

Francisco Durand | Emilio Salcedo
Edmundo Beteta | Oliver Elorreaga
Camila Gianella

PATOLOGÍAS DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO



FONDO
EDITORIAL

PONTIFICAL UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

Patologías del sistema de salud peruano

© Francisco Durand, Emilio Salcedo, Edmundo Beteta, Oliver Elorreaga
y Camila Gianella, 2020

© Pontificia Universidad Católica del Perú, Fondo Editorial, 2020
Av. Universitaria 1801, Lima 32, Perú
feditor@pucp.edu.pe
www.fondodeeditorial.pucp.edu.pe

© Oxfam © Oxfam América Inc
Equipo de Políticas y Campañas de Oxfam en Perú
Calle Diego Ferré 365, Miraflores, Lima, Perú
<http://peru.oxfam.org>

Diseño, diagramación, corrección de estilo y cuidado de la edición:
Fondo Editorial PUCP

Primera edición: diciembre de 2020
Tiraje: 500 ejemplares

Prohibida la reproducción de este libro por cualquier medio,
total o parcialmente, sin permiso expreso de los editores.

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú Nº 2020-09326
ISBN: 978-612-317-620-4

Impreso en Aleph Impresiones S.R.L.
Jr. Risso 580, Lima - Perú

INTERESES, GREMIOS Y SITUACIONES DE CAPTURA DEL ESTADO EN SALUD

Francisco Durand y Emilio Salcedo
Pontificia Universidad Católica del Perú

Este capítulo estudia casos que permiten entender mejor el rol de los intereses económicos y burocráticos en las instituciones y en las políticas del sistema de salud público y privado, así como sus consecuencias. Asimismo, aborda el tema desde una perspectiva crítica que toma en cuenta «patologías» del sector salud, que es un lado oscuro que rara vez se discute.

Comenzamos preguntándonos si ocurre la «captura del Estado», para luego desarrollar los elementos que permitan contestar esta interrogante a partir de fuentes secundarias y casos sobre los cuales existe un nivel aceptable de información. Se trata de una primera exploración o acercamiento sobre el tema de influencias indebidas y excesivas de intereses sobre el Estado.

Se entiende por captura del Estado al proceso de influencias generada por élites económicas y políticas, situación que puede darse en distintas combinaciones —por ejemplo, puede iniciarse por parte de una de aquellas élites en colusión con las otras y viceversa— para «dictar leyes» o «comprar leyes». Estas influencias

excesivas o indebidas generan distorsiones en las políticas públicas (recursos, tratamientos, precios) para beneficiar materialmente a élites económicas y político-burocráticas. En el caso del sector salud, dichas influencias afectan la cobertura, los costos, la calidad y el acceso de usuarios de distintos niveles de ingreso, desde los más ricos hasta los más pobres, atendidos en entidades públicas o privadas. Ello ocurre al punto de generar distorsiones de mercado, hecho visible sobre todo en la generación de precios deshonestos de medicamentos y de tratamientos que afectan a los ciudadanos de distintos estratos socioeconómicos. Los precios deshonestos —problemática discutida por el doctor Makary en Estados Unidos— están directamente asociados a las prácticas de entidades de salud con fines de lucro que muestran altos niveles de concentración. Se trata de un problema global, visible sobre todo en países donde se pone el énfasis en la salud privada, como es el caso del Perú o de Estados Unidos¹. En este capítulo también analizamos si el sistema de representación de intereses económicos y profesionales del sector salud contribuye o no a superar las patologías encontradas.

Cabe precisar que la captura puede manifestarse a escala nacional y ser un problema amplio de influencias sobre el Estado al más alto nivel, como se ha sostenido en otros estudios (Durand, 2016), y también puede expresarse en actividades específicas (sectores) como salud u otras, de acuerdo con sus respectivas características.

¹ Véase al respecto el libro del doctor Marty Makary (2019), que centra su análisis en la noción de precios deshonestos de medicinas y tratamientos. En el Perú, este problema es más acentuado debido a que prima una economía más oligopolizada y menos regulada.

Dada la importancia de la salud para el bienestar general, si la captura llega a manifestarse con fuerza, e incluso se institucionaliza o normaliza, estamos frente a un problema serio o grave. El efecto mayor recae en los más pobres, quienes son los que más necesitan cobertura y apoyo del Estado, así como atención oportuna, de calidad y costo moderado (*«precio honesto»*) por parte del sistema privado, pues sin esa noción de lo social no podrían —literalmente— ser saludables. Este efecto, a su vez, genera preguntas sobre la manera en que está organizado el sistema de salud y si debe reformarse.

La salud de los pobres depende entonces de los dos principales actores del sistema que manejan la oferta: el público y el privado. Idealmente, estos dos actores deberían complementarse positivamente, ya sea porque cumplen roles independientes o porque deben autorregularse o corregularse en función al interés público. El otro escenario es la complementariedad negativa, que es lo que genera la captura del Estado. En el Perú contemporáneo detectamos situaciones preocupantes de complementariedad negativa. No sabemos qué tan generales son debido a la ausencia de estudios que evalúen las prácticas más generalizadas, pero los casos encontrados son preocupantes e indicativos de un problema mayor cuya magnitud está por determinarse. Por ejemplo, puede ocurrir con cierta frecuencia que el Estado, influido por privados o en colusión con funcionarios, adquiera tratamientos caros y menos efectivos; aproveche los seguros de salud públicos para aumentar su demanda, especular y genera sobrecostos; o generar una escasez artificial de medicinas, al mismo tiempo que ocurren mermas en las farmacias públicas para derivar a los usuarios al sector privado.

Como consecuencia grave se presentan algunas situaciones en las que el pobre pierde y el Estado, como entidad de garantía del interés general, no funciona; en consecuencia, se perpetúan las desigualdades y las debilidades institucionales. Al ocurrir estas situaciones, la población deja de tener un acceso igualitario, oportuno y efectivo a la salud, problema que se agrava cuando ocurren grandes crisis, como es el caso de las pandemias.

En el caso de los sectores de altos ingresos, estos costos de la captura no son tan serios —no obstante, es preciso señalar que estos ciudadanos tienen el mismo derecho—, aunque no por ello deben dejar de considerarse. El derecho a la salud es universal; por ende, es relativo el efecto del costo excesivo o indebido en las élites. Estos grupos sociales pueden acceder a servicios de salud en el país y en el extranjero y pagar los sobrecostos que genera la captura, sobre todo en materia de distorsión de precios de tratamientos y medicinas. En el caso de los sectores de ingresos medios, la captura del Estado es un problema, dada la relativa limitación de sus recursos que, cuando se trata de enfermedades graves, les impide tener adecuados tratamientos. Hay, entonces, efectos diferenciados según niveles de ingreso.

Para entender la problemática de captura en salud debemos identificar a los principales actores y especificar en qué sistema operan —público o privado— y luego explicar sus roles cuando sucede dicha captura. Para avanzar en esta dirección, este capítulo discute qué entendemos por captura del Estado desde la perspectiva de los actores, ya sean privados o estatales; identifica a los grandes actores económicos privados; presenta un mapa de representación de intereses, que incluye a los productores de bienes y servicios de salud, profesionales, trabajadores, usuarios y ciudadanos; y estudia algunas situaciones y casos visibles —es decir,

los casos documentados, que son pocos— en los que se detectan algunos problemas típicos de captura, ya sea que provengan del sector privado, que se encuentren dentro del Estado o que articulen ambos, de tal manera que predomine el lucro y ello afecte el interés público al ocurrir un conflicto de intereses.

1. SEPARACIÓN DE FUNCIONES

La separación de funciones, explicada en el marco conceptual, es un arreglo institucional que suele acompañar la implementación de la compra estratégica. Tener entidades distintas con un mandato claro para la rectoría, financiamiento y prestación de servicios permite aprovechar las ventajas de la especialización (Oyarzo y otros, 1999; Mathauer, Dale & Meessen, 2017); y abordar problemas diversos de ineficiencia y corrupción (Vian, 2007; Gupta, Tiongson & Davoodi, 2000), como ya se mencionó en el punto 2 de esta sección. La relación ideal entre los organismos separados funcionalmente debería ser de colaboración; y puede haber situaciones de contraposición de intereses que requieran negociación y contrapeso —por ejemplo, un hospital con preferencias por mayor presupuesto con un nivel de esfuerzo moderado, frente a un asegurador que busca el mayor resultado en calidad de atención y salud del afiliado a un costo razonable—, en beneficio de la ciudadanía².

² Nótese que EsSalud, el subsistema público para trabajadores (régimen contributivo), después de décadas de existencia, está en proceso de diseñar la separación de funciones y la creación de un ente distinto del prestador que haga la función de IAFAS. Es relativamente nuevo en el sistema de salud peruano que los establecimientos de salud tengan enfrente a un asegurador como contrapeso institucional. No es trivial que los hospitales acepten negociar condiciones de mejora de la atención con un asegurador, dadas sus carencias de recursos (personal, equipamiento) y las enraizadas normas de comportamiento basadas en la jerarquía y autoridad de los profesionales de la salud respecto a otros actores (Vian, 2007; Hussmann, 2011).

Asimismo, este capítulo muestra que falta aprovechar las potenciales ventajas de la separación de funciones entre el SIS y los hospitales, y que la fragmentación del financiamiento de las atenciones que reciben los afiliados es obviamente un obstáculo. Los establecimientos públicos de salud dependen principalmente de decisiones presupuestales del Minsa y del MEF (presupuesto histórico y de programas presupuestales) que no promueven resultados ni la cabal cobertura de las necesidades en salud. Por otro lado, que el Minsa concentre funciones de rectoría y de prestación dificulta la labor del SIS (IEP, 2017; Comisión de Protección Social, 2017).

Sin duda, al SIS le iría mejor como financiador si el Minsa progresara en la labor de rectoría, pero también si los hospitales avanzan en autonomía (Mathauer, Dale & Meessen, 2017). Esto último implica que tengan capacidad efectiva de decisión sobre su gestión, en lugar de que otros definan la mayor parte de su presupuesto y dotación de recursos. Si el SIS avanza en la compra estratégica, los hospitales estarían en mejores condiciones de responder a los estímulos de los mecanismos de pago por desempeño (IEP, 2017) mientras abordan carencias de personal, equipamiento e insumos, de modo que pueda hacerse compatible el bienestar ciudadano con mejoras en las condiciones de trabajo de los servidores públicos de salud.

Un tema que merece atención es cuánta autonomía requiere el SIS para ejercer adecuadamente (con separación) la función de financiamiento. Por un lado, tiene sentido que oriente su labor al logro de los objetivos de salud que define el ente rector (Minsa) y, por eso, es actualmente un organismo público ejecutor (OPE). Pero la necesidad de una gestión más autónoma y eficiente para promover el bienestar del afiliado frente a los prestadores de salud

y sus intereses particulares lleva a planteamientos que merecen evaluación futura, como el de convertir al SIS en una empresa de seguros o en un organismo técnico especializado adscrito al Minsa o, incluso, como planteaba un experto en el taller realizado durante esta investigación, sacarlo del ámbito del Minsa. Respecto a revisar la actual situación del SIS como organismo público ejecutor, la Comisión de Protección Social (2017) propuso mantener la adscripción del financiador al Minsa y fortalecer a un asegurador público único y hacerlo un organismo técnico especializado (OTE). Ello implica un proceso de selección del jefe institucional a cargo de una entidad colegiada como el Consejo Nacional de Salud³, un mandato por un período definido independiente del de otras autoridades de salud y un consejo directivo que incluya a entidades del gobierno nacional, subnacionales y sociedad civil.

Consolidar la separación de funciones es procurar un equilibrio entre autonomía y responsabilidad (rendición de cuentas). En esta investigación, encontramos puntos de vista diferentes en los actores consultados: desde aquellos que creen que el SIS tiene poco espacio de decisión porque estos están definidos por otras entidades en cuanto a su población beneficiaria y criterios de elegibilidad, su presupuesto, y el marco normativo para construir sus tarifas (Prieto y otros, 2014); hasta quienes piensan que hay mucho poder discrecional de sus funcionarios que, si es mal utilizado, puede conducir a presuntas irregularidades como las descritas en el capítulo anterior.

³ El Consejo Nacional de Salud es un órgano consultivo del Ministerio de Salud integrado por representantes de entidades del sector público y de la sociedad.

En cualquier caso, creemos que es el Minsa, de quien actualmente depende la designación y la remoción de las autoridades del SIS, el ente responsable de mostrar voluntad política para consolidar lo avanzado en la separación de funciones. De hecho, el apartado anterior sobre capacidades mostró que una experiencia como la iniciativa de mejora en los mecanismos de pago del SIS de 2017 es factible en el marco legal vigente. Es decir, existe una separación de funciones que el país debería optimizar.

2. CAPTURA DEL ESTADO

La captura del Estado es un concepto de las ciencias sociales que nace de los estudios de captura regulatoria de la economía Política (Stigler, 1971) y que es discutido luego por otras disciplinas como la sociología y la ciencia política (Durand, 2019b). Existen distintas vertientes y varias maneras de entender y estudiar la captura. Ello tiene que ver con cambios en el contexto y desarrollos teóricos. Este concepto, y las teorías que lo sustentan, cobran mayor interés a comienzos del siglo XXI debido a la percepción de que «algo está mal». Por lo mismo, se demanda una visión realista (poder, dominio de mercado, cooptación) antes que una idealista (gobernanza, equilibrio de mercado, democracia representativa).

La tesis de la captura del Estado puede explicar mejor cómo se toman decisiones de política pública a partir de influencias. Este juego de poder de actores poderosos hace perder al Estado el sentido de interés público y ello deriva en situaciones que generan, innecesariamente, beneficios privados (Innes 2014; Cortés & Itriago, 2018).

Estas influencias pueden ser tanto legales como ilegales, concretas como generales, manifiestas como sutiles (como, por ejemplo, las ideológicas). A las legales se las define como «influencias

excesivas», basadas en instrumentos como la financiación electoral, el *lobby*, la puerta giratoria y la presión mediática (para poner o sacar temas de la agenda), lo que permite «dictar leyes» —y también aplicarlas y evaluarlas sesgadamente— (Omelyanshuk, 2001). Por su parte, las ilegales son aquellas «influencias indebidas» y están basadas principalmente en sobornos; es decir, están ligadas a la corrupción, lo que permite «comprar leyes» (Hellman & Kauffmann 2001). En cualquier caso, sea legal, dudosa o ilegal la influencia, las élites económicas y políticas actúan —generalmente a varios niveles y de manera oculta— relacionadas o coludidas en una toma de decisiones que afecta el interés público o, si se quiere, el bien común.

Estas formas de influencia corporativa, al actuar coordinadamente con *think tanks* conservadores, intermediarios corporativos, aliados políticos y mediáticos —es decir, al organizar la influencia colectiva de forma más compleja y de largo plazo—, pueden dar lugar a la captura cognitiva o cultural (Kwak, 2014). De ese modo, los funcionarios actúan a favor del interés privado por las ideas o convicciones que han asimilado y, también, debido a quienes los apoyan en la obtención de cargos. Por ejemplo, en los organismos reguladores eligen personal, generalmente directivo, reclutado de ciertos círculos selectos; ello los lleva a dejar de regular y, por tanto, ya no cumplen el mandato de servir el interés público cuando este entra en contradicción con el privado.

Estamos frente al uso y abuso del poder, a la irresponsabilidad pública en el ejercicio del poder. Ello, sin embargo, no se limita a actores privados —sobre todo a los más grandes, a las corporaciones y sus redes de apoyo y asociados—, sino también a otros de menor tamaño que operan fuera de la ley, como los importadores y distribuidores de medicamentos falsos (Confiep, 2019, p. 98).

Existe otra situación de captura cuando determinados actores burocráticos —empleados del Estado regulares o profesionales de la salud empleados, insertados en el Estado—, lo usan para obtener un beneficio particular y actúan en colusión con agentes privados y defienden un *statu quo* para poder defender sus intereses particulares.

Este segundo tipo de «captura burocrática» es el reverso del primero de «captura corporativa» y «captura cognitiva». En este caso, personal del Estado forma anillos de influencias —en algunos casos denominados «mafias»— con actores privados para beneficiarse materialmente, aprovechando vacíos o inconsistencias legales y fallas administrativas para lograr sus propósitos. Entretanto estos intereses están ocultos dentro del Estado y forman una suerte de camarilla, o hasta una mafia, si se encuentra organizada con propósitos criminales. Este tipo de captura es difícil de detectar como para estimar su *modus operandi*; sin embargo, a partir del análisis de algunos casos periodísticos o judiciales, y de escándalos que generan grandes revelaciones ocasionalmente, es posible confirmar su existencia y dar cuenta de cómo operan algunos de ellos.

Obviamente, estas posibilidades de influencia y abuso —que se pueden combinar mediante el uso de instrumentos legales (en este caso se prefiere la influencia sobre el Ejecutivo para que legisle por decreto) e ilegales, y originarse desde el mercado hacia el Estado o desde el interior del Estado hacia el mercado— dependen de situaciones históricas y presentes que generan una correlación de fuerzas asimétrica a favor de los actores captores. Diversos estudios sobre captura indican que, gracias a la asimetría y al haber aprendido a movilizar sus recursos materiales política e ideológicamente (agencia), los actores captores crean un sistema

de puentes (formal, público) y túneles para establecer una relación colusiva, a veces corrupta, entre fuerzas del mercado y del Estado. En otras palabras, se termina construyendo una «trama oculta del poder» (Oszlak, 2016).

Cabe remarcar que las situaciones de captura generan una dinámica de conflicto o resistencia entre los defensores de los intereses públicos y los actores captores, que terminan ocupando, por un tiempo, posiciones de autoridad con aliados.

Diversos autores especializados en el análisis de la captura del Estado que analizan estas situaciones en América Latina, la ex-Unión Soviética y África, así como en países de otros continentes, reconocen que la captura está condicionada por factores históricos e institucionales. Asimismo, destacan factores como la concentración del poder económico en manos de unas cuantas grandes empresas (corporaciones), un Estado discrecional y desigualmente desarrollado y corrupto —que opera con gobiernos y políticos que llegan con una cultura clientelística de servirse del Estado— y una sociedad civil débilmente organizada, dispersa y que tiene dificultades para hacer sentir su voz, ya sea mediante la protesta o la propuesta (Omelyanshuk, 2001; Fuentes-Knight, 2016; Public Protector of South Africa 2016; Durand, 2019).

Estas condiciones son bastante nítidas en el caso peruano, en las últimas décadas. Desde 1990, el Perú funciona con un modelo extremo de libre mercado, fuertemente concentrador de poder en las corporaciones, y con actores corporativos con altos niveles de influencia mediática y política sobre el Estado, la democracia, los profesionales de la salud y la sociedad civil. Funciona, asimismo, con un Estado con bajas capacidades regulatorias y fiscalizadoras, lo que pone de relieve fuertes problemas de corrupción pues en su interior se suelen formar camarillas o mafias burocráticas.

Finalmente, funciona con una sociedad civil debilitada y dispersa debido a la precarización del trabajo y a la existencia de un vasto sector de empresas y trabajadores informales, pero donde los grupos de interés con mayores recursos materiales, los profesionales y las empresas formales logran altos niveles de representación de intereses.

Estos tres conjuntos de factores se refuerzan cuando observamos que toda la estructura social, de arriba hacia abajo, comparte una cultura de trasgresión, de no acatamiento de las normas y de aprovechamiento privado de recursos o servicios públicos (*Revista Probad*, 2001; Portocarrero, 2004).

