordedura de serpiente, una enfermedad en el olvido". *Revista Ecuatoriana de Medicina: Eugenio Espejo*. Disponible en: http://federacionmedicaecuatoriana.org/?attachment_id=328, IV, N° 5, diciembre, 2015: 7-15.
- Mena, Belén y otros. "Oferta de medicamentos estratégicos de las dos principales causa de muerte materna en el Ecuador". *Revista Ecuatoriana Ginecología* XXII, N° 1, 2015: 6-54.
- OMS. *Acceso equitativo a los medicamentos esenciales: un marco para la acción colectiva*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, 2014.
- Onusida. *En Ecuador 33.000 personas vivían con el VIH en 2014, según proyecciones de Onusida*. Onusida, 2015.
- Ortega, Eduardo. "La industria farmacéutica camina hacia el oligopolio". *Revista Médica*, 18 de marzo de 2014. Disponible en: <http://www.rmedica.es/edicion/185/la-industria-farmaceutica-camina-hacia-el-oligopolio>.
- Ortiz, E., Galarza C., Cornejo León F. y Ponce J. "Acceso a medicamentos y situación del mercado farmacéutico en Ecuador". *Rev Panam Salud Pública*, 2014: 57-62.
- Plan V. "Medicamentos: el contrato "confidencial" de 290 millones". 2016.
- SCPM. *Estudio de la concentración geográfica en farmacias y botiquines*. Presentación de conferencia, Power Ponit. Disponible en: <http://www.eltelegrafo.com.ec/images/eltelegrafo/politica/2015/21-01-15-info-mercado-farmaceutico.pdf>, Quito: Superintendencia de Control del Poder de Mercado, 2015.
- SCVS. *Portal de Información de Superintendencia de Compañías, Valores y Seguros*, 2016. http://appscvs.supercias.gob.ec/portaldeinformacion/consulta_cia_menu.zul (último acceso: 3 de septiembre de 2016).
- SENESCYT. *Ecuador le hace frente a la enfermedad de Chagas*. Disponible en: <http://prometeo.educacion-superior.gob.ec/ecuador-le-hace-frente-a-la-enfermedad-de-chagas/>, Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, Secretaria de Educacion Superior, Ciencia Tecnología e Innovación, 2015.
- SENPLADES. *Plan Nacional del Buen Vivir 2009-2013*. Disponible en: http://www.planificacion.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2012/07/Plan_Nacional_para_el_Buen_Vivir.pdf, Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, 2008.
- SENPLADES. *Plan Nacional del Buen Vivir 2013-2017*. Disponible en: <http://documentos.senplades.gob.ec/Plan%20Nacional%20Buen%20Vivir%202013-2017.pdf>, Quito: Gobierno Nacional del Ecuador, 2012.
- Theakston y otros. *Treatment of snake bites by Bothrops species and Lachesis muta in Ecuador*. Laboratory screening of candidate antivenoms. *Trans R Soc Trop Med Hyg*, 1995, Sep-Oct.
- UCE. *Conferencia sobre Acceso a los medicamentos esenciales*. Quito: Universidad Central del Ecuador, Observatorio de Medicamentos, 2015.
- Vance, Carina. "Los medicamentos y el derecho a la salud". En *Acceso público a medicamentos de calidad: las compras públicas como mecanismo para garantizar el derecho a la salud*: 14-17. Quito: SERCOP, 2016.
- WHO. *Median availability of selected generic medicines (%)*, World Health Organization. 2014. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=10 (último acceso: 18 de septiembre de 2016).
- WHO. *Median consumer price ratio of selected medicines*, World Health Organization. 2014. http://apps.who.int/gho/indicatorregistry/App_Main/view_indicator.aspx?iid=11 (último acceso: 9 de septiembre de 2016).

ANEXOS

Tabla 17. Gasto e ingreso monetario mensual de todos los hogares, en dólares.