Estos factores en el sistema de salud sirven para desarrollar algunas hipótesis provisionales con distintos niveles de aproximación empírica, que es más fuerte en el sector privado que en el Estado:

1. La captura se manifiesta en el sector salud de dos formas, dependiendo de qué actor (económico-corporativo o político-burocrático) organiza el proceso de influencias: sobre el Estado o desde el Estado. Las dos formas coexisten y se refuerzan mutuamente, y tienden a crecer debido a la falta de frenos y controles.
2. Una primera manifestación de captura se evidencia en el manejo del sistema privado orientado a ganancias altas, en el cual un Estado permisivo y poco vigilante es fuertemente influido o capturado por grandes intereses en ciertas áreas que se han concentrado verticalmente hasta formar grupos de poder económico. El resultado es que la autoridad no logra moderar a los actores privados para ofrecer mejores y mayores oportunidades de tratamiento oportuno

y barato a los servicios de salud. Ello abre la posibilidad de que algunos actores poderosos desarrollem «influencias excesivas» sobre el Estado y la sociedad. En efecto, estas son formas complejas y organizadas de influencia sobre todos los actores e instituciones que pueden permitir ganancias altas. Aparte de manifestarse en el Estado o en los partidos, pueden hacerlo en la dependencia, por parte de los profesionales de la salud —ya sean privados o públicos—, incluyendo a sus centros educativos (universidades, escuelas de enfermería), de los grandes proveedores de medicamentos y equipamiento, así como de los colegios profesionales. Se forman así cadenas de influencias que comienzan en el proveedor, pasan por el Estado y las clínicas privadas, las farmacias y las boticas públicas y privadas, y terminan en el paciente. En este primer caso, podríamos hablar de «captura corporativa».

3. Una segunda manifestación de captura puede ocurrir cuando círculos colusivos de funcionarios públicos del sector salud, que operan con ineficiencias calculadas o corrupción, hacen que el Estado no pueda ofrecer adecuados servicios de salud, sobre todo a los más necesitados, u operan en un claroscuro de servicios privados y públicos para favorecer u operar prioritariamente en el primero (tratamientos, operaciones, mayor tiempo de dedicación). Estas carencias y fallas institucionales, a veces generadas a propósito, hacen que se desarrollen situaciones en las que los pacientes de entidades públicas puedan ser «derivados» al sector privado que opera colusivamente con este personal. En este segundo caso hablamos de «captura burocrática».

4. Las instituciones educativas, los proveedores, los órganos representativos de profesionales de la salud conviven con la captura corporativa y burocrática por parte de las organizaciones de la sociedad civil y las formas de representación de intereses de los productores privados de servicios de salud. Algunos tratan de cambiar esta coyuntura, ya sea dentro del Estado o fuera de él, desde la sociedad civil. La cuestión es cuál posición predomina: acomodo o cambio (de ser así, cambio incremental o reforma total), capacidad para diagnosticar y proponer o falta de voluntad para evaluar las patologías del sistema o de superación de los vetos que se van a generar para silenciar, minimizar o ignorar el problema. A pesar de que hay organizaciones y líderes a los que les preocupa el estado del sistema de salud, sobre todo entre los gremios profesionales y de trabajadores, la mayoría de las instituciones y profesionales tienden, por lo general, a mantener el *statu quo* y a defender intereses puntuales. No obstante, en situaciones de crisis, o cambio fuerte de la orientación del Estado en alguna vuelta del ciclo político, pueden aparecer condiciones para que se revelen ciertas patologías de captura en salud, tanto públicas como privadas, de modo que los reformadores deban tomar la iniciativa y proponer e implementar cambios. Es el caso de la pandemia de la COVID-19, situación de crisis global con efectos muy negativos en el Perú debido al estado de todo el sistema de salud que aquí hemos evaluado someramente.

3. ACTORES PRIVADOS Y TENDENCIAS A LA CONCENTRACIÓN ECONÓMICA

El Estado peruano, desde 1990 en adelante, ha adoptado una política económica de libre mercado y de promoción a las grandes inversiones como prioridad. Ello contribuye a estabilizar la economía y a retomar el crecimiento, pero también genera una creciente concentración del poder económico en manos de grandes corporaciones, lo que refuerza una asimetría de poder favorable para las corporaciones y desfavorable para el Estado, al perder capacidad o voluntad regulatoria y al debilitarse la sociedad civil. Parte de estas prioridades determinan el énfasis en la política y en el gasto público, cuyo efecto es una baja inversión en salud pública y una supervisión deficiente del sistema de salud. Ambos factores han generado una «tormenta perfecta» que se evidenció con la pandemia de la COVID-19 porque esta situación, y las patologías que genera, impiden un tratamiento oportuno y a menor costo de atención en un momento en el que la mortalidad crece de golpe y avanza a pasos agigantados.

Este fortalecimiento privado-corporativo en salud, la apuesta del Estado por la salud con fines de lucro y la desinversión en la salud pública ocurren cuando se desatan las condiciones para que entren grandes inversionistas, atraídos por las altas perspectivas de ingresos, en un segmento del mercado que comprende potencialmente a toda la población. El atractivo surge cuando quien se enferma puede quedar «cautivo» y ser víctima de servicios deficientes en el Estado y de «precios deshonestos» u operaciones innecesarias en el privado. Por ende, las fallas del Estado obligan a los usuarios a abastecerse o a tratarse en el sector privado.

A este problema, que es resultado de la captura, lo definimos como complementariedad, enfoque innovador que explica una tendencia negativa en la que la «ineficiencia» del sector público genera una demanda del «eficiente» sector privado, lo que le permite aprovecharse de su control de oferta al inducir la demanda. Los usuarios, dispersos y desorganizados, preocupados por la urgencia de sus necesidades de salud, son poco activos.

En estas condiciones de Estado y mercado, los capitales fuertes desarrollan un interés en diversificarse hacia rubros como la salud, al punto de que se van integrando verticalmente para ofrecer una gama de servicios que les permiten bajar los costos de transacción y generar los más altos niveles de ingreso posible con la venia o complicidad del Estado, hasta formarse esta complementariedad negativa.

Ahora bien, la existencia de esta patología no necesariamente quiere decir que penetre todo el sistema privado y público de salud. No tenemos un diagnóstico que nos permita estimar cómo operan todas las unidades. Sin embargo, dado que existen asimetrías de poder y grandes incentivos materiales en la generación de beneficios privados para los actores captores, la tendencia es que las patologías de malas prácticas y precios deshonestos de la salud con fines de lucro y su complementariedad negativa con el Estado se institucionalice —quizás ya se llegó a este punto— y crezca hasta convertirse en una patología dominante. En el caso del sector privado formal, no hay duda de la tendencia a la conformación de oligopolios de la salud que operan con prácticas cuestionables que generan altos niveles de lucro o que aprovechan de modo cuestionable los subsidios. El caso de los laboratorios y sus prácticas de venta debe ser también materia de evaluación, punto sobre el cual preferimos no extendernos.

En el ámbito del sector público, se detectan varios casos que indican un comportamiento perverso y aún queda por evaluar, por ejemplo —para señalar un caso importante—, qué tan generalizado es el problema de tráfico de medicinas que desaparecen de hospitales y centros de salud, de los pacientes que son derivados a propósito a los centros privados o qué tan transparente es el sistema de compras de medicinas y tratamientos en el mercado por parte del Estado (compras corporativas). Si es así, habría que especificar de qué agentes privados estamos hablando y si están o no vinculados a los grandes proveedores. Como se aprecia, necesitamos un diagnóstico más amplio para refinar las hipótesis y estimar el grado de generalización de lo que aquí llamamos captura del Estado.

Las corporaciones se desarrollan en el sector salud desplegando su poder estructural, político y discursivo, atraídas por los altos niveles de ganancia que se obtienen al adquirir lucros en distintos puntos de la cadena⁴. Las corporaciones más grandes y competitivas destacan porque, gracias a una asimetría de poder estructural, pueden penetrar rápidamente y con mucha fuerza por tener acceso más rápido a recursos y debido a que aprenden a usarlos como mecanismos de influencias. Aquí destaca el uso de la palanca financiera. Ello se complementa con su mayor influencia política sobre el Estado, para que facilite o legalice su penetración. También operan con su poder discursivo para legitimar la presencia de grandes capitales en el sector salud como un juego de suma positiva en el que «todos ganan». De ese modo, pueden

⁴ El punto más importante de la cadena en términos de lucro se ubica en las cadenas de clínicas y las farmacias o boticas, donde el paciente es «inducido» a curar la enfermedad con sobrecostos, mientras que al mismo tiempo se reducen los costos de los doctores (atención, ingresos).

convertirse raudamente en los principales agentes del mercado y desplazar a los capitales medianos y pequeños a través de compras o fusiones, o también al aprovechar las quiebras ocasionadas por la dificultad de seguir operando rentablemente, con lo cual se redefine la relación mercado-Estado.

Los grandes capitales también pueden concentrarse rápidamente porque tienen la libertad para hacerlo, ya que están protegidos por la Constitución privatista de 1993 y por las leyes que se han emitido desde 1990 a la fecha; de hecho, solo están sujetos a regulación si «abusan de la posición de dominio de mercado», pero donde la regulación es de bajo nivel debido a la ineficiencia, la corrupción o la falta de voluntad regulatoria de los organismos respectivos.

Estas características de alta concentración e integración de empresas en conglomerados diversificados con presencia creciente y amplia en el sector salud se observan nítidamente al formarse agentes que pueden manejar, en distintas combinaciones, empresas de seguros, clínicas, farmacéuticas, empresas importadoras de medicinas, proveedores de servicios varios, así como farmacias y boticas. Esta entrada de grandes capitales sugiere que el rubro salud es altamente rentable, tanto real como potencialmente. Asimismo, bajo la modalidad de asociaciones público privadas, el sector privado está expandiendo su presencia y está prestando servicios a entidades hospitalarias. La idea de que «el Estado es mal administrador» ha dado lugar a nuevas prácticas, como la de encargar a privados el lavado de toallas, sábanas, uniformes y otros materiales. Con ello, la línea de separación entre lo público y lo privado se ha ido borrando. Por ejemplo, existen salas privadas y servicios en los hospitales; los médicos trabajan en ambos sectores sobre la base de una dedicación de tiempo compartida. Entonces, según distintas modalidades, el sector salud entra cada

vez más a funcionar con mayor participación del sector privado bajo el supuesto de su mayor eficiencia y honestidad, pero sin que se evalúen los problemas y los costos, sobre todo para la población de más bajos ingresos.

Una identificación de los principales agentes, sobre todo de los grupos de poder económico, permite confirmar estas aseveraciones, lo que lleva a pensar que estos están en alta capacidad de influir en el Estado para defender sus intereses económicos y su rol en el sistema de salud. Ello también podría explicar algunas situaciones en las que existen oportunidades o realidades de abuso de posición de dominio de mercado y situaciones de captura que explicarían la falta de voluntad regulatoria por parte del Estado. Ello no cuestiona que, para ciertos servicios, los seguros y clínicas privadas ofrezcan alta calidad, salvo que los tratamientos requieran hospitalización y tratamientos complejos que solo ofrecen los hospitales especializados del Estado.

Varios de los más grandes grupos de la economía peruana (Romero, Brescia, Intercorp, Enfoca) tienen presencia en el sector salud, lo que constituye un hallazgo importante. Estos grupos se han expandido en este ámbito en las últimas décadas, sobre todo con el mecanismo de las compras o fusiones (*M&A, mergers & acquisitions*), gracias a su posición dominante en el sistema financiero. Asimismo, nuevos grupos, muy agresivos en términos de lucro, también han entrado con fuerza en el sector, lo que indica que se trata de una actividad estratégica para sus planes corporativos de alta rentabilidad.

Tanto los grupos antiguos como los nuevos tienen o buscan influencia mediática, ya que son importantes anunciantes en los medios a través de sus numerosas empresas y usan parte de sus recursos en publicidad e influencias. En el caso de un grupo

nuevo, este tiene la ventaja de tener presencia directa en los medios de comunicación al haber comprado un canal de televisión de señal abierta. A partir de esta presencia, influye en la doble estrategia de legitimar la presencia corporativa en el sector salud y sacar de la agenda temas problemáticos que pueden generar cuestionamientos.

Una breve identificación de los principales agentes que operan en salud, partiendo del *top tier* —la cúpula de la pirámide empresarial—, sirve para sustentar con más detalle la hipótesis del rol crecientemente importante de las corporaciones y el desplazamiento de capitales menores que operaron en el sector.

Luego de una primera mirada, encontramos que tres de los cinco conglomerados financieros-industriales-comerciales más importantes de la economía peruana han generado una rama en el sector salud. Para estos grandes operadores privados, la salud constituye una rama más de acumulación, no necesariamente la más importante, pero lo suficientemente atractiva debido a su rentabilidad. Estos grupos siguen una tendencia internacional, desarrollada sobre todo en Estados Unidos, que no cuenta con un sistema público de servicios médicos. Varios son los factores (financieros, tecnológicos, económicos y regulatorios) que, en la economía mundial globalizada y crecientemente privatizada y concentrada, explican esta tendencia (Deloitte, 2019). Sin embargo, es posible que las corporaciones que actúan en el Perú y en otros países similares tengan en cuenta ciertos indicadores, por ejemplo, el gasto per cápita en medicamentos. De acuerdo con Amaro, para citar un indicador, el Perú tiene «un modesto volumen de fármacos per cápita (US\$ 165.4), que se encuentra muy detrás de Chile (US\$ 187.2), Ecuador (US\$ 165.4) y Brasil (US\$ 1601)» (2018, p. 150).

Asimismo, constatamos que existen varios operadores privados del rubro que han acumulado capitales como para diversificarse y se han especializado en salud; se trata de operadores medianos en cuanto a la economía peruana y algunos de ellos están en capacidad de entrar en otras actividades no relacionadas. Estamos frente a algunos casos «exitosos» de operadores privados de la salud que no han sido desplazados, comprados o fusionados con los del *top tier*.

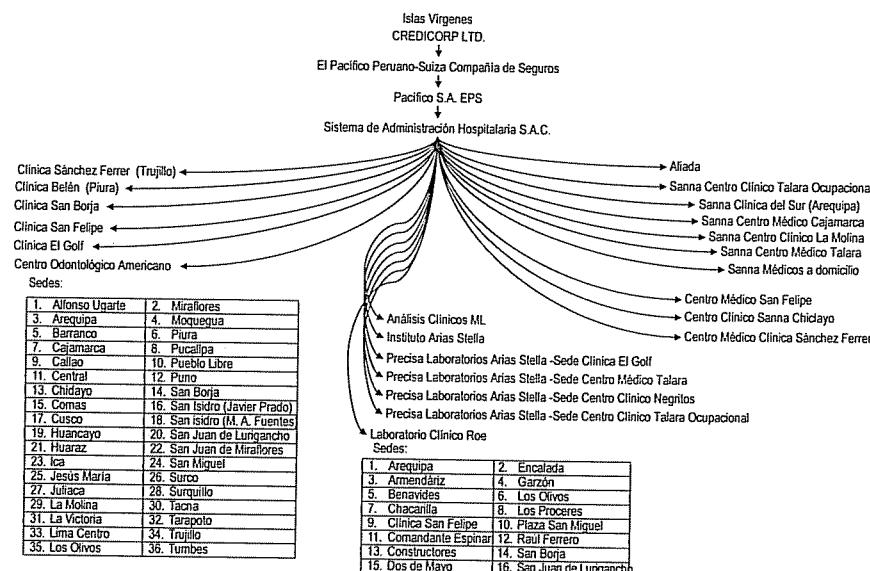
Los grandes grupos son actores más fuertes, no solo porque tienen más capitales sino porque gozan de una posición dominante en el sistema financiero —empresas de seguros, sobre todo— y a partir de ahí pueden planificar agresivamente su entrada o consolidación en el rubro. Los grupos financieros compran o construyen clínicas, cadenas farmacéuticas y van reordenando la provisión de servicios privados de salud, así como influyendo en las compras e interrelaciones con el Estado. Por lo tanto, tienen una doble influencia en el ámbito privado de la salud y en el público.

A continuación, enumeramos y caracterizamos los principales grupos de poder económico o conglomerados en el rubro salud, entre los que destacan dos grupos antiguos y dos nuevos; luego identificaremos a los secundarios, escalón por escalón, empezando por el *top tier*.

- Grupo Romero. Opera en el sector financiero como el grupo más importante del sector seguros a través de Credicorp (y el subgrupo Banco de Crédito, el más antiguo del país), mediante el cual controla su rama de salud. El Grupo Romero también domina el rubro alimenticio con Alicorp, lo que también se extiende a infraestructura (almacenes, puertos), palma aceitera y productos para la cocina.

Se trata de un supergrupo que ha reforzado su presencia en el sector salud. Posee 74 centros médicos en el país, cinco clínicas y tres cadenas de laboratorios. Tiene, además, presencia y propiedad en seguros (Pacífico Seguros), EPS (Pacífico EPS), AFP (AFP Prima) y red de clínicas (SANNA). El árbol de empresas del Grupo Romero (figura 1) da cuenta de su compleja y poderosa estructura, y es un ejemplo de cómo, en las últimas décadas, este poderoso conglomerado financiero del país se ha diversificado hacia el sector salud y ha formado un influyente subgrupo en el que destaca la compra de clínicas formadas por médicos que son desplazados del mercado. En materia de afiliados, Pacífico EPS, hasta 2017, lideraba el mercado con un 36% (Durand, 2017c, p. 7).

Figura 1. Integración vertical de la rama salud del Grupo Romero/Credicorp

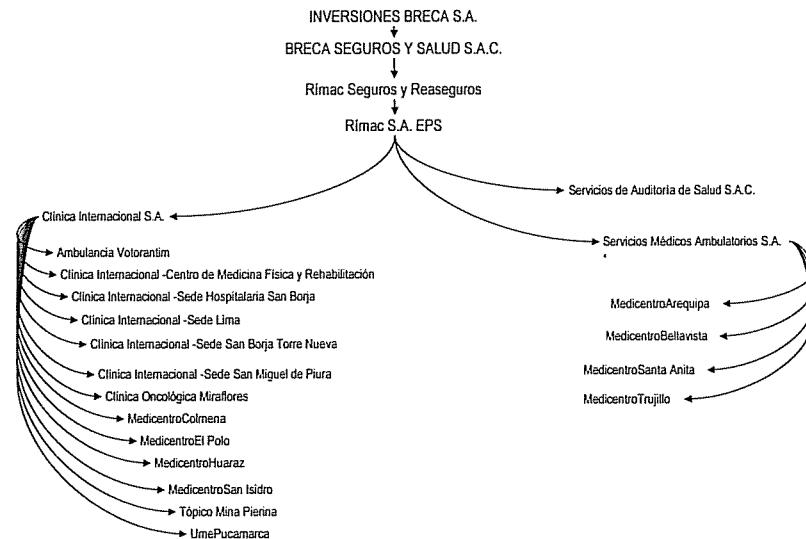


Fuentes: Superintendencia del Mercado de Valores, Sanna y Ojo Público.

- Grupo Brescia. Opera en el sector financiero al compartir el control del Banco Continental con el BBVA de España (resultado de la privatización del banco estatal en los años noventa). Su vieja compañía Seguros Rímac es la principal del país desde hace décadas. Este grupo es también el principal productor pesquero, tiene cadenas hoteleras y un complejo de empresas industriales vinculadas a la minería, entre otros negocios.

En salud, el Grupo Brescia es propietario de la Clínica Internacional, con cinco sedes en la ciudad de Lima, y de la cadena de centros de salud Medicentros, con presencia en Lima y en al menos tres regiones más del país. Rímac EPS está ligeramente detrás de Pacífico EPS, con 33,4% de los afiliados (Durand, 2017c, p. 7). Entre los dos, estos gigantes de seguros concentran el 60,4% de los afiliados.