	Total	Decil 1	Decil 2	Decil 3	Decil 4	Decil 5	Decil 6	Decil 7	Decil 8	Decil 9	Decil 10
Ingreso monetario total	2.779.199.821	86.339.885	126.453.133	155.660.018	175.230.503	200.344.138	231.118.956	263.871.830	309.606.566	410.585.393	819.989.399
Gasto monetario total	2.393.571.816	98.276.734	130.892.467	154.055.147	172.350.374	194.604.059	213.898.027	243.019.461	276.631.528	344.991.313	564.852.704
Gasto en salud	179.090.620	5.420.488	7.644.985	9.809.746	12.313.417	14.036.802	16.428.653	18.114.623	20.965.949	26.638.597	47.717.360
Gasto en fármacos	94.335.288	3.477.634	4.855.208	6.140.840	6.788.036	8.069.849	9.360.554	9.851.508	11.581.769	12.843.890	21.366.000
Gasto en fármacos ÷ Gasto en salud (%)	53%	64%	64%	63%	55%	57%	57%	54%	55%	48%	45%
Gasto en fármacos ÷ Gasto monetario total (%)	3,9%	3,5%	3,7%	4,0%	3,9%	4,1%	4,4%	4,1%	4,2%	3,7%	3,8%
No. Hogares	3.923.123	392.364	392.254	392.317	392.220	392.440	392.337	392.194	392.395	392.281	392.319

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales-INEC, 2012.

Tabla 18. Gasto e ingreso monetario mensual por hogar, en dólares.

	Total	Decil 1	Decil 2	Decil 3	Decil 4	Decil 5	Decil 6	Decil 7	Decil 8	Decil 9	Decil 10
Ingreso monetario total	709	220	322	397	447	511	589	673	789	1.047	2.090
Gasto monetario total	610	250	334	393	439	496	545	620	705	879	1.440
Gasto en salud	46	14	19	25	31	36	42	46	53	68	122
Gasto en fármacos	24	9	12	16	17	21	24	25	30	33	54
Gasto en fármacos ÷ Gasto en salud	53%	64%	64%	63%	55%	57%	57%	54%	55%	48%	45%
Gasto en fármacos ÷ Gasto monetario total	3,9%	3,5%	3,7%	4,0%	3,9%	4,1%	4,4%	4,1%	4,2%	3,7%	3,8%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales-INEC, 2012.

Tabla 19. Gasto en salud en relación al gasto monetario total de los hogares.

	Total	Decil 1	Decil 2	Decil 3	Decil 4	Decil 5	Decil 6	Decil 7	Decil 8	Decil 9	Decil 10
Salud	7,5%	5,5%	5,8%	6,4%	7,1%	7,2%	7,7%	7,5%	7,6%	7,7%	8,4%
Productos, artefactos y equipo médico	4,3%	3,7%	3,9%	4,3%	4,2%	4,4%	4,7%	4,5%	4,6%	4,2%	4,3%
Productos farmacéuticos	3,9%	3,5%	3,7%	4,0%	3,9%	4,1%	4,4%	4,1%	4,2%	3,7%	3,8%
Otros productos médicos	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%	0,1%
Artefactos y equipos terapéuticos	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%
Servicios para pacientes externos	2,1%	1,0%	1,2%	1,4%	1,7%	1,6%	1,9%	2,0%	2,1%	2,4%	2,8%
Servicios médicos	1,1%	0,6%	0,7%	0,8%	0,9%	0,9%	1,0%	1,1%	1,1%	1,3%	1,5%
Servicios dentales	0,3%	0,1%	0,1%	0,1%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,5%
Servicios paramédicos	0,7%	0,4%	0,5%	0,5%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,6%	0,8%	0,8%
Servicios de hospital	1,1%	0,8%	0,7%	0,7%	1,2%	1,1%	1,1%	1,0%	0,9%	1,1%	1,3%
Servicios de hospital	1,1%	0,8%	0,7%	0,7%	1,2%	1,1%	1,1%	1,0%	0,9%	1,1%	1,3%

Fuente: Elaboración propia en base a Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares Urbanos y Rurales-INEC, 2012.

Tabla 20. Disponibilidad media de determinados medicamentos genéricos (%).