Figura 2. Estructura del Grupo Brescia

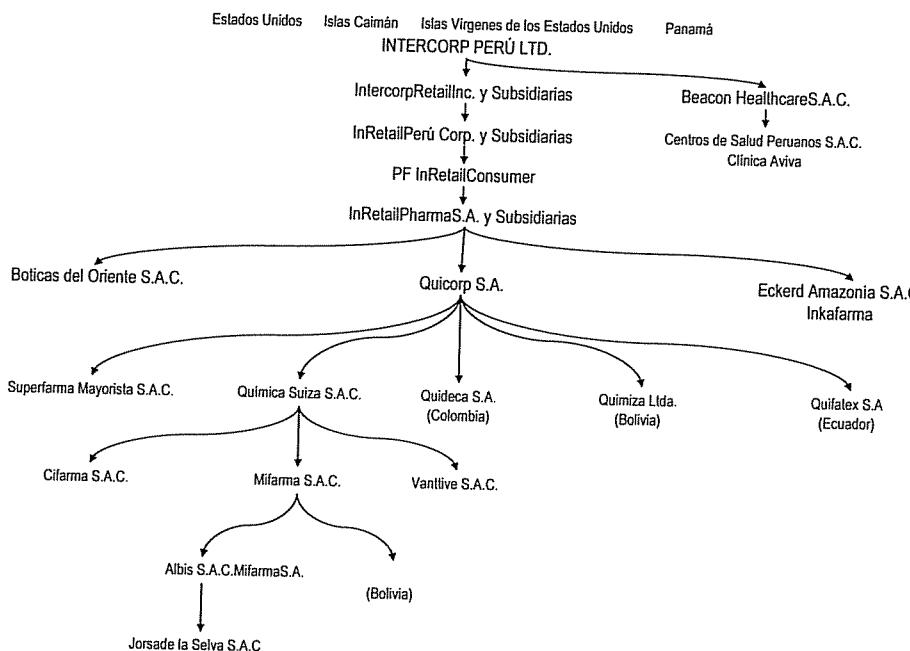


Fuentes: Superintendencia del Mercado de Valores, Clínica Internacional y Ojo Público.

La figura 2 presenta el árbol de empresas de este grupo, cuya proyección a salud, como en el caso anterior, se hace a partir de su presencia en finanzas (banca y seguros).

- Grupo Rodríguez-Pastor. Este otro gran grupo logró una posición dominante a partir de la privatización del Banco Internacional en 1994, transformado luego en Interbank, manejado desde el *holding* Intercorp. El grupo ha entrado luego a diversos sectores como educación, centros y tiendas comerciales, cines y franquicias de restaurantes. También se encuentra entre los cinco principales grupos peruanos.

Figura 3. Estructura del Grupo Rodríguez-Pastor

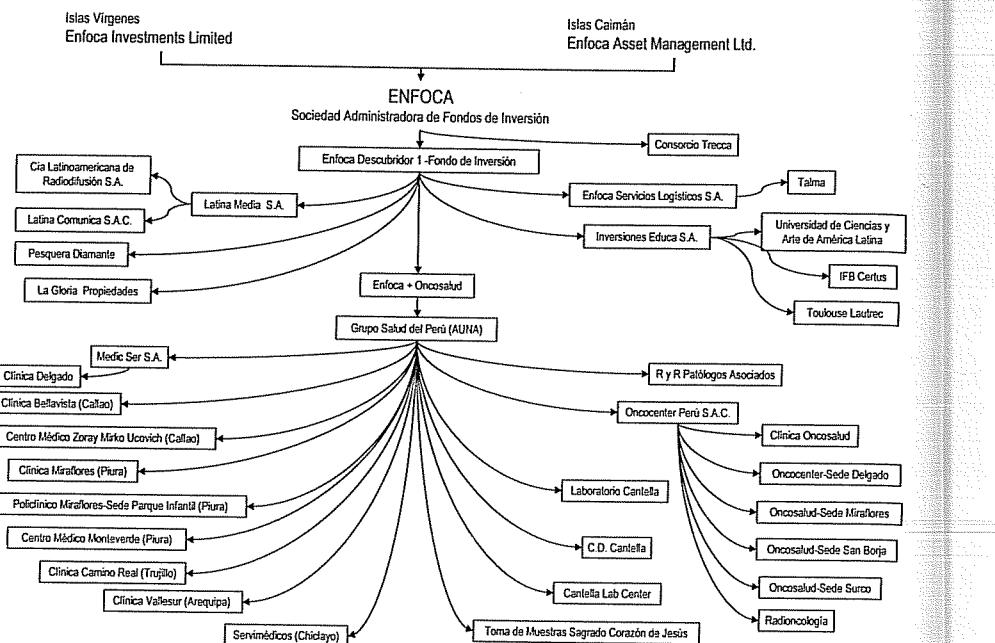


Fuente: Superintendencia del Mercado de Valores.

En 2018, ganó una mayor presencia en salud, específicamente en la comercialización de medicamentos. Intercorp, a través de su subsidiaria Eckerd Perú, que administraba la cadena de farmacias Inkaarma, comprada a su vez al grupo Chlimper, ha dado un salto al fusionarse con Química Suiza (Quicorp S.A.), empresa que controlaba las cadenas Mifarma, BTL y Fasa. En 2017, este grupo de poder controlaba el 52,8% de las cadenas de farmacias (Durand, 2017c, p. 7); en 2018, con la compra de Quicorp, pasó a controlar el 80%.

- Grupo Enfoca. Como Intercorp, este grupo se ha formado hace poco. Expresa una modalidad de capitalismo moderno a través de un fondo de inversionistas (*private equity fund*) que busca alta rentabilidad. Sobre esa base, compran o controlan empresas en diversos rubros no relacionados entre sí, como educación, pesca, televisión, aeropuertos; estas tienen en común solo el hecho de que fueron compradas por este grupo debido a su alta rentabilidad. El grupo fue fundado por los socios Jesús Zamora León y Jorge Basadre Brazzini en 1999, en las Islas Caimán. Se trata de una sociedad administradora de fondos de inversión que asegura rentabilidad a inversionistas institucionales, sobre todo AFP nacionales y extranjeras. El fondo ha tenido un crecimiento espectacular gracias a que recoge capitales al asegurar altos niveles de retorno con la compra y posterior transformación de empresas que compran o controlan (Marchán, 2019, p. 29). El grupo ingresó al sector salud en 2008, cuando empezó a operar con la compra de la cadena Oncosalud. Asimismo, es propietario de la clínica Delgado, una de las principales del estrato de clase alta; posee, además, la cadena de laboratorios Cantella y varias clínicas.

Figura 4. Estructura del Grupo Salud de Enfoca



Fuentes: Superintendencia Nacional de los Registros Públicos, Ojo Público, Media Ownership Monitor.

La figura 4 da cuenta de cómo este grupo se ha diversificado y muestra que el sector salud concentra sus más importantes inversiones. Cuando entró en vigencia en 2008, se le conocía como el Grupo Salud o AUNA, que tiene nueve establecimientos entre clínicas, policlínicos y centros médicos (tres en Lima, tres en Piura, uno en Trujillo, uno en Chiclayo y uno Arequipa; es decir, en los principales centros urbanos del país). Asimismo, controla cuatro laboratorios o locales de tomas de muestras. Uno de sus fuertes se ha construido en torno a Oncocenter que, además de la Clínica Oncosalud, da atención especializada dentro

de cuatro clínicas de Lima; posee también Radioncología. El Grupo Salud es el que más inversiones tiene en tratamientos del cáncer para privados.

- Otros dos grupos, Mapfre y Ferreyros, operan en salud a partir de compañías de seguros. Se trata de actores privados importantes por ser multinacionales, pero están en un segundo escalón de poder en relación con los grupos señalados líneas arriba.
 - El grupo Mapfre de España tiene antigua participación en seguros y desde ahí ingresa al sector. Este *holding* empresarial compró la aseguradora Latina Seguros y la transformó en Mapfre Perú. Posee una EPS y ha construido, en los últimos años, una cadena de centros médicos distribuidos en el Callao, Independencia, Comas y Chiclayo. Es, además, propietario de las funerarias Finisterre y Agustín Merino, esta última una de las más antiguas de Lima. Es un grupo que da servicios privados de salud desde la cuna hasta el cementerio, y se concentra en los estratos socioeconómicos no elitistas.
 - El grupo Ferreyros, junto con Romero y Brescia, es uno de los más antiguos de Lima y fue formado en torno a Casa Ferreyros, luego transformada en Ferreyroscorp, empresa líder en materia de importación de maquinaria pesada. Este grupo tiene antiguo control sobre la empresa de seguros La Positiva. Durante el período de industrialización sustitutiva de importaciones, contó con varios laboratorios farmacéuticos que luego vendió. En 2014, como parte de su proceso de restructuración corporativa, volvió al rubro salud y formó un subgrupo

con las aseguradoras La Positiva y Sanitas. Cuenta con policlínicos en Lima y Arequipa, y es propietario de la EPS La Positiva-Sanitas.

Tenemos otro escalón menor dentro de la jerarquía de poder económico del sector. Se trata de grupos que han nacido y luego se han conglomerado en el sector salud. El grupo chileno Cruz Blanca se internacionalizó y tiene presencia en el Perú desde la apertura de los mercados iniciada en la década de 1990. Entró al mercado por medio de compras y adquirió la cadena de servicios de diagnóstico por imágenes Resomasa, los laboratorios AngloLab y el Centro Ambulatorio Mediperú. Además, ha construido los centros médicos de la cadena de centros comerciales Megaplaza.

Dentro del tercer escalón tenemos a antiguas clínicas de Lima ubicadas en barrios residenciales que han crecido y formado grupos medianos en salud. El grupo San Pablo surge a partir de la Clínica San Pablo, que luego se convirtió en una red de clínicas —actualmente cuenta con siete—. A partir de este nicho ha iniciado su diversificación hacia la rama hotelera; es propietaria de la cadena de hoteles Aranwa.

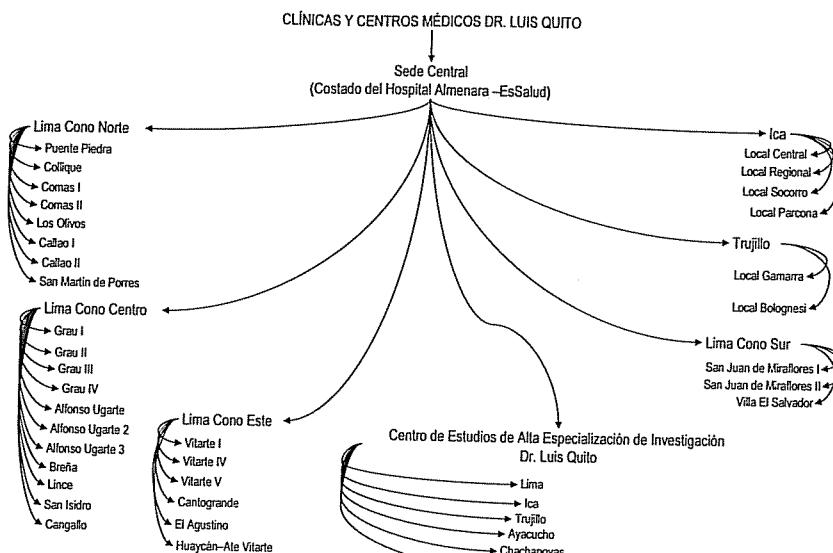
El grupo Ricardo Palma se desarrolla a partir de la clínica del mismo nombre. La Clínica Ricardo Palma inició su proceso de expansión al incrementar su oferta de servicios de salud con instalaciones en centros comerciales. Cuenta, además, con dos centros médicos en el sur y en el norte de la ciudad de Lima. El complejo principal de la avenida Javier Prado ha crecido sustancialmente al adquirir predios en las manzanas colindantes y, con ello, ha podido expandir sus servicios.

Finalmente, existen grupos emergentes, como es el caso del doctor Luis Quito, profesional de la salud que ha formado un

conglomerado mediano que registra importante crecimiento y que se ubica en un cuarto escalón. Se trata de una oferta de servicios clínicos (pruebas de imagen y exámenes de laboratorio), con locales en varias partes de Lima y el país, situados estratégicamente al lado de hospitales. La figura 5 da cuenta de la cobertura del doctor Luis Quito, quien se presenta como un «empresario emergente», un médico provinciano que ha conquistado Lima⁵. El doctor Quito ha buscado representación política en el partido Alianza para el Progreso, cuyo dueño Cesar Acuña también representa (en una escala mayor) al empresariado emergente del país (Redacción Perú.com, 2016). Este grupo tiene un total de 38 establecimientos, concentrados mayormente en toda el área periférica de Lima (Lima Norte, Sur, Centro y Este) y con presencia en las provincias de Ica y Trujillo. Su caso indica un interés mediático, pues condujo un programa televisivo en Panamericana denominado *Aquí todo sobre su salud*, dirigido por un «médico del pueblo»; también tiene proyección al público a través de canales en YouTube (Quito, s.f.).

⁵ El doctor Ramiro Luis Quito Rodríguez reproduciría un patrón similar al de César Acuña. Según la información biográfica de la página web de su complejo de consultorios y centros médicos, Quito se presenta como un emprendedor (<https://drluisquito.com.pe/nuestras-sedes/>). Afirma tener un origen modesto. Proviene de un hogar trujillano compuesto por siete hermanos y se forjó a sí mismo a través de la educación luego de tomar la decisión de dejar su ciudad natal, debido a la «crisis económica y social» que se vivía en la década de 1970, para perseguir «su sueño de convertirse en médico cirujano» en el exterior. En México inició la carrera profesional de Medicina Humana en la Universidad Nacional Autónoma de Guadalajara (1976-1980). Luego se habría certificado en el Foreign Medical Graduates en Filadelfia, Pensilvania. Volvió al Perú y llevó estudios de posgrado en la especialidad de médico cirujano ginecobstetra en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. En la Clínica Ricardo Palma recibió las primeras enseñanzas de ecografía. Como abogado, se formó, según lo menciona en uno de sus videos promocionales, en la Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

Figura 5. El conglomerado del doctor Luis Quito



Fuente: Clínica Dr. Luis Quito.

De acuerdo con un informe de investigación del portal de investigación periodística *Ojo Público* (Torres, Huacles & Romero, 2015), hasta 2011 ocho de los principales grupos económicos mencionados líneas arriba eran los principales agentes privados en el rubro, al dar atención a 2 000 000 de usuarios o pacientes, en su mayoría asegurados, y al ser los principales proveedores de medicamentos en medios urbanos grandes y medianos, a través de cadenas de farmacias, ahora concentradas en el grupo Intercorp.

4. SISTEMA DE REPRESENTACIÓN DE INTERESES

En cuanto a grupos de interés, el sector salud tiene cierto parecido con el sector educación, que también cumple un rol social

y donde hay una presencia importante del Estado. En estos dos sectores «sociales» se evidencia la tendencia a la privatización relativa con similar fuerza. Es resultado de la introducción y la profundización del modelo de libre mercado, que va creando un sistema mixto público-privado en la medida que no ha podido ser más privatizado de lo que ya está, y porque la presencia estatal es indispensable, sobre todo para los más pobres.

Varias normas avanzan en esta dirección privatista que comenzó en 1990, con decretos supremos en los que se autoriza que cualquier persona natural o jurídica pueda abrir un establecimiento de salud —siempre y cuando esté regentado por un químico-farmacéutico—, lo que facilita la venta de medicamentos de marca y genera un sistema informal de consultas que puede ser peligroso para los pacientes. El químico-farmacéutico que trabaja en el sector público también pueden hacerlo en el sistema privado; una norma similar se aplica a los médicos. Asimismo, se autoriza la presencia de entidades privadas dentro de los hospitales para «cubrir las deficiencias», se importan medicamentos sin control de calidad del Estado y se introducen las asociaciones público privadas en el sector.

Si bien la privatización y la desregulación traen beneficios ya que suponen mejor y mayor cobertura, implican un sistema de rebajas y de atención más rápida que viene acompañado de una serie de problemas que, sin una debida regulación, debido a la inexistencia de un adecuado sistema de rendición de cuentas del Estado y la sociedad civil —situación típica de captura del Estado—, ponen de manifiesto rasgos negativos al no tener mayor supervisión ni encontrar resistencias a este tipo de comportamientos.

En ambos sectores se observa la existencia de un más alto y complejo sistema de representación de intereses, pero que no está exento de asimetrías y problemas de captura debido, en gran parte,

a la tendencia privatista y promercado permisiva, introducida sin una correcta regulación ni supervisión.

Encontramos adecuadamente representadas a las empresas grandes y medianas a través de gremios empresariales; a los médicos y a las enfermeras, a través de sus colegios profesionales y federaciones; a los trabajadores del sector salud, a través de sus sindicatos, cuando trabajan en entidades del Estado —ello no se aplica en el sector privado—; y también a la sociedad civil, mediante algunas ONG. Tenemos, además, especialistas en salud pública que forman una comunidad epistémica.

Los grandes grupos, al ser organizaciones multiempresariales, con inversiones en varios sectores económicos, tienen presencia en las más importantes e influyentes organizaciones gremiales del país, que representan colectivamente los intereses generales (organismos cúpula) y los intereses sectoriales (finanzas, clínicas, productores farmacéuticos). Los capitalistas, por tanto, están muy bien representados y muestran una alta capacidad para defender sus intereses a través de varios medios, individual y colectivamente, formal e informalmente.

Al pasar del escalón superior de intereses privados empresariales a los inferiores, destaca primero la Confederación de Instituciones Empresariales Privadas (Confiep), el organismo cúpula del empresario privado peruano, considerado el gremio más influyente en materia de política económica y defensa de los intereses privados. La Confiep es muy activa en política. Aparte de sus demandas como gremio, canalizadas a los más altos niveles del Estado, puede contribuir —sus empresas o el gremio, como el caso Odebrecht demostró en las elecciones de 2011— a financiar campañas electorales y realizar campañas mediáticas contra ciertos candidatos, al mismo tiempo que busca favorecer a otros.

Asimismo, la Confiep tiene tal peso que durante las elecciones organizan reuniones privadas con los principales candidatos para que discutan sus planes de gobierno y, de paso, establezcan vínculos y logren acuerdos.

El presidente o presidenta de la Confiep es considerado la cabeza visible de esta organización que tiene el estatus de poder fáctico. Este organismo reúne, sobre todo, a los gremios empresariales de la gran y mediana empresa formal. Internamente, la correlación favorece a los gremios extractivos y los financieros, que predominan en y sobre los 22 gremios base que forman parte de la Confiep.

Al respecto, encontramos los siguientes gremios de la Confiep vinculados directa o indirectamente al sector salud.

- Asociación de Proveedores de Seguros (Apeseg), gremio de los proveedores de seguros
- Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (Alafarpe), gremio de los principales laboratorios extranjeros
- Asociación Farmacéutica de Industrias Nacionales, gremio de los principales laboratorios nacionales, generalmente en competencia con Alafarpe
- Asociación de Entidades Prestadoras de Salud (Apeps), gremio de los proveedores de servicios de salud

Además, cabe considerar a la siguiente:

- Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Latinoamericanos (Alafal), gremio que representa a los laboratorios farmacéuticos latinoamericanos

Los gremios de salud de la Confiep (Alafarpe, Apeseg, Apeps) se preocupan, principalmente, por tener una menor regulación,

más agilidad en los trámites para superar las barreras de entrada de nuevos medicamentos o la innovación, así como por frenar la competencia desleal proveniente de los importadores y distribuidores de medicamentos falsos (Confiep, 2019, pp. 98-109). Cabe señalar que la Confiep tiene representación en EsSalud y, por tanto, a través de este mecanismo, puede tener algún nivel de influencia.

Es preciso mencionar que la Asociación de Bancos del Perú (ABP), el gremio que representa a los bancos, controlados por los supergrupos arriba mencionados —Romero, Brescia e Intercorp— y que tienen intereses en salud, también puede ser considerada como parte de la representación de intereses. No hay que olvidar a los propietarios ni a los directorios cruzados. De otra parte, existe presencia de las AFP en las mineras y otras grandes empresas exportadoras ya que compran regularmente paquetes de acciones. Por todo ello, es conveniente considerar que en la cúpula empresarial existen entrecruzamientos de intereses económicos que pueden propiciar influencias de mayor nivel sobre las altas instancias de gobierno y la burocracia que manejan las grandes políticas.

En suma, tenemos a cuatro gremios directamente representativos de los intereses empresariales privados: Alafarpe Afin, Apeps Y Apeseg; y a uno que lo hace indirectamente: ABP, pero es notablemente influyente en tanto representa el poder de los «banqueros» que comparten una posición hegemónica con los «mineros», quienes constituyen el poder extractivo-exportador de la economía peruana; se trata pues de fracciones capitalistas hegemónicas que están entrecruzadas.

Los grandes grupos, al ser organizaciones multiempresariales, tienen capacidad de representación y de defensa de intereses privados en los ámbitos general y sectorial (finanzas, clínicas, productores farmacéuticos). Los capitalistas, por ende, están muy

bien representados y pueden considerarse los más influyentes ya que pueden proyectarse al Estado usando modalidades formales, a partir de los intereses específicos de las corporaciones a través del *lobby*, la financiación de partidos o la «puerta giratoria», tanto individual como colectivamente (por la vía gremial). Además, tienen la capacidad para construir un sistema de puentes (formales) y túneles (informales). Otra forma de presencia en el sistema político consiste en financiar a los partidos e intentar que en sus programas adopten sus propuestas; incluso pueden llegar a tener representación directa como «expertos en salud pública», ámbito en el que cumplen roles como asesores; también pueden ser miembros de partidos políticos y entrar al Congreso.

Ya en los escalones medios, ubicamos a otro gremio empresarial del sector salud: la Asociación de Clínicas Particulares del Perú (ACP), en la que se concentran varios centros médicos (Aptus Salud Ocupacional, Jockey Salud, Mapfre y Medex) y clínicas como San Borja y Ricardo Palma, y varias otras que están conglomeradas.

En el Perú, el sector salud cuenta con un alto nivel de representación de intereses de tipo profesional en la medida que se requiere la colegiatura para poder ejercer la profesión. Existen ocho colegios profesionales vinculados al sector y el más importante es el Colegio Médico del Perú. A continuación, se muestra la lista de las siete entidades gremiales de profesionales:

- Colegio Médico del Perú
- Colegio Químico Farmacéutico del Perú
- Colegio de Biólogos del Perú
- Colegio de Enfermeros del Perú - Colegio de Nutricionistas del Perú

- Colegio de Obstetras del Perú
- Colegio Odontológico del Perú
- Colegio Tecnólogo Médico del Perú

Los colegios defienden la profesión y brindan una serie de servicios a sus afiliados; también cumplen una función regulatoria interna mediante los comités que ven casos de infracciones éticas. Como se dijo, el más influyente es el Colegio Médico del Perú (CMP), ya que esta es la profesión más importante del sector y la de mayor prestigio como «salvadora de vidas». El CMP tiene limitaciones cuando muestra un «espíritu de cuerpo» con colegas que son cuestionados por malas prácticas o faltas éticas. Al respecto, existe un comité de ética que puede ser más estricto y proactivo. En materia de reivindicaciones, busca defender los ingresos del gremio mediante aumentos, sueldos, guardias y bonos; así como el sistema de horarios.

El sistema de representación cuenta con un conjunto de asociaciones de médicos, organizadas en función a sus especialidades.

- Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud
- Asociación Nacional Médicos Contratados
- Asociación Nacional de Médicos Residentes en el Perú
- Asociación Médica Peruana
- Liga Contra el Cáncer

La Asociación Médica Peruana es difícil de clasificar porque en la práctica actúa o intenta actuar como un gremio paralelo al Colegio Médico del Perú, forma de representación que le puede permitir acceder a instancias del Estado.

En la parte laboral tenemos a una serie de organizaciones de trabajadores en salud con distintos niveles de representatividad.

Tienen una alta tasa de sindicalización en el sector público y una baja tasa en el sector privado⁶ —con énfasis en los trabajadores del Minsa y los de EsSalud (divididos según ocupaciones)—. En el sector público, la fuerza de los sindicatos se disipa debido a divisiones internas, lo que impide una mejor negociación de salarios y condiciones de trabajo. Cada hospital tiene un sindicato y destaca el del Hospital Arzobispo Loayza y el del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé (ambos del Minsa).

Los médicos están organizados en la Federación Médica Peruana y las enfermeras, en el Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (Sinesss).

- Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud–EsSalud del Perú.
- Federación Médica Peruana
- Federación Nacional de Enfermeras (Fedeminsap)
- Federación Nacional de Obstetras del Ministerio de Salud
- Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud
- Federación Nacional de Cirujanos Dentistas del Ministerio de Salud del Perú
- Federación Regional de Trabajadores del Sector Salud Lima y Callao (Fersalud)
- Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud (Sinesss)
- Sindicato Nacional de Médicos del Seguro Social del Perú

⁶ Por ejemplo, existe un sindicato de enfermeras y personal administrativo en la clínica Ricardo Palma y un sindicato de enfermeras en la clínica Montefiori.

Finalmente, el otro componente organizativo, menos desarrollado a juzgar por el número de entidades representativas y debido al grado de complejidad del sector salud, que requiere de especialización, son algunas ONG dedicadas a evaluar y proponer políticas públicas en el dicho ámbito; entre ellas:

- Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud), que es una organización sombrilla que tiene asociados en diversas partes del país, concentrados en Lima, Callao y Lambayeque;
- Instituto Peruano de Paternidad Responsable (Inppares); y
- Centro de Promoción y Defensa de los Derechos Sexuales y Reproductivos (Promsex).

Las ONG son el sector organizado más propenso a representar los «intereses generales» de los usuarios del sistema de salud, pero, con la excepción del Foro Salud —el más importante—, es generalmente débil y tiene, hasta ahora, poca capacidad de presión. Existe una comunidad epistémica en salud compuesta por expertos que tienen un diagnóstico del sistema de salud, así como propuestas para reformarlo, basadas en relaciones personales.

Debemos tener en cuenta, además, dos «mesas» que cumplen un rol en materia de salud como parte de sus especializaciones en defensa de derechos. La Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos, que convoca a diversas organizaciones que defienden los derechos de la mujer, y la Mesa de Concertación de Lucha Contra la Pobreza, que tiene un grupo de salud activo.

Existen otras más, especializadas en el seguimiento de casos de VIH y TBC, que también deben ser tomadas en cuenta. También deben considerarse los organismos internacionales que, en ciertos campos, puedan dar apoyo técnico, pero no pueden combatir las

patologías del sistema de salud, sobre todo en el gobierno, por ser organismos supranacionales de gobiernos que no pueden criticar a sus miembros.

Aunque los pacientes pueden agruparse y asociarse en asociaciones que los representen según sus afecciones, su capacidad de incidencia es heterogénea; no obstante, pueden apoyarse en las redes sociales para contar sus historias y expresar su descontento. Estos mensajes o historias no aparecen en los grandes medios de comunicación de masas, excepto si sale a la luz un escándalo —es decir, cuando «es noticia»—, pero los grandes grupos privados de interés que manejan las cadenas de clínicas y farmacias suelen estar atentos a estas quejas.⁷

Una revisión del conjunto de grupos de interés revela la existencia de cuatro grandes grupos de presión: el primero, y mejor organizado, es el sector privado y sus gremios empresariales; el segundo son profesionales de distintas especialidades, entre los que destaca el Colegio Médico del Perú; el tercero son los organismos reivindicativos de profesionales y trabajadores del sector público; finalmente, las ONG dedicadas a evaluar las políticas de salud⁸. Los niveles de cohesión, organización, recursos y capacidad de representación e influencia también tienen una escala que sigue ese orden. La existencia de «líderes de opinión» también debe ser considerada como otra forma de representación de los diversos intereses del sector salud en los medios de comunicación de masas, pues tiene un carácter transversal, pero con predominio de los grupos privados de interés.

⁷ Conversación con un gerente de una de las grandes empresas de seguros (Lima, enero de 2018).

⁸ Esta jerarquía fue sugerida y discutida por Alejandro Saco, excoordinador del Foro Salud (Lima, febrero de 2019) y Luis Lazo, actual coordinador.

La figura 6 presenta el mapa de organizaciones de los distintos grupos sociales que conforman el sistema de representación de intereses en el sector salud.

Figura 6. Sistema de representación de intereses en salud

Colegios Profesionales	Federaciones y sindicatos	Asociaciones	ONG y Sociedad Civil
<ul style="list-style-type: none"> Colegio Médico del Perú Colegio Químico Farmacéutico del Perú Colegio de Biólogos del Perú Colegio de Enfermeros del Perú Colegio de Nutricionistas del Perú Colegio de Obstetras del Perú Colegio Odontológico del Perú Colegio Tecnólogo Médico del Perú 	<ul style="list-style-type: none"> Federación Centro Unión de Trabajadores del Seguro Social de Salud - EsSalud del Perú Federación Médica Peruana Federación Nacional de Obstetras Minsa Federación Nacional Unificada de Trabajadores del Sector Salud Federación Nacional de Enfermeras del Minsa Federación Regional de Trabajadores del Sector Salud Lima y Callao Sindicato Nacional de Enfermeras del Seguro Social de Salud Sindicato Nacional de Médicos del Seguro Social del Perú 	<ul style="list-style-type: none"> Asociación Nacional de Médicos del Ministerio de Salud Asociación Nacional Médicos Contratados Asociación Nacional de Médicos Residentes en el Perú Asociación Médica Peruana Liga Contra el Cáncer Asociación Solidaridad contra el Cáncer Asociaciones de pacientes (VIH, Cáncer, Esclerosis Lateral Amiotrófica, otras afecciones) 	<ul style="list-style-type: none"> Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud) Instituto Peruano de Paternidad Responsable (Inppares) Espérante Mesa de Vigilancia Ciudadana en Derechos Sexuales y Reproductivos Comunidad epistémica Líderes de opinión Comités de Ética Otras Mesas y Espacios de Concertación (VIH, TBC)
Instituciones Educativas	Instituciones del Estado	Gremios privados y del capital	Cooperación Internacional
<ul style="list-style-type: none"> Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia Universidad del Pacífico Facultad de Medicina «San Fernando» UNMSM Universidad Científica del Sur 	<ul style="list-style-type: none"> Superintendencia Nacional de Salud Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza - Mesa de Salud EsSalud Seguro Integral de Salud (SIS) Fondo Intangible Solidario de Salud Ministerio de Salud Dirección General de Medicamentos Inssums y Drogas Digemid Instituto Nacional de Salud Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas 	<ul style="list-style-type: none"> Confiep Sociedad Nacional de Industrias- SNI Asociación de Clínicas Particulares del Perú Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos - Alafarpe Asociación de Industrias Farmacéuticas Nacionales Asociación Peruana de Empresas de Seguros Asociación Peruana de Entidades Prestadoras de Salud Asociación Nacional de Cadena de Boticas Asociación de Laboratorios Farmacéuticos Latinoamericanos (Alafal) 	<ul style="list-style-type: none"> Fondo de Población de las Naciones Unidas UNFPA Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia Unicef Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud OPS/ OMS

Fuente: Elaborada a partir de entrevista con el experto Alejandro Saco (febrero de 2019).

Comparado con otros, el sector salud muestra más capacidad organizativa y cuenta con mayor presencia de una gama de grupos de interés, aunque de desigual desarrollo y peso político. En este ámbito prevalece una preocupación marcada de los principales grupos por la defensa de intereses materiales o puntuales, así como el de los profesionales y trabajadores por sus ingresos y condiciones de trabajo.

En suma, el sistema de representación de intereses está muy bien organizado y representado, pero muestra que sus principales componentes son más parte del *statu quo* que de las fuerzas del cambio. Ello preocupa, ya que los problemas de captura del Estado en cualquiera de sus formas no se cuestionan ni se enfrentan como para dar lugar a propuestas de reforma parcial o integral.

Estas son conclusiones provisionales, resultado de una primera mirada, pero no por ello menos importante, dada la falta de estudios y diagnósticos independientes y críticos. Se requiere una investigación más a fondo para determinar si las organizaciones que representan intereses son «parte del problema» o si son o pueden ser «parte de la solución». La clave para un cambio no parece estar tanto en las organizaciones empresariales, profesionales y laborales sino en las de la sociedad civil y la comunidad epistémica. El punto central es que buscan defender el interés público. Expertos y activistas de distintos grupos pueden ser convocados por líderes para hacer diagnósticos y propuestas, superar los intereses particulares para hacer prevalecer el interés general, reordenar el sistema y superar las patologías de captura del Estado.

5. CASOS DE CAPTURA BUROCRÁTICA Y COLUSIÓN PÚBLICO/PRIVADA

5.1. El caso Moreno

Se trata de un caso extremo sobre el que existe un primer nivel de información que es de gran utilidad para una discusión inicial de ciertos tipos de captura.

El doctor Carlos Moreno Chacón, destacado gastroenterólogo del Hospital Loayza, salió a la luz pública a partir de un escándalo. El caso sugiere el siguiente escenario: se trata de un cacicazgo en salud, construido dentro del sistema estatal hospitalario y, a partir de allí, usado como trampolín para proyectarse a la política y a las altas instancias del Estado. Una vez conectado políticamente, se entra a una lógica privada mediante la cual se intentan arreglos entre usuarios y clínicas.

El escándalo, ocurrido a comienzos del gobierno de Pedro Pablo Kuczynski, en octubre de 2016, permitió descubrir lo que parece ser una trama colusiva de relaciones entre actores públicos y privados que dibuja bien una captura burocrática organizada a partir de la presencia múltiple en cargos altos de asesoría y hospitalares. Este caso no parece ser aislado. Las propias revelaciones así lo confirman, en tanto Moreno se refiere a clínicas que desarrollaron sistemas parecidos (Clínica San Pablo y su uso de normas de emergencia), salvo por el hecho de que el cacicazgo como tal siempre requiere una personalidad carismática para fraguar los arreglos. Estos arreglos parecen ser parte de prácticas burocráticas institucionalizadas que ocurren con frecuencia y sobre las cuales se necesita una investigación. Asimismo, al estallar el escándalo también aparecieron casos de compra de equipos en posible colusión con proveedores privados.

El caso Moreno dio lugar a investigaciones periodísticas sobre una camarilla burocrático-profesional que permitió levantar (aunque sea por un instante) el velo que encubre los casos de entidades privadas que operan dentro de los hospitales, o al lado de ellos, en los que los médicos o el personal de los hospitales «derivan» a los «clientes» (los que compran medicamentos o análisis de laboratorio). Ya no se trata de pacientes que requieren ser atendidos, sino de clientes a quienes hay que cobrarles por tratamientos, lo que revela una inversión valorativa en la que el sentido social desaparece y en su lugar surge el afán de lucro.

El hecho se agrava cuando los aparatos del sector público no funcionan y cuando sus farmacias no tienen el medicamento recomendado, lo que facilita la práctica de «derivar a los clientes» a las clínicas, laboratorios y farmacias que rodean los principales hospitales del país y que, en algunos casos, están instaladas dentro de los hospitales como parte de la tendencia a apoyarse en el sector privado «para reducir las ineficiencias del Estado».

Un cruce de datos indica que el problema es serio. Los hospitales sufren de desabastecimiento crónico, de allí que más del 50% de las recetas sean atendidas en establecimientos del sector privado. Sin embargo, el Estado todos los años realiza compras corporativas para sus unidades que representan el 70% de los medicamentos. Al parecer, los medicamentos no llegan a su destino, con lo cual se abre la posibilidad de «derivar» al paciente con su receta a la farmacia de «al frente»⁹.

⁹ Este tema fue objeto de una interesante discusión con profesionales de la salud, que confirmaron las estadísticas en la presentación del trabajo de Red GE, AIS y Oxfam (2019), en Lima, en febrero.

Otros estudios confirman esta problemática. Según Amaro:

En el año 2015, solo 17,5% de pacientes atendidos en establecimientos de Minsa/Gores obtuvo la totalidad de medicamentos prescritos sin pagar de su bolsillo. Entonces, otra razón para esta elevada preferencia del público y mayor demanda de productos en las boticas y farmacias es la mala gestión del abastecimiento público (2018, p. 150).

Algo similar sucede con los laboratorios y los exámenes. Aparte de casos como el del doctor Moreno, podríamos estar frente a un mercado negro de medicamentos comprados por el Estado que deben encontrar su camino en el mercado formal, informal o ilegal.

Que la salud gratuita en medicamentos y pruebas termine siendo costosa, sobre todo para los más pobres, es una patología grave si se comprueba que está o se va generalizando. Ese es el resultado de la falta de capacidad del Estado y de reacción de la sociedad civil que emite bajas señales de riesgo a quienes incurren en estas prácticas. Volvamos al caso.

El doctor Moreno intentó armar una red gracias a su reputación como médico especialista a cargo de importantes unidades en el Hospital Loayza. Se trata, además, de una persona interesada en lograr influencias políticas al buscar y lograr conexiones con diversos líderes, entre quienes destacan Alan García, cuando fue candidato presidencial, y el expresidente Pedro Pablo Kuczynski y su entorno. Finalmente, Moreno tiene éxito en esta búsqueda de conexiones a alto nivel con el nuevo gobierno que se inició en 2016 y, desde esa posición de poder, arma una red para hacer, en su propia definición, «un negociazo».

Para subir ese peldaño del poder, Moreno había tenido reconocimiento y posiciones que lo ayudaron. Se colocó estratégicamente como asesor presidencial, para desde allí tramar un negocio que involucraba a actores estatales, profesionales de la salud y clínicas privadas. Este plan, cabe precisar, colapsó gracias a una denuncia.

En 2014, Moreno fue sido designado responsable de una nueva entidad, el Centro Nacional de Referencia en Gastroenterología, creado el 5 de noviembre de ese año, durante el gobierno de Ollanta Humala, en el Hospital Loayza, su centro de poder. En abril de 2016 se firmó un acuerdo entre el jefe del SIS y el Arzobispado de Lima para que los asegurados del SIS pudieran atenderse gratuitamente en los centros de salud administrados por el Arzobispado.

Durante la campaña y la elección del nuevo gobierno, Moreno aparecía como un especialista en salud vinculado al partido ganador. En agosto de 2016 es nombrado consejero presidencial en temas de salud e incluso fue considerado candidato a ministro de Salud (El Comercio, 2016b).

Poco después del nombramiento, el premier Zavala recibió un anónimo con la transcripción de un audio en el que Moreno participa en una conversación colusiva. Al poco tiempo, Moreno renuncia como consejero presidencial. Al conocerse el audio, estalla el escándalo, lo que provoca una serie de renuncias; la de Moreno se hizo pública en el diario oficial *El Peruano*, el 3 de octubre. Cuando Zavala habló con los medios de comunicación, se refirió al caso como «conversaciones indebidas», lo que reveló, luego del efecto bola de nieve, que desde hacía varios años se utilizaban incorrectamente los fondos del SIS en provecho de privados. Por lo tanto, Moreno es solo la punta del iceberg.

Figura 7. Resolución suprema 184-2016-PCM que designó en el cargo de consejero presidencial en temas de salud al médico cirujano Carlos Renato Moreno Chacón

Designan Consejero Presidencial en temas de Salud

**RESOLUCIÓN SUPREMA
Nº 184-2016-PCM**

Lima, 2 de agosto de 2016

CONSIDERANDO:

Que, de conformidad con lo previsto en los artículos 7 y 10 del Reglamento de Organización y Funciones del Despacho Presidencial, aprobado por Decreto Supremo N° 066-2006-PCM, el despacho presidencial cuenta con Consejeros, quienes son designados por el Presidente de la República, mediante Resolución Suprema refrendada por el Presidente del Consejo de Ministros;

De conformidad con lo dispuesto por la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; la Ley N° 27594; el Decreto Supremo N° 066-2006-PCM; y,

Estando a lo acordado;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Designación

Designar al Médico Cirujano CARLOS RENATO MORENO CHACON, responsable del Centro Nacional de Referencia en Gastroenterología, como Consejero Presidencial en temas de Salud, con retención de su cargo.