País	Median availability of selected generic medicines (%) - Private	Median availability of selected generic medicines (%) - Public
	2007-2013	2007-2013
Brasil	76,7	0,0
China	13,3	15,5
Haití	54,3	17,6
Congo	31,3	21,2
Filipinas	21,7	26,8
Bolivia	86,7	31,9
Nigeria	65,8	35,0
República Unida de Tanzania	50,0	37,8
Mongolia	90,0	38,7
Kazajistán	86,7	40,0
Ecuador	71,1	41,7
México	50,0	42,6
Bahamas	42,9	43,2
República de Moldavia	56,0	46,0
Ruanda	80,0	46,3
Burundi	58,3	46,7
República Dominicana	65,0	52,0
República Democrática del Congo	65,4	55,6
Santo Tomé y Príncipe	22,2	56,3
El Salvador	78,6	58,4
Malawi	55,6	63,3
Indonesia	57,8	65,5
Uganda	78,0	70,0
Zambia	81,3	74,0
Nicaragua	87,1	75,0
Sudán	91,7	77,1
Afganistán	94,0	81,1
Colombia	90,7	86,7
Burkina Faso	72,1	87,1
Ucrania	91,4	88,6
Mauricio	70,0	88,8
República Árabe Siria	98,2	93,0
Irán	96,7	96,7
Omán	70,3	96,7
Islas de Cook	33,3	100,0
Federación Rusa	100,0	100,0
India	2,8	0,0
Kirgizistán	70,0	0,0
Promedio		55,2

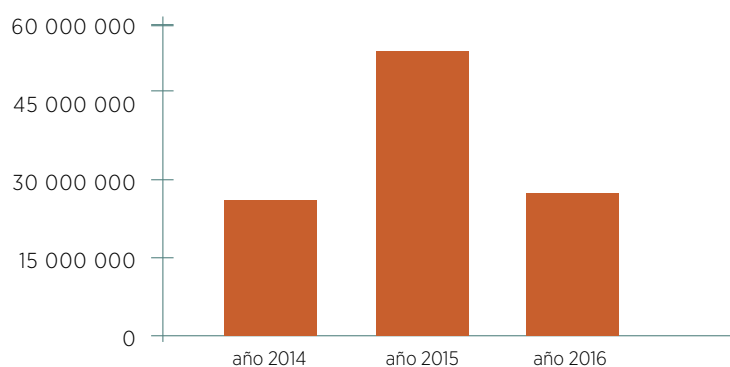
Fuente: elaboración propia con datos de WHO, 2014.

Tabla 21. Relación de precio medio de genéricos, en relación con el precio medio internacional.

Países	Median consumer price ratio of selected generic medicines - Private	Median consumer price ratio of selected generic medicines - Public
	2007-2013	2007-2013
Irán	1,3	1,3
China	1,4	1,6
Indonesia	2	1,8
República Democrática del Congo	2,3	2
Burundi	2,8	1,7
Burkina Faso	2,9	2,2
Colombia	3,1	
Kirgizistán	3,4	
Ruanda	3,6	1,7
Ucrania	3,7	4
Malawi	3,9	
Nigeria	3,9	2,9
Federación Rusa	4,1	2,7
Islas de Cook	4,5	
Bolivia	4,5	3,5
México	4,7	
República de Moldavia	4,7	5,2
Zambia	4,7	
Ecuador	5	
Perú	5,6	1,4
Nicaragua	5,7	
Mauricio	5,9	
Haití	7,3	4,8
Omán	7,4	
República Dominicana	9,4	1,2
Filipinas	10,8	10,8
Brasil	11,3	
Congo	11,5	6,5
Santo Tomé y Príncipe	13,8	2,4
El Salvador	16,4	
Bahamas	15,9	2,2
India	86,3	33,1

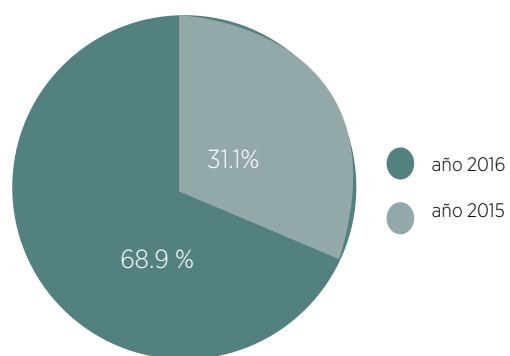
Fuente: elaboración propia con datos de WHO, 2014.