Artículo 2.- Apoyo técnico y logístico

Las instituciones del Poder Ejecutivo brindarán el apoyo necesario para el mejor cumplimiento de las funciones del Consejero Presidencial designado, conforme a Ley.

Artículo 3.- Refrendo

La presente Resolución Suprema será refrendada por el Presidente del Consejo de Ministros.

Regístrate, comuníquese y publíquese.

PEDRO PABLO KUCZYNSKI GODARD
Presidente Constitucional de la República

FERNANDO MARTÍN ZAVALA LOMBARDI
Presidente del Consejo de Ministros

1410910-3

Fuente: *El Peruano*, 2016. Normas legales. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/designan-consejero-presidencial-en-temas-de-salud-resolucion-suprema-n-184-2016-pcm-1410910-3>

Figura 8. Resolución suprema 232-2016-PCM que aceptó la renuncia al cargo de consejero presidencial en temas de salud del médico cirujano Carlos Renato Moreno Chacón

**PRESIDENCIA DEL CONSEJO
DE MINISTROS**

**Aceptan renuncia de Consejero Presidencial
en temas de Salud**

**RESOLUCIÓN SUPREMA
Nº 232-2016-PCM**

Lima, 2 de octubre de 2016

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Suprema N° 184-2016-PCM, de fecha 2 de agosto de 2016, se designó al Médico Cirujano Carlos Renato Moreno Chacón, como Consejero Presidencial en temas de Salud;

Que, el referido funcionario ha presentado su renuncia al mencionado cargo, por lo que resulta pertinente emitir la resolución correspondiente;

De conformidad con lo dispuesto en la Ley N° 29158, Ley Orgánica del Poder Ejecutivo; y, la Ley N° 27594, Ley que regula la participación del Poder Ejecutivo en el nombramiento y designación de funcionarios públicos, y;

Estando a lo acordado;

SE RESUELVE:

Artículo 1.- Aceptar la renuncia formulada por el Médico Cirujano Carlos Renato Moreno Chacón, al cargo de Consejero Presidencial en temas de Salud, dándosele las gracias por los servicios prestados.

Artículo 2.- La presente Resolución Suprema será refrendada por el Presidente del Consejo de Ministros.

Regístrate, comuníquese y publíquese.

PEDRO PABLO KUCZYNSKI GODARD
Presidente de la República

FERNANDO ZAVALA LOMBARDI
Presidente del Consejo de Ministros

Fuente: *El Peruano*, 2016. Normas legales. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/aceptan-renuncia-de-consejero-presidencial-en-temas-de-salud-resolucion-suprema-n-232-2016-pcm-1436228>

A la renuncia de Moreno le siguió la del jefe del SIS, entidad con la que el controvertido médico interactuaba frecuentemente, lo que generó una investigación en la Fiscalía y la formación de una Comisión Interventora del SIS (decreto supremo 039-2016-SA, del 9 de octubre de 2016) (El Comercio, 2016a). Días después, Moreno fue retirado del Centro Nacional de Referencia de Gastroenterología (CNRG).

Los audios aluden a relaciones colusivas, aunque tampoco se puede descartar la comisión de delitos, tema que se encuentra en manos de la justicia.

En distintas partes, las grabaciones revelarían detalladamente el interés pecuniario del doctor Moreno y sus socios (médicos y gerentes de clínicas privadas), quienes estarían organizando un gran negocio («una mina de oro») para aumentar sus ingresos como médicos y médicos-empresarios, y obtener lucro con privados gracias al acuerdo logrado entre el SIS y el Arzobispado de Lima. La clave del negocio es que se «derive» a los pacientes hacia las clínicas privadas que de pronto verían incrementada su demanda, probablemente con precios y tarifarios inflados¹⁰. Cabe mencionar que el audio fue hecho público por un representante privado que no quiso participar en este arreglo.

El audio 1 tuvo lugar en Palacio de Gobierno. Los siguientes son los párrafos que sugieren este ambiente de colusión y arreglos con fines de beneficio particular. Por su parte, el audio 2 es una continuación del anterior.

Subrayamos algunas partes para llamar la atención de este caso con un análisis de contenido, no tanto sobre la veracidad de los hechos sino remarcando lo que el lenguaje delata y enfatizando

¹⁰ Los audios fueron hechos públicos en Panamericana TV y transcritos en varios medios.

el mundo de relaciones en el que Moreno se mueve o se quiere mover, pues aún no se había terminado de armar la red.

Carlos Moreno: Hermano lindo, número uno: tenemos que *tomar la clínica Benavides*¹¹. Número dos: él tiene otro centro que está listo para tomarlo. Él es [el] que maneja toda la parte de salud [...] Ya. La lista de los médicos, queremos que el centro, fundamentalmente, sean *médicos del Hospital Loayza*.

Administrador: Perfecto.

Carlos Moreno: Tú haces un *anexo del Loayza*, vas a parar el tráfico en Benavides. Entonces, la Dra. Corda tiene la lista de los médicos, hay que llamarla para que nos manden a su correo. Tarea número 1. Tarea Número 2: tenemos que *firmar el contrato entre la parroquia y la clínica*.

Administrador de la clínica Benavides: Hoy se firma.

Administrador: *Necesito la lista de médicos*. Ya tengo el personal listo y administrativo.

Carlos Moreno: Necesitamos enfermeras para gastro [...] para la sala de procedimiento. Ya sabe, necesito un arco en C. Claro, para hacer pancreato [pancreatografías]. *Ese negocioazo, yo tengo la gente quien lo haga y los pacientes*.

Administrador: ¿Saben cuántas personas son?

Carlos Moreno: No sé, pero no tienen que ser muchas, pero Carlos Aguirre que te diga y la Dra. Corda... Ya quiero empezar a trabajar. *Esa es nuestra mina de oro. No sabes la cantidad de plata que vamos a ganar...*

Carlos Moreno: Vas a ver la cantidad de gente. Quiero que trabajen mañana, tarde y noche, sábados y domingos. Quiero que en toda la parte logística nos apoyes, pero quiero que tus centros funcionen

¹¹ Se refiere a la Clínica de Osteoporosis SAC, ubicada en la Avenida Benavides 2949, Miraflores.

con ellos, ya tienen un centro y va a tener 20, 30 o 40 y la Iglesia. Ahora haz una empresa.

Administrador: ¡Ya!...

Carlos Moreno: Necesitas gente, jálalos, *vas a ganar plata, ya tienes el mercado*. Lo otro que quiero que manejes [es] lo del monseñor Pacchi (se refiere a monseñor Adriano Tomasi, otro obispo auxiliar de Lima). Es el tema del hospedaje para los pacientes SIS. Tiene un hotel. Convenio con el SIS para que les hospede a los pacientes. Dile al padre que te contacte con el monseñor Tomás para su hospedaje. Otro negocio que tienes. Pucha, compadre, *qué haces con tanta plata*, lo malo que no ves nada porque todavía no aterriza...

Carlos Moreno: Son capos de capos. Necesito un arco en C. Necesito hacer pancreato. *Ganas plata de plata*, para hacer próstata de láser, todo ambulatorio.

[...]

Carlos Moreno: Ustedes *ganan un huevo de plata en laboratorio, farmacia y análisis*. Es tarifario SIS, o sea, en gastro vas a ganar, el médico va a ganar, como si estuviera trabajando en el Loayza; SIS, en un tarifario de atención mejorada, por endoscopía te van a pagar 300 y pico soles.

Administrador: ¿Qué porcentaje recibiría?

Carlos Moreno: 100 soles, para el médico 90 soles; Carlos es nuestro gerente, tiene todo...

Carlos Moreno: Hola, Fernando, tengo la clínica en Benavides es a todo lujo, consultorios que ni sueñas, pacientes SIS. *El SIS paga muy bien. Vas a ganar plata y mueves todas tus máquinas*. Recién *vas a ganar plata, papá*. Estabas perdido...

Carlos Moreno: Aló, Fer... Fernando, la clínica es hermosa y está haciendo un convenio con la Iglesia y con el SIS. Todas las tarifas son SIS, el SIS paga muy bien. *La clínica te contrata a ti y te paga, ese es el negocio*. Arma una empresita, te van a llamar. Yo quiero que tú la manejes...

Audio 2: Moreno habla con director de la Clínica Benavides.

Carlos Moreno: Sí a gastro... esto es para los pobres. Esto es gastro. ¡Qué tal lindura, lo máximo! ¿No? Esto no hay en ningún hospital, yo recién lo estoy comprando, pero si yo solamente digo, en todos los centros de salud, «*vengan los pacientes*» esto va a quedar chico, porque ningún establecimiento de salud del país tiene. Lo que pasa es que Juan Carlos Velasco es el director de todas las redes de salud de Lima y en todos los centros vamos a empezar a mandar pacientes. ¿Qué vamos a hacer? *Lobbies con los médicos de los centros, lobbies*. Los voy a capacitar, reuniones, charlas.

Carlos Moreno: Necesito un arco en C, para hacer pancreatos (pancreatografías). *Esto va a ser una mina de oro...*

Carlos Moreno: Por ejemplo, el Hospital Loayza no tiene densitómetro. *Está malogrado. Yo agarro los pacientes son del Loayza*, hago un convenio, como son SIS no tienen que hacer nada. Como son SIS los mando con el convenio de acá. Nada tiene que ser tercerizado. Nada. Ya tengo la ruta SIS, solo pongo una computadora como si estuvieran acá... Esto es para hacer una millonada...

Carlos Moreno: En el concepto con el SIS no hay una cotizadora. Al hacer un convenio con la Iglesia él puede operar porque va a operar con una parroquia. El centro de salud de la parroquia tal. El SIS no puede contratar con privado solo puede contratar todo con público. El municipio o la Iglesia.

Sr. Peirano: ¿Y cómo hizo la Clínica San Pablo?

Carlos Moreno: *Por Ley de Emergencia*. Llevaban a los pacientes de la vesícula por emergencia. *Era un negociado*, una mafia, una mafia de Grillo, el viceministro, entró la ministra y a los 10 minutos lo botó, ni siquiera le dieron las gracias...

Carlos Moreno: Sí, dental *es una mina*.

Carlos Moreno: ¿Sabes? Porque hoy hablé con Carlos Aguirre (gerente de Finanzas del SIS) y le dije que lo único que quiero... Yo trabajo en Palacio *ad honorem*, trabajo Loayza más Palacio.

Lo hago por la confianza por las chicas. Porque vas conociendo gente. Susana de la Puente me ha abierto varias puertas. Estoy tomando EsSalud, estoy poniendo al presidente de EsSalud. Entonces tú en los negocios que hagas con EsSalud, todo se pone plano. Gino Dávila es mi hombre de confianza.

Sr. Peirano pregunta a Moreno: ¿Oncología no cubre SIS?

Carlos Moreno: Sí, lo cubre, claro. El Plan Esperanza te cubre todo.

Sr. Peirano: Pero el otro día estuvo aquí Carlos Aguirre con el jefe del SIS, dijeron que no cubría oncología.

Carlos Moreno: Pero *yo voy hacer que cubra pues, ja, ja, ja, ja, ja*. No te preocunes. *Cómo van a negar a los pobres*. Como unidad de negocio. Les hemos dicho a ellos que en los tarifarios no me mezquines mucho a los médicos, consulta va a ser 65/35, además les damos 10% por RX, por mamografía, etc. Tú ganas en laboratorio, ecografía y la farmacia...

Carlos Moreno: Aquí el SIS va a pagar por adelantado. Hemos hecho una *negociación con el SIS espectacular*. Este modelo va a traer más inversionistas, pero ninguno entra por la Iglesia.

Como se aprecia, Moreno trata de triangular una operación que implica un gran negocio y frecuentemente utiliza términos y frases como «ganancia», «negociación», «mina de oro», «cantidad de plata que vamos a ganar». El plan habría consistido en que las personas de escasos recursos que van a atenderse en los centros de salud del Arzobispado sean derivadas a los establecimientos privados, que, al brindar los servicios o los fármacos, se convierten en los proveedores de salud pagados por el SIS.

Al estallar el escándalo y al caer Moreno, se visibilizó públicamente una posible red colusiva entre este y un grupo escogido de proveedores privados que lograban contratos sin licitación para abastecer al CNRG. Ello develó un uso ilegítimo de la discrecionalidad al establecer relaciones con privados escogidos que

privilegiaban el beneficio económico antes que la maximización de los recursos para la atención más amplia y eficaz de los pacientes.

El caso Moreno es importante por las reacciones institucionales que generó en distintos tipos de entidades del sistema de salud (ministerios, Congreso, Colegio Médico). El Organismo Supervisor de Contrataciones del Estado (OSCE) también cuestionó las compras decididas por Moreno en el Hospital Loayza, entidad que utilizó la figura de «adjudicación simplificada» para evitar convocatoria a licitaciones y firmar contratos por más de S/ 12 000 000 con el selecto grupo de empresas elegidas (La República, 2016a, 2016b; Diario Correo, 2016). Esta es otra característica de las situaciones de captura: la creación de leyes *ad hoc* que facilitan la colusión y la corrupción.

Cuando intervino el Congreso y se convocó al vicepresidente del Cuerpo Médico del Hospital Loayza, se conoció que Moreno tenía privilegios derivados de sus conexiones políticas de alto nivel, tanto para hacer compras como para obtener recursos. Se descubrió también que Moreno solicitaba los insumos como experto y director, y luego participaba en el comité especial de compras, lo que reveló un conflicto de intereses, típico de los casos de captura burocrática.

A finales de octubre de 2016, el Pleno del Congreso aprobó otorgarle facultades investigadoras a la Comisión de Fiscalización para que indagara en relación con el caso de Carlos Moreno Chacón. Tras seis meses de averiguaciones y citaciones a los principales implicados en el caso —como el expresidente Pedro Pablo Kuczynski y el expresidente del Consejo de Ministros Fernando Zavala—, la Comisión de Fiscalización aprobó su informe. En sus conclusiones, se sostiene que el gobierno había intentado encubrir los actos atribuidos a Moreno. Asimismo, se propuso

derivar los hallazgos al Ministerio Público para que determine las posibles responsabilidades del expresidente Kuczynski y de la exministra de Salud Patricia García (*El Comercio*, 2017).

En enero de 2017, tres meses después, el Colegio Médico le abrió un proceso de investigación ético-disciplinario a Moreno, quien fue inhabilitado temporalmente. Dicha institución emitió un dictamen en noviembre de 2018, mediante la cual lo inhabilitó por un año, hecho que recién se hizo público a fines de febrero de 2019. De acuerdo con la nota periodística de *El Comercio*: «El Secretario del Interior del CMP Jaime Morán, explicó... que el organismo que integra no difundió anteriormente la sanción acordada contra Moreno porque consideraron que era una noticia que prefirieron no dar a conocer por ser lamentable» (*El Comercio*, 2019).

Una decisión de este tipo puede ser considerada no solo deliberadamente tardía, sino débil.

En suma, el caso Moreno revela varias características propias de una captura burocrática del Estado; la más grave es, sin duda, el debilitamiento del sentido de la salud como servicio y su reemplazo por el afán de lucro. Aunque el caso pudo haber sido investigado a fondo, el escándalo, que probablemente fue revelado debido a que implicaba una ambición desmedida, dio más lugar a renuncias, declaraciones y breves revelaciones que a indagaciones profundas.

Esta dificultad de respuesta institucional es también típica de las situaciones de captura. Los mecanismos de rendición de cuentas actuaron tarde y mal, y no propiciaron una investigación a fondo que permitiera neutralizar a las camarillas burocráticas y a las redes colusivas o corruptas del sistema de salud. Por lo tanto, casi ya olvidado el caso, el problema continúa ya que ninguna institución emite señales de riesgo que pudieran prevenir o limitar este tipo de comportamientos.

5.2. Financiamiento de las emergencias de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud privadas

Este es otro caso de captura corporativa en el que el privado idea un mecanismo para obtener rentas del Estado mediante la generación de sobrecostos. El caso, que también se conoce a partir de un escándalo, tiene que ver con el uso de los servicios de emergencia en clínicas pagadas por el SIS, ante la dificultad del Estado de brindar atención ante dichos casos, a partir de lo cual se abre un espacio de «*inducción de demanda*». Aquí contamos con una investigación oficial, indicio de que el sistema de control funciona por momentos, dependiendo del liderazgo, que tiende por momentos a variar y a reaccionar en defensa del interés público.

Según nuestra legislación¹², toda persona tiene derecho a recibir, en cualquier establecimiento de salud, atención médica-quirúrgica de emergencia cuando lo necesite, de modo que estos centros, sin excepción, están obligados a prestarla. La legislación establece, asimismo, que los establecimientos de salud, después de atendida la emergencia, tienen derecho a que se les reembolse el monto de los gastos en que se haya incurrido durante la atención de la emergencia, de acuerdo con la evaluación del caso que realice el servicio social respectivo.

De acuerdo con el informe especial «La corrupción en el sector salud: casos en el Seguro Integral de Salud (SIS)», de la Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos (2018), el financiamiento de servicios de emergencia a los pacientes del SIS en clínicas

¹² Ley 27604, Ley que Modifica la Ley General de Salud 26842, respecto de la obligación de los establecimientos de salud de dar atención médica en casos de emergencias y partos.

privadas empezó en 2014, a consecuencia de la huelga médica de aquel mismo año, suscitada porque la demanda en hospitales era muy alta y no se contaba con el personal para atender a miles de pacientes. En dicha coyuntura, los funcionarios del SIS consideraron conveniente que todo afiliado que tuviera una emergencia médica pueda ser atendido también en clínicas privadas.

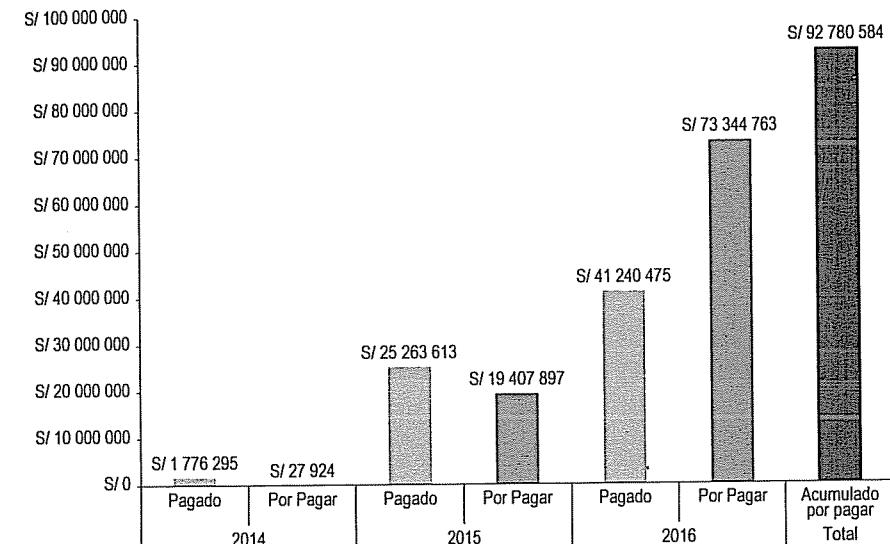
El informe de la Comisión Interventora del SIS (2017) desglosa el detalle de los diagnósticos de emergencias más tratados. Los diagnósticos más frecuentes son colecistitis aguda (16,8%), diagnósticos relacionados con partos (9,6%), abdomen agudo (7,7%), apendicitis aguda (5,7%) y hernias (4,5%). El informe indica que, si bien se trata de afecciones que implican un riesgo para la vida de los pacientes, una vez ocurrida la emergencia y estabilizado el paciente, los procedimientos adicionales para el tratamiento, como hospitalización, son enteramente programables.

La investigación, llevada a cabo por la Comisión Interventora del SIS, reveló que, al realizar el trazado de las atenciones de pacientes que fueron atendidos en emergencias en centros privados, se identificó que muchos habían sido atendidos previamente en centros públicos en un período menor a treinta días y, en varios casos, con el mismo personal responsable, lo que, a juicio de la Comisión Interventora, «evidencia una probable inducción de demanda del prestador». Nos encontramos aquí frente a un caso que presenta las patologías de la captura corporativa del Estado.

El informe de la Comisión Interventora del SIS también indica que se detectó que, desde 2014, le han facturado a este seguro, como emergencias en centros privados de salud, casos de 28 pacientes con estancias en los servicios de emergencias, que se encuentran entre los 100 y 381 días (es decir, más de un año). Así, se han obtenido claros indicios de una posible demanda inducida.

En términos económicos, según el Informe de la Comisión Interventora del SIS, la deuda de este seguro con las clínicas privadas se incrementó de 1 700 000 en 2014 a más de 114 000 000 en 2016. Las regiones que concentraban más del 90% del total de prestaciones pendientes de pago eran Lima y Piura. El SIS, en ese entonces dirigido por Edmundo Beteta Obreros, contrató a la empresa auditora médica Sermed Control SAC para que realizara las auditorías correspondientes en dichas regiones¹³.

Figura 9. Evolución de los compromisos de pago del SIS por emergencias en centros médicos privados



Fuente: Informe Final de la Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud (SIS).

¹³ Cabe señalar que el SIS, bajo la misma dirección, canceló el convenio ideado por el doctor Moreno.

Por su parte, el informe del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos señala que dicha empresa auditora analizó, en Lima, 1323 atenciones por un monto ascendente a S/ 32 417 782.75, mientras que, en Piura, 2982 atenciones por un importe global de S/ 15 099 361.69. Estas atenciones evidenciaron

la falta de contratos formales entre el SIS y las clínicas privadas al momento de la prestación de servicios, suscribiéndose en su reemplazo actas de acuerdo y compromiso, contraviniendo lo establecido en la normatividad vigente, lo que generó que los costos cobrados al SIS por las Clínicas Privadas sean excesivos; asimismo, estas clínicas habrían atendido a pacientes que no presentaban una emergencia, pudiendo ser atendidos en Hospitales Públicos del Perú.

Este documento especifica que los hechos estaban siendo investigados por la Primera Fiscalía Corporativa Especializada en Delitos de Corrupción de Funcionarios de Lima por el delito de colusión agravada en perjuicio del Estado.

El caso de las atenciones de este tipo demuestra cómo, a partir de ciertos cambios legislativos, es posible que estas fueran ideadas para ampliar los servicios de salud a pacientes que pueden atenderse en emergencia de clínicas privadas y facilitar negocios, con lo cual se genera un tipo de complementariedad negativa sector público-sector privado. Gracias a la ley, el Estado le «deriva» pacientes y cubre los costos con el seguro; y algunas clínicas, aprovechando la falta de supervisión, la ineficiencia, o la posible colusión con funcionarios, no solo logran tener más pacientes-clientes, sino que inflan costos. La manera en que se emitió la ley merece ser investigada para comprobar la hipótesis.

6. CASOS DE CAPTURA CORPORATIVA: FÁRMACOS Y CONCENTRACIÓN

La captura corporativa —tanto la situación en sí misma como los procesos y ciertos casos indicativos de este fenómeno—, se analiza tomando en cuenta la problemática de los medicamentos que controla el sector privado concentrado; a partir de ello se estima, aunque se someramente, su relación con el organismo regulador: el Instituto de Defensa de la Competencia y la Propiedad Intelectual (Indecopi), fundado en 1992.

Dado el contexto privatizador/concentrador en el que se funda y maneja el Indecopi al inicio de la era neoliberal (desde 1990 en adelante), este organismo se encuentra en un dilema: o apoya a las grandes inversiones o defiende proactivamente los derechos de los consumidores. Esta disyuntiva es típica de las tensiones internas de Estados capturados por corporaciones, puesto que están influidos ideológicamente por ellas y esto se revela a partir de la manera en que Indecopi es conformado (<https://www.indecopi.gob.pe/en/quienes-somos>).

Antes de entrar a los casos, cabe discutir, aunque sea muy brevemente, respecto a los establecimientos de venta de productos farmacéuticos y sobre el rol de los químicos farmacéuticos, profesionales que pueden recomendar medicamentos porque conocen su «intercambiabilidad» —por ejemplo, entre genéricos y de marca (y el híbrido llamado genérico de marca)—.

Los medicamentos, y todo lo que atañe a ellos, por ser bienes no sujetos a venta libre, están regulados y supervisados. El consumo de medicamentos en el mercado está relacionado con los establecimientos que, según la normatividad aplicable y vigente, reúnen las condiciones para su fabricación, almacenamiento, distribución y comercialización. En el Perú, son las farmacias

(propiedad de un químico farmacéutico) y las boticas (propiedad de otros privados) los establecimientos que tienen contacto directo con pacientes, consumidores o usuarios, quienes se acercan a sus locales para obtener los medicamentos prescritos por profesionales de la salud o para adquirirlos según criterio propio. Aquí entra a tallar el tema de cultura, pobreza y bajo nivel de desarrollo institucional del país, que ha propiciado la «automedicación», dadas las dificultades para acceder a servicios de consulta y diagnóstico en salud, ya sea por costo o tiempo. A ello se añade la práctica corporativa de «inducción de demanda», que se facilita porque el cliente llega a consultar a alguien que puede o no tener entrenamiento sobre qué medicamentos recomendar sin receta.

Recordemos que en 1990, el gobierno de Alberto Fujimori, al iniciar el período privatizador neoliberal, emitió un decreto supremo que desreguló el sector de establecimientos de expendio minorista de medicinas y material quirúrgico, con lo cual se facultó al Ministerio de Salud a otorgar licencias de apertura a nuevos comercios denominados «boticas» (decreto supremo 016-90-SA¹⁴, del 17 de setiembre de 1990). En los considerandos de dicho decreto se argumentaba que los medicamentos y el material quirúrgico se expendían a precios extremadamente altos, en desmedro de la salud de la población; que el funcionamiento de las farmacias limitaba la práctica de la libre competencia en perjuicio del público consumidor; y que, en las «circunstancias de estabilización económica» de aquel momento, la crisis requería que la población accediera a medicamentos y material quirúrgico «a precios competitivos». De este modo, se abrieron las

¹⁴ Decreto supremo 016-90-SA, descargado del Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ): <https://drive.google.com/file/d/1bLJzXdg5RNdqvFxep87Qfev43J57nXyD/view?usp=sharing>

puertas a medidas privatistas y desregulatorias para «aumentar la eficiencia» y la libre importación sin mayores controles de medicamentos. Al mismo tiempo, se creó Indecopi para «defender la competencia» y regular los posibles abusos de posición de dominio de mercado, pero con énfasis en la promoción de la inversión privada más que en la defensa del consumidor.

Estas medidas se complementaron con otras que facilitaron la concentración económica entre actores privados del mercado de medicamentos, de modo que hacia el siglo XXI la «competencia» en el mercado había cambiado al operar grandes unidades productivas en condiciones crecientemente oligopólicas con pocos, pero más poderosos, grupos de poder en la salud privada, poco o deficientemente regulados.

Asimismo, el decreto supremo 016-90-SA facultó al Minsa a otorgar licencias de apertura a las «boticas» y se precisó que se trataba de establecimientos que podían ser de propiedad de cualquier persona natural o jurídica, pero que debían estar regentados permanentemente por un profesional químico farmacéutico, quien asumía la responsabilidad del cumplimiento de los reglamentos establecidos por el Minsa (art. 2)¹⁵. Estableció, además, una prohibición para que toda persona natural o jurídica y los profesionales médicos, vinculados a la cadena de fabricación y distribución de productos farmacéuticos, quedaran impedidos de participar como propietarios o accionistas de farmacias o boticas.

¹⁵ Artículo 2. «Precísase que las boticas son establecimientos que puedan ser de propiedad de cualquier persona natural o jurídica, regentada en forma permanente por un profesional químico farmacéutico, quien asume la responsabilidad del debido cumplimiento de los reglamentos dictados por el Ministerio de Salud respecto a la comercialización de medicamentos y productos afines.

Año y medio después, el gobierno emitió el decreto supremo 004-91-SA¹⁶, del 13 de marzo de 1991, que facultó a los profesionales químico-farmacéuticos que laboraban en el sector público para que también pudieran prestar servicios en los establecimientos farmacéuticos privados, fuera de su horario normal de trabajo. Este decreto, en sus considerandos, argumenta que tal liberalización en el régimen laboral de dichos profesionales se hacía necesaria en vista del incremento de boticas y farmacias en el territorio nacional.

La siguiente modificación legal no se produciría sino hasta diez años después, cuando el gobierno de transición de Valentín Paniagua emitió el decreto supremo 021-2001-SA¹⁷, del 13 de julio de 2001, mediante el cual se aprobaba finalmente el Reglamento de Establecimientos Farmacéuticos, en el marco de la ley 26842, Ley General de Salud¹⁸.

A primera vista, los reglamentos de establecimientos farmacéuticos aprobados en la etapa posterior a la caída del gobierno de Fujimori fueron elaborados para mejorar la institucionalidad del sector y las prestaciones que se brindan a pacientes y usuarios, bajo el supuesto de que el mecanismo de la competencia y la soberanía del consumidor producirían bienestar. Asimismo, este mercado

¹⁶ Decreto supremo 004-91-SA, descargado del Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ): https://drive.google.com/file/d/1u6hg75_U7xznqm2L7YLl4mr1f8gYgrLP/view?usp=sharing

¹⁷ Decreto supremo 021-2001-SA, descargado del Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ): https://drive.google.com/file/d/11w1uMhDDQAA6wLmrraxYKp7alFoSmk_/view?usp=sharing

¹⁸ La última y actualmente vigente modificación legislativa se produjo, nuevamente, diez años después, en la gestión de Óscar Ugarte como ministro de Salud, en la segunda presidencia de Alan García, mediante el decreto supremo 014-2011-SA, descargado del Sistema Peruano de Información Jurídica (SPIJ): https://drive.google.com/file/d/1DRWMRV54CnCHzIU_gqgzGulrNAVWgB3b/view?usp=sharing

«más eficiente» debía también rebajar los costos de adquisición de medicamentos en el Estado.

Sin embargo, debemos elevar la mirada y considerar lo que sucedió en términos de fusiones y adquisiciones para entender de qué competencia y de qué mercado estamos hablando en la práctica, pues, dados la ola concentradora que hemos detectado en otras secciones y el contexto de captura, no sorprende que comenzaran a surgir problemas en el manejo de precios en condiciones oligopólicas.

Un episodio indicativo, por ejemplo, ocurrió el 15 de octubre de 2018, cuando la ministra de Salud Silvia Pessah denunció públicamente una posible concertación de precios de medicamentos, luego de que, en una licitación, tres postores distintos presentaron propuestas con precios treinta veces superiores al que la estatina, útil en el tratamiento del colesterol, tenía en 2017 (Torres, 2018).

Al día siguiente, el 16 de octubre, el Ministerio de Salud envió el expediente del caso a Indecopi para su evaluación, lo que generó una tensión entre la defensa de la «competencia» y la defensa del consumidor. Al respecto, el diario *Gestión* comentó que Indecopi «ya ha sancionado otros casos de colusión en compras públicas, es decir, acuerdos ilegales que realizan las empresas para participar en procesos de compras del Estado, en el sector salud» (Redacción Gestión, 2018). Los casos se han evaluado en la Comisión de Defensa de la Libre Competencia del mencionado instituto, lo que indica un cierto activismo tardío.

Es importante mencionar que en 2010 se sancionó a tres empresas productoras de oxígeno medicinal: Praxair, Messer y Aga (ahora, Linde Gas Perú), que concertaron indebidamente para repartirse el mercado de venta de este producto en todo el país.

El trato establecía que Aga abastecería de oxígeno a la zona norte del país; Messer, a la zona centro; y Praxair, a Lima y la zona sur, para participar en un proceso de selección convocado por EsSalud. La multa total impuesta fue de 5618.80 UIT, equivalentes a S/ 21 630 000, aunque las empresas recurrieron al Poder Judicial para interponer demandas contra la resolución de Indecopi¹⁹.

Por otro lado, según el diario *Gestión*, en 2016 Indecopi «sancionó a 34 centros de hemodiálisis de Lima y Callao por colusión de precios en los concursos públicos convocados por EsSalud, imponiéndoles una multa total de 1671.06 UIT, equivalentes a S/ 6.60 millones»²⁰.

En el caso de EsSalud, las circunstancias en torno a la compra de medicamentos por parte de esta gran entidad aseguradora y potenciales situaciones de concertación de precios no han sido distintas. En la misma fecha que el Ministerio de Salud —octubre de 2018—, la presidenta de EsSalud Fiorella Molinelli también informó sobre la identificación de más de treinta medicamentos y productos médicos con presunta concertación de precios (Melgarejo, 2018). Molinelli detalló que en los procesos se presentaba solo una empresa; el riesgo de concertación se situaba entre los médicos traumatólogos y los proveedores. Aunque se abrieron posibilidades para concursos con una mayor participación de proveedores, nuevamente se presentaba una sola empresa y con montos elevados. Advertimos que, aunque no se puede conocer con qué frecuencia ocurren estos abusos, es posible especular que los casos que dan lugar a denuncias y sanciones suelen

¹⁹ Poder Judicial confirma sanción impuesta por el Indecopi contra el cártel del oxígeno medicinal (<https://www.indecopi.gob.pe/en/-/poder-judicial-confirma-sancion-impuesta-por-el-indecopi-contra-el-cartel-del-oxigeno-medicinal>)

²⁰ Ver nota 19.

ser los menos en tanto la captura y la colusión entre funcionarios públicos y entidades privadas impiden que salgan a la luz.

La concertación de precios, que es producto de la concentración económica y la debilidad regulatoria, acarrea otras consecuencias, además de las pérdidas económicas que, *per se*, pueden presentarse en concursos de adquisiciones con precios sobrevaluados, acordados con los proveedores. También ralentiza y burocratiza los procesos, pues los torna más lentos, engorrosos y complejos. En ocasiones de emergencia, a las instituciones de salud no les queda más remedio que recurrir al mecanismo de la compra directa que, comparado con el precio de compras corporativas e incluso con el precio del mercado, puede resultar más caro. Por ejemplo, y como se señala en una nota de *Gestión*, en el caso de las prótesis de cadera, el precio se eleva a más del doble cuando se trata de compras directas. En condiciones de concurso estas se podrían conseguir cada una a S/ 6000, pero en compras directas estas superan los S/ 12 000 (Melgarejo, 2018).

En cumplimiento de su mandato y funciones, cuando Indecopi ha recibido una denuncia o ha detectado alguna práctica anticompetitiva o que genera perjuicios a los consumidores y ha actuado de oficio, el ente regulador y supervisor ha respondido sometiendo a análisis, evaluación y sanción la incidencia en cuestión. Sin embargo, en tanto responde a denuncias o acciones de supervisión, sus respuestas son siempre *ex post*, de modo que se atiende una situación cuando muy probablemente ya ha causado daños y perjuicios o ha impedido que algunos sectores de la ciudadanía accedan a la satisfacción de sus derechos fundamentales. La capacidad de influencia corporativa sobre Indecopi, de por sí atada a una camisa de fuerza de presiones privadas, y la capacidad de defensa de los intereses económicos en los pocos casos

en los que actúa exponen un escenario de influencias excesivas que el Estado no logra controlar.

La incapacidad o debilidad del Estado para solucionar problemas logísticos y de distribución de medicamentos y de mejorar su respuesta en políticas públicas de salud, al ser el mayor comprador de insumos, hace que, de cuando en cuando, se presenten proyectos de ley para introducir formas de regulación de los precios de los medicamentos. Ello, a falta de una mejor capacidad de articulación política en este sector tan importante, podría resultar una medida temporal que permita un más amplio acceso a medicamentos por parte de más sectores de la población.

El precio de los medicamentos, por las razones expuestas anteriormente, es un tema que siempre está «flotando en el ambiente»; algunos de los proyectos de ley presentados son, incluso, versiones recicladas de proyectos presentados en el anterior período parlamentario 2011-2016. Hay, por tanto, un intento de respuesta parlamentaria al problema de precios que ha surgido en condiciones oligopólicas y que da lugar a muchas iniciativas, pero con escasos resultados, ya que Indecopi opina de una manera que favorece los derechos de las corporaciones antes que los de los consumidores.

Un informe de Indecopi (2013), del 9 de mayo de 2013, expone una opinión técnica sobre el proyecto de ley 2102/2012-CR, Ley que declara de interés nacional la creación de un organismo regulador de precios de medicamentos y establece principios básicos para la regulación del mercado de medicamentos en el Perú. El título de dicho proyecto de ley guarda estrecha similitud con otros proyectos presentados en este período parlamentario. En el momento de su propuesta, el proyecto de ley 2102/2012-CR generó debate y toma de posiciones por parte de los sectores concernidos —laboratorios y gremios empresariales—, que se manifestaron a través

de los medios de comunicación (Redacción Perú21, 2013). Según el informe, el proyecto de ley plantea la necesidad de regular los precios de los medicamentos, a través de un «Organismo Regulador de Precios de Medicamentos», en forma análoga a la función que ejercen actualmente los organismos reguladores en determinados sectores de nuestra economía. Ello, porque los altos precios de los medicamentos impiden el acceso a estos para la gran mayoría de ciudadanos, ya que estos productos cumplen un rol social. Por esta razón, el Estado debe articular normas y condiciones para facilitar el acceso a los medicamentos y debe contar con la facultad de disponer la regulación del mercado de medicamentos como uno de los mecanismos posibles. El sustento de esta facultad derivaría del orden constitucional de 1993, en el cual el régimen económico peruano es definido como «economía social de mercado», a partir de lo cual el principio de la libre oferta y demanda convive con la función reguladora del Estado. Así pues, ante situaciones de desigualdad y al tratarse de la salud, se habilita la regulación como forma de proteger la vida de las personas.

Ahora nos interesa detenernos en la argumentación que Indecopi desarrolla en el análisis del proyecto de ley. Esta entidad le otorga otro sentido a la definición constitucional de la economía peruana como una «economía social de mercado» y ello es indicio de una «captura cognitiva» del funcionario público por parte de las fuerzas del mercado. En una economía de este tipo se considera que los precios deben ser resultado de la libre interacción entre la oferta y la demanda, sin tomar en cuenta que existe libertad de concentración. La regulación económica solamente se justificaría en los casos en que una industria tenga las características de «monopolio natural»; es decir, en los sectores en los que resulta más económicamente eficiente que una sola empresa

se haga cargo de dicho sector, lo que justifica la existencia de organismos especializados y reguladores que reglamenten las tarifas en dicho ámbito. Algunos ejemplos al respecto son Osiptel, para el sector telecomunicaciones; Sunass, para el sector de provisión de agua potable y alcantarillado; Osinerg, para el sector energía, entre otros. Los precios son el principal mecanismo a través del cual las empresas compiten en el mercado²¹; además, dichas empresas deben cumplir el rol de informar acerca de la relativa escasez de los recursos, así como de las condiciones de oferta y demanda de determinados bienes, en un determinado mercado. Es por ello que el control de precios:

[...] es un mecanismo que únicamente debe ser implementado cuando se verifique que los beneficios que podría generar serán mayores que los costos directos de la regulación y los atribuibles al cambio en la estructura de incentivos de las firmas reguladas (Indecopi, 2013, p. 3).