Ilustración 7. Producción anual de Enfarma.



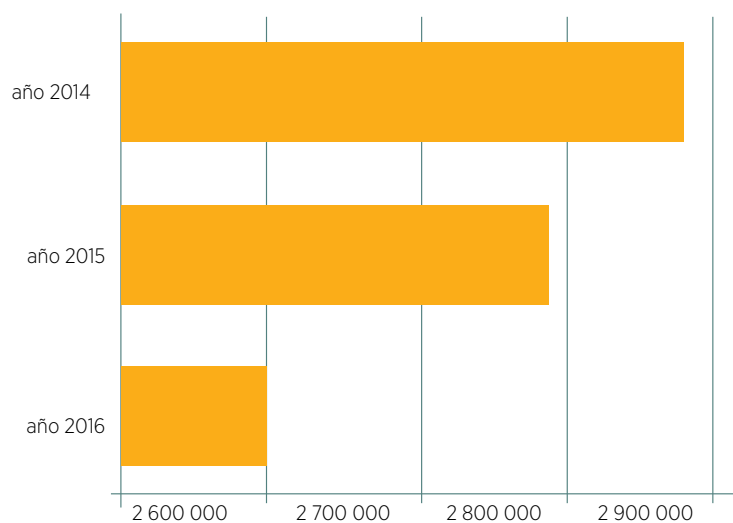
Fuente: Elaboración propia con información de Enfarma.

Ilustración 8. Inversión anual de Enfarma.



Fuente: Elaboración propia con información de Enfarma.

Ilustración 9. Gasto corriente.



Fuente: Elaboración propia con información de Enfarma.

Tabla 22. Presupuesto del año 2016.

Etiquetas de fila	Suma de Reducción de Ventas (Final)
INGRESOS CORRIENTES	17,290,000.00
1.4 Venta de bienes y servicios	17,290,000.00
INGESOS CAPITAL	0.00
2.8 Transferencias y donaciones de capital e inversión	0.00
INGRESOS DE FINANCIAMIENTO	11,916,257.25
3.7 Saldos disponibles	552,151.59
3.8 Cuentas pendientes por cobrar	11,364,105.66
TOTAL INGRESOS	29,206,257.25
GASTOS CORRIENTES	2,383,056.29
5.1 Gastos de personal	1,486,089.61
5.2 Prestaciones de seguridad social	219,896.05
5.3 Bienes y servicios de consumo	603,932.55
5.7 Otros gastos corrientes	73,138.07
GASTOS DE PRODUCCIÓN	26,164,985.43
6.1 Gastos en personal para producción	1,582,644.56
6.3 Bienes y servicios para la producción	24,291,603.33
6.7 Otros gastos de producción	290,737.54
GASTOS DE INVERSIÓN	12,329.90
7.1 Gastos en personal para inversión	0.00
7.3 Bienes y servicios para inversión	12,329.90
7.5 Obras públicas	0.00
7.7 Otros gastos de inversión	0.00
GASTOS DE CAPITAL	645,885.63
8.4 Bienes de larga duración	645,885.63
TOTAL GASTOS	29,206,257.25
EXCEDENTE PRESUPUESTARIO	0.00

Fuente: Elaboración propia con información de Enfarma.

El cierre de Enfarma pone de manifiesto la pérdida de una oportunidad significativa para garantizar los derechos a la salud en el país. Existía una ventana de oportunidad financiera mientras el crecimiento económico se sostuvo, gracias a los términos de intercambio favorables para Ecuador. También se disponía del marco normativo que concedía las competencias para construir el complejo farmacéutico público del país. El análisis sugiere que el fracaso se explica, en gran medida, por la falta de rectoría adecuada y por las presiones de la industria farmacéutica transnacional y nacional.

Se pierde una oportunidad para cambiar la matriz productiva y superar el modelo extractivista-importador, objetivo que se podía lograr solamente con políticas claras en desarrollo e innovación, lideradas por una adecuada presencia estatal y con una clara estrategia de relacionamiento con el sector privado, que debía incluir mecanismos de control del poder de mercado.

Esta publicación fue financiada por el proyecto **Plataforma por el Derecho a la Salud**