Sobre la regulación de precios, también se informa que,

[...] cuando no se sustenta en una mayor eficiencia económica, constituye una limitación directa e injustificada a la libertad contractual que posee todo individuo para determinar las condiciones en las que los bienes son comercializados y, de esta manera, incide también sobre el derecho de libre disposición de los bienes que es inherente a la propiedad privada y a la libertad de empresa. En estos casos, la falta de libertad para establecer los precios, podría generar una afectación al proceso de transmisión de información, restringiendo la posibilidad de que los bienes logren asignarse a sus usos más valiosos (Indecopi, 2013, p. 4).

²¹ Cuando existen supuestamente condiciones de competencia. Cabe preguntarse si actualmente, con la alta concentración del mercado farmacéutico, existen condiciones de competencia.

Asimismo, se considera importante recordar que,

[...] el principal problema de la fijación administrativa de precios se encuentra en la alta dificultad que representa para cualquier autoridad el identificar un precio cercano al precio de equilibrio entre la oferta y la demanda. De esta manera, si el precio fijado resulta superior al precio de equilibrio, la consecuencia resultante sería un exceso de oferta debido a un precio artificialmente elevado y la consecuente exclusión del servicio de un grupo de consumidores que hubiera pagado precios cercanos al equilibrio. Esta demanda residual podría incentivar la existencia de mercados negros, fuera del control del Estado (Indecopi, 2013, p. 4).

Si bien se trata de un informe de 2013, Indecopi parece no recordar que ya existía para entonces una «demanda residual» de consumidores que, debido a los precios de los circuitos formales y privados de venta de medicamentos y a la ineficiencia del Estado, recurre a espacios de venta ilegal e informal, fuera de control, supervisión y fiscalización del Estado, hecho que pone en peligro su salud y genera riesgos para la salud pública.

Desde una perspectiva legal, la posición de Indecopi es mucho más explícita y determinante, pues indica que debe atenderse a lo dispuesto en el decreto legislativo 757, Ley Marco para el Crecimiento de la Inversión Privada, que prohíbe expresamente cualquier mecanismo de control de precios, salvo en los casos de las tarifas de los servicios públicos. Indecopi incorpora en su informe un acápite sobre mecanismos alternativos de promoción del acceso a medicamentos. Entre ellos menciona la promoción de «la máxima competencia posible, dentro de los límites del marco legal que protege los derechos de propiedad intelectual» (Indecopi, 2013, p. 7) Asimismo, alude a procesos de adquisición eficientes, como la promoción de las compras corporativas,

e indican que «han mostrado buenos resultados al conseguir ahorros significativos en el gasto público» (2013, p. 9)

Estas dos propuestas, como mecanismos alternativos de promoción del acceso a medicamentos, nos devuelven al inicio de este informe, puesto que el paso del tiempo, desde la emisión del informe de Indecopi, ha evidenciado las dificultades subsistentes en el Estado para promover efectivamente la «máxima competencia posible». Indecopi ignora el efecto de los procesos de integración horizontal y vertical en el sector salud que elevan los niveles de concentración económica y de manejo de la cadena para obtener el mayor lucro posible del consumidor-paciente, al elevar los precios e inducir la demanda.

Como ha señalado Amaro respecto a la concentración del poder de mercado en el sector farmacéutico *retail* peruano:

[...] la compra de Quicorp por InRetail Pharma en enero del presente año por US\$ 583 millones [Rosales, 2018] ha tenido el efecto de un «terremoto» para el conjunto de actores del mercado farmacéutico peruano y varía significativamente las condiciones del mismo. InRetail Pharma ahora acumula 2043 puntos de venta directa al público (18% de los establecimientos) al poseer las principales cadenas de boticas del país. El competidor más cercano es la cadena Boticas y Salud, con alrededor de 160 puntos de venta. También subsisten algunas cadenas pequeñas con menos establecimientos, además de boticas y farmacias independientes. Los puntos de venta al público de InRetail Pharma acumulan aproximadamente 47% de las unidades y 55% de los valores vendidos en el mercado *retail* peruano. Es decir, son locales con un alto peso específico que, como apreciamos antes, se concentran en ciudades, eligiendo el mercado urbano moderno —zonas con población con poder adquisitivo y alta densidad poblacional— en donde tienen una franca hegemonía [Concha, 2018]. Una idea de la magnitud

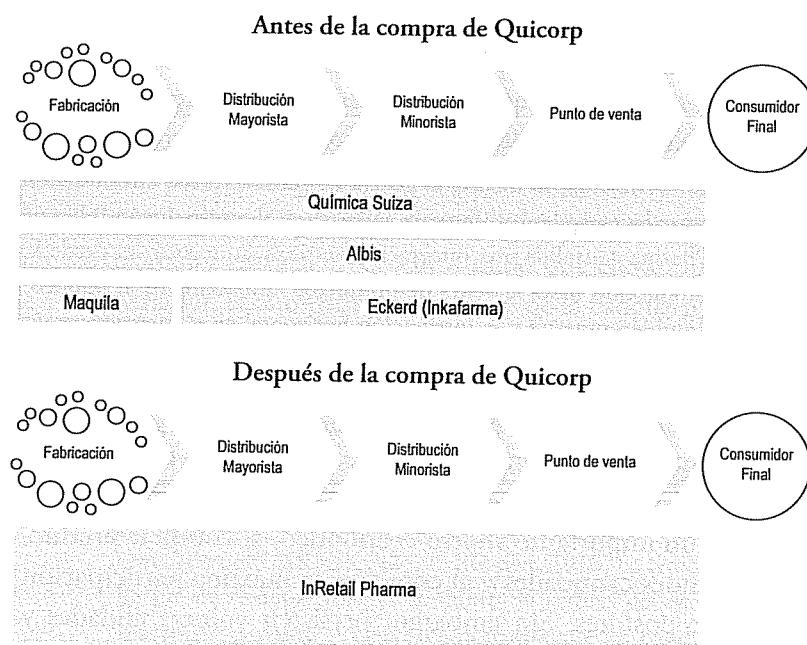
del cambio es que hasta hace pocos años la Asociación Nacional de Cadenas de Boticas (Anacab) [www.anacab.com] estaba conformada por representantes de Inkafarma, Mifarma, Arcangel, BTL, Fasa, Punto Farma y Boticas y Salud. Hoy las reuniones de directorio deben ser muy cortas, pues en la mesa solo se sientan dos empresas: InRetail Pharma, propietaria de las seis primeras mencionadas, y una solitaria Boticas y Salud.

Con esta compra finaliza la guerra de precios de los últimos años entre las exrivales Inkafarma y Mifarma, y el nuevo dueño InRetail Pharma consolida una integración vertical: su negocio va desde la producción hasta la venta de productos farmacéuticos al público. También muestra una integración horizontal en el mercado *retail*: las principales cadenas de boticas peruanas tienen un solo propietario... (2018, pp. 151-152).

En cuanto a las compras corporativas, como se ha mencionado al inicio de este artículo, se trata de mecanismos que permitirían al Estado un importante ahorro económico, al comprar productos en grandes cantidades y al convocar la máxima participación posible de postores. Sin embargo, persisten vulnerabilidades y riesgos de concertación de precios por parte de proveedores, en arreglos corruptos con los funcionarios encargados de las compras o que generan una escasez artificial en las farmacias de los hospitales públicos. Hasta la fecha de redacción de este artículo, Indecopi aún no había resuelto las denuncias por concertación de precios realizadas por el Minsa y por EsSalud en octubre de 2018.

Mientras tanto, las cadenas de farmacias han sido todavía más concentradas, como lo demuestra la figura 10. A partir de esta concentración se genera un contexto de manipulación o inducción de oferta de medicamentos realizado luego de la fusión de dos grandes cadenas.

Figura 10. Integración vertical y horizontal del área farmacéutica de Intercorp (InRetail Pharma)



Fuente: Elaborado a partir de Amaro, 2018.

El estudio de Red GE, AIS y Oxfam (2019) confirma las preocupaciones que se derivan del fortalecimiento corporativo que se expresa en la concentración económica, la privatización extrema y la debilidad regulatoria del Estado. La investigación ha sido realizada por Acción Internacional de la Salud (AIS), con una muestra de seis medicamentos de alto consumo vendidos por la cadena de farmacias del grupo Rodríguez-Pastor a través de su *holding* InRetail hasta 2018, lo que demuestra que se «induce la demanda» a favor de medicamentos caros de marca. Las conclusiones de los investigadores dicen lo siguiente:

La investigación ha demostrado que los pacientes son sorprendidos en las boticas, donde les ofrecen como primera alternativa un medicamento de su marca y el medicamento genérico DCI. Esto representa un perjuicio terrible a la economía de los más necesitados, ya que el precio de dichos medicamentos «genéricos de marca»²² es entre cinco y diez veces mayor que el genérico real.

El estudio encuentra, asimismo, que existen algunos casos de ventas altas del genérico real a precios muy cómodos porque el usuario conoce su nombre (losartán, por ejemplo) y lo exige al comprarlo. Ello demuestra que cuando el usuario está bien informado, el costo de su salud baja y, en consecuencia, disminuye también el lucro de los establecimientos, que compensan esta menor ganancia con prácticas de inducción de demanda (ver también Torres & Ciriaco, 2018).

Parte del problema, sostienen los conocedores, es que el consumo puede estar relacionado con las recetas del médico, que pide «que no se la cambien» cuando prescribe el medicamento de marca, con lo cual se evita la intercambiabilidad, como si fueran diferentes del genérico. También es problemático el control de las recetas por parte de las industrias cuando se dan cuenta de que el médico, al contrario del caso citado líneas arriba, receta el genérico real, lo que es informado a los dueños de las clínicas o a los laboratorios²³. Estos casos sugieren un fuerte control de la cadena de medicamentos y de algunos médicos por parte de los grandes actores corporativos. Estas situaciones de «captura del médico» que receta medicamentos de marca y de establecimientos que inducen la demanda anulan

²² La empresa vende un genérico al que le ponen marca para cobrar un sobreprecio.

²³ Discusión con profesionales de la salud en la presentación del trabajo de Red GE, AIS y Oxfam, 2019, en Lima, febrero. Asistieron participantes del sector privado que no intervinieron.

la «soberanía del consumidor» y generan la «captura del usuario». Todo ello exhibe un preocupante escenario que tiene como principal resultante lo opuesto de lo que la ideología privatista sostiene, pues se elevan los costos innecesariamente.

Un estudio basado en encuestas a médicos peruanos en 2016 muestra que existe una opinión dividida entre ellos y ellas sobre si la promoción farmacéutica y la prescripción de medicinas implica algún «conflicto ético»: el 44,8% sostiene que no existe —puede haber un sesgo a favor de una negativa si el encuestado se beneficia de algún modo, si es dependiente de las políticas de promoción o debido a que no ve o no quiere admitir que el conflicto existe—; el 43,3% responde que existe «algún conflicto»; el 9,7% opina que existe «mucho conflicto», y 2,3% indica que existe «conflicto total» (Florián-Castro, 2018, p. 709). La encuesta es indicativa de un problema. De modo tal que la «inducción» a los pacientes tiene que ver con los intereses privados —políticas promocionales o dación de empleo—, lo que termina generando un cierto nivel de influencia sobre los pacientes-clientes, situación que es más fuerte en el caso de los establecimientos que en el caso de los médicos, si damos crédito a sus opiniones.

En suma, la venta de fármacos y el limitado rol de los organismos reguladores demuestran que la situación de captura corporativa que hemos estudiado a partir de algunos casos tiene altos costos para la salud, sobre todo para los sectores de menores ingresos, y que los intentos para que el sector privado adquiera más libertades para complementar al Estado conducen más a una complementariedad negativa que a una positiva. En suma, no es posible corregir eso debido a la debilidad regulatoria, la falta de voluntad regulatoria, la influencia de las ideas privatistas entre los funcionarios y los organismos reguladores, y las prácticas corporativas;

si ello persiste, los problemas de la salud pública perdurarán o incluso pueden acrecentarse.

Como mencionamos en los párrafos precedentes, dada la ausencia de una regulación firme o de una voluntad resuelta y autónoma de los intereses privados para aplicarla con eficacia y sabiduría, la cuestión del precio de los medicamentos y las prácticas anticompetitivas por laboratorios, distribuidores y otras empresas concernidas es un problema persistente. En 2011, la revista *Poder* documentó casos en los que prácticas lucrativas desmedidas y colusivas de empresas en el sector salud y farmacéutico chocaron con la salud pública. Volvemos sobre ello porque, a la luz de situaciones recientes, podemos observar que no se han logrado avances significativos respecto a la problemática de los precios de los medicamentos como barrera de acceso a la salud para la población en general.

Poder puso el foco en un proceso sancionador de prácticas vulneradoras de la libre competencia en el sector salud que Indecopi había iniciado en diciembre de 2010 en el mercado farmacéutico. Luego de una serie de acciones realizadas —como visitas de inspección a varias boticas, farmacias y laboratorios, así como a la Asociación Nacional de Cadenas de Boticas (Anacab); la recepción de informes y la revisión de correos electrónicos entre ejecutivos de diversas empresas—, Indecopi inició un proceso sancionador el 1º de diciembre de 2010 contra las empresas Albis (Boticas Arcángel), Boticas y Salud (ByS), Boticas Torres de Limatambo (BTL), Farmacias Peruanas (Fasa), Eckerd Perú (Inkafarma), Mifarma (Superfarma) y Nortfarmá (Boticas Felicidad). Por aquel entonces, aquellas eran la crema y nata de las farmacias del medio, como las llamó la revista, antes de fusionarse y, en el caso de algunas de ellas, desaparecer.

Los correos que Indecopi revisó hablaban de incrementos de precios al público de determinados productos farmacéuticos, cuestión que llevó al ente regulador a la presunción de un proceso de concertación de precios. La resolución que emitió el Comité de Libre Competencia fue taxativa al respecto: «Precisan la fecha y los montos específicos en los que se aplicarían dichos incrementos. Algunas de ellas, incluso, precisan si el ajuste sería secuencial o simultáneo». Indecopi había relacionado las fechas con aumentos efectivamente producidos en fechas posteriores y todo concordaba: «La coincidencia entre lo anunciado en los correos electrónicos y la evolución de las series de precios promedio analizadas constituye un indicio razonable de la existencia de un acuerdo colusorio de fijación de precios entre las cadenas» (Uceda, 2011, p. 24).

En el momento de publicación de la revista (febrero de 2011), el proceso iniciado por Indecopi aún se hallaba en curso y con más de un año por delante, en un clima de enojo e insatisfacción en los consumidores debido a los altos precios de los medicamentos. En esta coyuntura, se concretó la adquisición de las grandes cadenas investigadas por dos importantes grupos económicos: Inkafarma fue comprada por Intercorp; y BTL, por Quicorp (Química Suiza), que ya poseía la cadena Mifarma. Más tarde, Intercorp compró a Quicorp, con lo cual se convirtió en el grupo con mayor participación y concentración de mercado en el sector farmacéutico. A partir de ello se revelaron nuevos casos de concertación de precios, pero no hubo ningún cambio sustancial o significativo a favor de los consumidores y pacientes.

En virtud de ello, cabe preguntarse ¿cómo funciona el mercado de medicamentos peruanos? *Poder* también esboza una hipótesis al respecto, según las coordenadas de aquel tiempo. Según la revista, «en el mercado peruano, de más de 1200 millones de dólares,

el 34% del valor de los medicamentos circula en hospitales y el 66% restante, en cadenas y farmacias». La publicación prosigue:

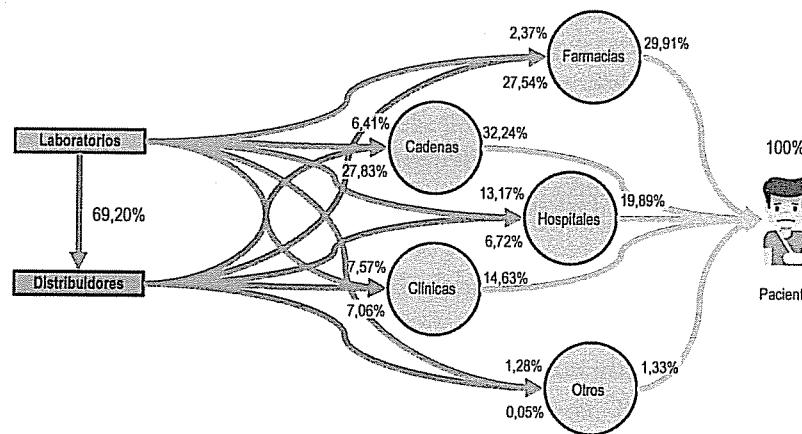
Las cadenas tienen un enorme poder de negociación con los laboratorios, a los que pueden imponer qué producir y a cuánto vender. Este último mercado, el de la industria, también está vinculado económicamente al de las cadenas. [...] Cada cadena puede tener un laboratorio de su propiedad o cierto laboratorio «su» cadena, como Química Suiza, ahora propietaria de Mifarma y BTL, con más de cuatrocientos locales entre ambas (Uceda, 2011, p. 26).

Con la integración de la cadena laboratorio-distribución-punto de venta final, producto de la fusión de Intercorp y Quicorp, el poder de mercado e influencia tiene que haberse incrementado ostensiblemente.

Poder nos da otro alcance importante sobre cómo se introducen y posicionan los productos farmacéuticos en el centro de las decisiones de los médicos, no de los pacientes, pues son los primeros quienes prescriben los fármacos a los que deben acceder los consumidores. La revista recogió el testimonio de Alfonso Rey, quien por aquél entonces se desempeñaba como director de la Asociación Nacional de Laboratorios Farmacéuticos (Alafarpe). Rey reveló los modos y los procedimientos de la industria para colocar y garantizar la venta de sus productos: «Para que a ti te compren, tienes que convencer primero a los médicos de que receten tu producto. Y esto es costoso en términos de mercadeo». La industria primero debe capacitar a los vendedores, con el objetivo de que convenzan a los médicos. Esta es, conviene remarcar, una de las maneras de «inducir la demanda». Rey añadió: «después hay que capacitar a los médicos con congresos en el exterior, y son ellos los que presionan a las entidades públicas para recetar estos productos. Porque mientras no entren al petitorio nacional, no se podrá comprar».

Figura 11. Cadena de distribución de laboratorios y distribuidores

Diagrama de distribución farmacéutica en el Perú (US\$)



Fuente: Uceda, 2011, p. 27.

Volviendo al presente, un estudio del Instituto Peruano de Economía²⁴ (IPE), vinculado a los grandes grupos de poder económico que participan en su directorio, afirma que los efectos de la concentración económica en el mercado farmacéutico no son como lo anticipaban la literatura especializada y los antecedentes²⁵.

Al haberse cumplido un año desde la adquisición de Quicorp por parte de Intercorp, el IPE publicó un informe en el diario

²⁴ El IPE se presenta como una institución privada sin fines de lucro, cuyo propósito es la promoción del desarrollo equilibrado y sostenido del Perú mediante el perfeccionamiento de la economía de mercado. Entre sus asociados se encuentra Interbank, banco perteneciente al grupo Intercorp, propietario, también mediante subsidiarias, de las cadenas de farmacias Inkafarma y Mifarma.

²⁵ Aparte del directorio, el IPE es una entidad ligada a las corporaciones a las que presta servicios de asesoría; por ello, puede considerarse que practica un *lobby* en la sombra y que interviene en la discusión de asuntos públicos en defensa de sus clientes. No estamos, por tanto, frente a una investigación independiente, como puede ser la de organismos profesionales u ONG.

El Comercio (IPE, 2019), en el que analiza si tal transacción tuvo efectos adversos en la disponibilidad y en el nivel de precios de algunos medicamentos. Durante la pandemia de la COVID-19, estos problemas han sido discutidos públicamente, en particular las dificultades que encuentran los usuarios de informarse y de acceder a los medicamentos genéricos, pero también sobre los costos de las clínicas privadas, los cobros excesivos e, incluso, respecto al alto costo de las pruebas de COVID-19 cuando son subsidiadas por el Estado.

En su análisis, el IPE empleó una canasta de productos genéricos correspondientes a los medicamentos de mayor consumo en el país, destinados al tratamiento de enfermedades no crónicas. Para su construcción, afirma el IPE

se empleó la lista de medicamentos más distribuidos por los establecimientos de salud pública y los incluidos en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales 2015 del Ministerio de Salud (Minsa). Los precios fueron obtenidos del Observatorio de Precios de la Dirección General de Medicamentos del Minsa y representan valores oficiales. Entre los 22 medicamentos evaluados, se han considerado 12 categorías terapéuticas, como analgésicos, antibióticos, antiinflamatorios y antihistamínicos (IPE, 2019).

El informe del IPE sostiene que en Lima Metropolitana se registró una disminución de los precios de Inkafarma y Mifarma en 2,9% y 13,5%, respectivamente. De los 22 productos que analizaron, Inkafarma mantuvo sus precios en 18 y redujo en otros cuatro, mientras que, en el caso de Mifarma, se mantuvieron los precios de cinco medicamentos, se redujeron en diez y aumentaron en siete. Por su parte, los establecimientos de otras cadenas, las boticas independientes y las clínicas registraron un aumento de sus precios.

Asimismo, el IPE señala que otro aspecto que generó preocupación al momento de la fusión empresarial fue la posible diferenciación de precios por segmentación de mercados según distritos. Asevera que se ha registrado un ligero incremento en la variabilidad de los precios según delimitaciones distritales, lo que sugiere la existencia de mercados segmentados. Indica, además, que los precios de los medicamentos pueden ser casi 5% mayores en Inkafarma y 7% mayores en Mifarma en algunos distritos, aunque sin mostrar una tendencia clara. Sin embargo, al tratarse ahora de una sola empresa, ello sí denotaría un incremento general en los precios.

El IPE finaliza su informe con el argumento de que los medicamentos genéricos en el sector público pueden continuar siendo 50% más bajos que en los establecimientos privados, debido a la mayor capacidad de compra corporativa del Estado, pero que ello resulta menos relevante si el medicamento no se encuentra a disposición por desabastecimiento.

Las capacidades del Estado peruano en cuanto al aseguramiento de derechos fundamentales y servicios sociales y básicos, como es el caso de la salud, sigue manteniéndose por debajo de las demandas y necesidades de una población en continuo crecimiento. En el Mensaje a la Nación del 28 de julio de 2019, el presidente Martín Vizcarra se refirió al aseguramiento universal de todos los peruanos, independientemente de su situación; sin embargo, el desempeño del Estado en el sector aún continúa mostrando grandes desfases, deterioro, fragmentación y disociación, en un contexto de fuerte expansión del mercado privado de salud, alentado por las múltiples deficiencias presentes en el sector. La debilidad en la rectoría del Ministerio de Salud revela y confirma fuertes rasgos de heterogeneidad burocrática, una de las condiciones para la captura del Estado.

Un área en la que se puede avanzar es en la identificación de los sectores y agentes de gestión de intereses, así como en los temas sobre los que buscan influir sustantivamente; es muy probable que el sector de medicamentos sea el más sensible frente a la acción del *lobby* de la industria farmacéutica. Ello se debe a la incidencia de los laboratorios sobre los médicos a través de obsequios, invitaciones, viajes, pagos en dinero o especie, entre otras formas, para influir en la prescripción de medicamentos y en las decisiones de compra corporativa o similares.

En suma, salud parece ser uno de los sectores con más predisposición a la gestión de intereses o *lobby*. Una de las consecuencias más serias es la inducción de demanda y la correspondiente ausencia de «precios honestos» en las farmacias y clínicas privadas. Con ello se genera y se reproduce —se normaliza, en realidad— un ambiente operativo de lucro excesivo. Al normalizarse, se convierte en mecanismo perverso, pues genera una defensa más cerrada ante propuestas de cambio, lo que a su vez neutraliza o atemoriza a los expertos fiscalizadores de los organismos del Estado. Las instituciones profesionales coexisten con esta situación y no hay evidencias de que sean proactivas en mejorar el sistema de salud público y privado. Sin embargo, la comunidad epistémica, al estar más preparada y tener mayor noción del interés público, puede contribuir a realizar reformas.

7. LA PANDEMIA DE 2020

La enorme crisis sin precedentes causada por la pandemia de la COVID-19, en 2020, ha evidenciado la profunda precariedad del sector salud en el Perú. En nuestro diagnóstico realizado antes que estallara la pandemia, encontramos patologías serias de captura en el sector salud, tanto público como privado; hallamos,

asimismo, una complementariedad negativa entre ambos sectores, en la que las fallas del sector público dan lugar a lucro excesivo o indebido en agentes privados. Este primer diagnóstico, a pesar de ser muy preliminar, sugería que la salud en el Perú se encontraba en estado crónico. Ahora, la pandemia la ha puesto en estado crítico, al someterla a una presión extrema que ha acentuado sus limitaciones y desviaciones.

La saturación y el desborde de los servicios públicos de salud no tardaron en manifestarse. Si bien el gobierno implementó líneas telefónicas tempranamente, sus capacidades iniciales fueron saturadas, hasta que se decidió contratar mayores anchos de banda y más personal para la atención telefónica. Dicha línea creada específicamente para solicitar descartes ante sospecha de contagios desempeñó, más bien, un rol de «placebo», puesto que, luego de las mejoras técnicas, la línea ya no se saturaba y los datos de las personas eran recogidos, pero sin un resultado posterior satisfactorio que se plasmara en la toma de pruebas en los domicilios y su seguimiento médico.

La crisis estructural del sector salud, desbordada por la pandemia, contribuyó a elevar a grados superlativos las problemáticas situaciones y escenarios de complementariedad negativa. El cierre temporal o la saturación de establecimientos públicos de salud y sus farmacias (frecuentemente desabastecidas) terminaron de empujar a las personas a la automedicación y a la búsqueda frenética de los medicamentos que, a través de las redes sociales y medios de comunicación informales, se anunciaban como efectivos contra la COVID-19. Así, a la escasez de diversos medicamentos, le siguió un notable incremento de precios en las farmacias y boticas particulares. Por ejemplo, el litro de alcohol se incrementó siete veces, dependiendo del establecimiento,

y lo mismo sucedió con el precio de las mascarillas, los guantes quirúrgicos y demás implementos.

Análisis aparte requiere el acceso a medicamentos genéricos. El Poder Ejecutivo, mediante el decreto de urgencia 007-2019 del 31 de octubre de 2019, declaró «el acceso a los medicamentos, productos biológicos y dispositivos médicos como parte esencial del derecho a la salud, y disponer medidas para garantizar su disponibilidad». En su artículo 4, este dispositivo contemplaba promover el acceso y uso de medicamentos genéricos y productos biosimilares. En su cuarta disposición complementaria final estableció que las farmacias, las boticas y los servicios de farmacias del sector privado deberán mantener disponible o demostrar la venta de un listado de hasta cuarenta medicamentos esenciales genéricos en denominación común internacional, que debería ser aprobado por el Ministerio de Salud.

Sin embargo, según lo ha comprobado una investigación de Ojo Público, durante la emergencia por la pandemia de la COVID-19 se incrementaron los precios de los medicamentos usados en el tratamiento de la enfermedad en sus diferentes etapas. La azitromicina, por ejemplo, fue un medicamento que el Ministerio de Salud incluyó, el 1º de diciembre de 2019, en la lista de aquellos que, en formato genérico, las farmacias y boticas estarían obligadas a tener en stock (Torres, 2019). Por aquél entonces, el coronavirus no había sido caracterizado como una pandemia por la OMS. Al respecto, Ojo Público encontró que antes de que la pandemia llegara al Perú, las versiones genéricas de azitromicina tenían un costo que oscilaba entre S/ 3 y S/ 10; luego, esas mismas presentaciones superarían los S/ 50. En la misma investigación, Ojo Público informó que al incremento de precios se sumó la escasez de medicamentos. Según la publicación, en varios

recorridos realizados por diversas regiones del país, se constató que «varios de los medicamentos no se encontraban disponibles en sus versiones genéricas y que, en varias cadenas, incluyendo Mifarma e Inkafarma, ofrecían solo las de marca» (Castro, 2020). En una comunicación, InRetail Pharma, la subsidiaria del grupo Intercorp que controla su sector farmacéutico, informó que el precio de la azitromicina en sus establecimientos era de S/ 1.30, pero que, debido a la alta demanda, era la presentación que más rápido se agotaba en sus locales. En dos locales de Mifarma visitados por Ojo Público, sin embargo, la realidad era distinta, pues se encontró que solo disponían de marcas cuyos precios eran diez veces más altos. Asimismo, en un local de Inkafarma encontraron que la cetirizina, un antialérgico recomendado por especialistas a cargo de la Línea 113 junto con el paracetamol como medidas de contención ante síntomas respiratorios, solo era ofrecido en su formato de marca, a un precio diez veces mayor que la versión genérica. En otro momento, el grupo Intercorp publicó un comunicado en el que buscaba aclarar que en sus establecimientos no habían subido los precios, sí vendían medicamentos genéricos y que, dado que contaban con capacidad de infraestructura almacenera, podían realizar el acopio de medicamentos para posterior distribución, lo que podía resultar imposible para establecimientos farmacéuticos independientes que solo tienen un único espacio en el mismo local; con todo ello, negaron el acaparamiento y la especulación.

Otras situaciones de complementariedad negativa se plasmaron en el incremento de precios de servicios clínicos y en la escasez y subida de precios del oxígeno.

Ante el desborde de las capacidades estatales, algunas de las clínicas y conglomerados hospitalarios más grandes comenzaron

a ofrecer pruebas moleculares de detección de COVID-19. Sin embargo, solo el precio de las pruebas ya resultaba prohibitivo para la mayoría de la población, pues se situaba entre los S/ 700 y S/ 1000. Además, estos centros médicos ofrecieron el internamiento hospitalario y el tratamiento en sus unidades de cuidados intensivos, previo abono de miles de soles. Las familias que podían solventar estos gastos los asumieron, pero otras tuvieron que trasladar a sus pacientes de clínica en clínica hasta encontrar aquella en la que pudieran ser admitidos, sin que ello comprometiera su propia subsistencia. Posteriormente, la Contraloría General de la República reveló que dieciocho clínicas privadas efectuaron cobros elevados por la realización de pruebas moleculares de detección de COVID-19, que fueron procesadas gratuitamente en el Instituto Nacional de Salud. Después de algunas idas y venidas, la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) tuvo que intervenir. Al respecto, su jefe Carlos Acosta «informó ante la Comisión de Fiscalización del Congreso que 102 clínicas en el Perú son investigadas por presuntos cobros indebidos en la toma de pruebas moleculares de COVID-19» (Redacción Gestión, 2020).

Durante la crisis de la pandemia también llamaron la atención los precios que alcanzaron los balones de oxígeno de hasta S/ 6000 y su recarga, de hasta S/ 100 el metro cúbico. En los momentos más álgidos de contagios, escasez y fallecimientos, las instituciones públicas no solo no podían recibir más pacientes, sino que la provisión de oxígeno se agotó incluso para los que estaban internados. En Lima y en regiones como Loreto y Piura, los pacientes internados o en sus casas comenzaron a fallecer por la escasez de oxígeno. El gobierno peruano de nuevo reaccionó tarde y, mediante un decreto de urgencia, recién pasados los 85 días

de emergencia sanitaria, declaró al oxígeno como recurso estratégico y destinó recursos para incrementar su producción.

Los factores que hicieron posible esta crisis tan extrema en el caso de la provisión de oxígeno se originaron en el segundo gobierno de Alan García. Como hemos mencionado anteriormente, tres empresas (Messer Gases del Perú S.A., Linde Gas Perú S.A. y Praxair Perú S.R.L.) fueron sancionadas por Indecopi en 2010, por haber concertado ilegalmente para repartirse el mercado nacional. Estas empresas apelaron al Poder Judicial en 2013. Siete años después, la Sala de Derecho Constitucional y Social Permanente de la Corte Suprema declaró infundados los recursos de casación presentados por las empresas y ratificó la multa de S/ 24 000 000 contra este cártel. Pero, volviendo una década atrás, mientras estas empresas sosténían un proceso ante Indecopi, el 26 de enero de 2010, el gobierno de Alan García emitió una norma que permitió que elevaran sus ventas. El diario *La República* informa que, mediante la resolución ministerial 062-2010-MINSA, el gobierno de García «resolvió cambiar el rango de la pureza del oxígeno medicinal de 93% a 100%, por 99% a 100%, lo que benefició económicamente a las empresas proveedoras de oxígeno medicinal, que en ese momento controlaban el 90% del mercado» (Páez, 2020). Desde ese momento hasta el presente, con cambios de nombre, fusiones y adquisiciones, se ha registrado un proceso de concentración mucho más agresivo. El grupo investigativo Ojo Público ha encontrado que dos empresas transnacionales —Linde (Alemania) y Air Products (Estados Unidos)— han concentrado «los procesos de ventas de oxígeno medicinal destinado a los hospitales del Ministerio de Salud, EsSalud y gobiernos regionales durante los últimos años». Asimismo, en las regiones más afectadas por la pandemia se registraron notorios incrementos en los precios del oxígeno medicinal.

8. CONCLUSIONES PRELIMINARES

A partir del enfoque de captura del Estado en el sector salud encontramos algunas situaciones preocupantes, al punto de calificarlas como patologías que son consecuencia de influencias excesivas e indebidas de intereses privados y burocráticos. Estos dos tipos de captura tienen consecuencias negativas para los usuarios, principalmente para los más pobres, aunque también afectan a la clase media y, más generalmente, a los derechos ciudadanos de todos, sin distinción. La captura afecta entonces a un sistema de salud que dista de estar adecuadamente desarrollado y regulado como para defender el interés público y que, más bien, tiende a desarrollar una complementariedad negativa entre lo público y lo privado, en la cual se relacionan los aspectos negativos de ambos lados.

Estas situaciones de captura se han generado en un contexto de políticas neoliberales privatistas priorizadas por el Estado, que apuesta, desde 1990, a la salud privada, al mismo tiempo que invierte poco y no intenta mejoras sustantivas en la salud pública. Algunas iniciativas parciales son positivas. Ciertamente hay mejores clínicas y, para ciertas enfermedades, mejores capacidades hospitalarias, además de seguros del Estado como el SIS, que permiten mayor acceso a la salud; no obstante, el diagnóstico de fondo y los casos analizados indican la existencia de considerables deficiencias.

En suma, se detectan avances, pero son parciales, al mismo tiempo que se desarrollan patologías que no se corrigen y que, por lo mismo, ante la ausencia de una regulación proactiva del Estado y una fiscalización de organismos de la sociedad civil, generan situaciones que propician la búsqueda del interés privado basado en un lucro excesivo o mal habido.

Sobre la sociedad civil cabe añadir un comentario. Este contexto de fortalecimiento del interés privado de lucro excesivo o mal habido no se corrige tampoco por haberse desarrollado un sistema de representación de intereses enfocado en la defensa de intereses materiales y condiciones de trabajo. Esta defensa es lógica pero no contribuye a mejorar el sistema si sigue encasillada en demandas puntuales de este tipo. No obstante, observamos que existe una comunidad epistémica de expertos en salud en distintas instituciones —entre las que destacan las ONG del sector y los expertos internacionales—, que tienen capacidad de diagnóstico y propuesta como para mejorar el sistema.

Aunque no contamos con más elementos de juicio, la impresión es que el sistema de salud en su conjunto se encontraba, al momento de terminar la primera versión de este artículo en 2019, en estado crónico. Al desatarse la pandemia de la COVID-19 a comienzos de 2020, las patologías encontradas se han acentuado debido a la extrema presión que el contagio masivo y letal ejerce sobre un sistema de salud con problemas serios para atender a los miles de afectados. El sistema de salud ha pasado a estar en situación crítica, lo que a su vez ha permitido identificar mejor una serie de patologías. Ello ha generado un saludable debate nacional para introducir mejoras y correctivos.

Argumentamos que en un contexto institucional de este tipo ha sido posible que se desarrolle, casi sin mayores controles, una lógica perversa de lucro excesivo o mal habido. Así pues, muchos pacientes pobres han sido derivados a instituciones privadas como parte de estrategias de provisión de servicios que elevan los costos de salud en el caso de operadores burocráticos con lógicas de lucro, y como consecuencia de prácticas de inducción de la demanda y precios deshonestos en el sector privado.

Estas prácticas se generalizan y es posible que se exacerben si no se corrigen en el sector privado, debido a los altos niveles de concentración vertical encontrados, en los que cada vez menos empresas que proveen seguros y servicios (medicamentos y tratamientos) —y que predominan en el mercado— operan sin que el Estado tenga capacidad o voluntad regulatoria de defender al consumidor. A partir de los estudios consultados y de testimonios y reuniones con especialistas, es posible afirmar que existen problemas parecidos en otros campos del sector salud, como la relación entre los laboratorios, los visitadores médicos y las recomendaciones de medicamentos de marca, sobre la cual no hemos podido indagar, pero que sí amerita futuras investigaciones. Un problema parecido se detecta en la venta de oxígeno, monopolizada por dos empresas. En la salud pública se hace evidente, en una visión de mediano plazo, que el Estado no desarrolla capacidades para controlar casos de mala atención y corrupción. Tampoco muestra interés en generar una definición clara de ámbitos sobre la relación público-privada ni respecto a regulaciones más estrictas —lo que bien puede ser resultado de influencias— que tiendan a elevar la cobertura y la calidad, sin que ello implique un costo mayor.

Este capítulo es una primera aproximación al problema de captura del Estado. Los hallazgos, a pesar de las limitaciones de fuentes y estudios, permiten desarrollar algunas conclusiones preliminares. En el caso del sector privado, que controla laboratorios, farmacias y clínicas, se trata de un sistema oligopólico, formado a partir de grupos de poder económico, lo que indica la existencia de prácticas de inducción de demanda y la ausencia de precios honestos por parte de actores cada vez más poderosos económica y políticamente.

Las clínicas y las compañías de seguros que controlan los servicios privados no son ajenas, en sus rubros y procedimientos, a las prácticas colusivas como la inducción de demanda y los precios deshonestos (cadenas de farmacias y farmacias de clínicas privadas) que se desarrollan en condiciones de «captura del Estado» y que tienden a concentrarse casi a voluntad. Los problemas de concertación oligopólica de precios también se detectan en el caso del oxígeno. Estas condiciones de captura se han ido conformando en paralelo al avance de las medidas privatistas y ello propicia una concentración vertical entre los grupos económicos del sector salud. Complementariamente, tanto los procesos de captura como sus consecuencias son posibles debido a las limitaciones o a la falta de control interno en el Estado y de control externo en el privado. A ello se suman las dificultades del sistema de representación de intereses gremiales y profesionales para detectar patologías y plantear correctivos.

En cuanto al sector público, hemos podido dar un paso adelante para identificar algunos casos —aislados pero significativos— que permiten ver una problemática de captura burocrática que generalmente permanece oculta o que termina ocultándose cuando estallan escándalos que no dan lugar a evaluaciones ni a correctivos de fondo. El caso del médico Carlos Moreno sugiere la prevalencia de una lógica de lucro de varios profesionales del sector público, con influencias como para aprovechar una separación borrosa entre lo público y lo privado, lo que les supone lucros privados a pesar de ser servidores públicos. Asimismo, existen casos investigados de concertación de precios en EsSalud que revelan patologías mayores. Ello puede concebirse como un aprovechamiento de las debilidades del Estado, de sus subsidios, de la falta de supervisión, para derivar pacientes pobres a entidades

privadas. El caso Moreno, aunque único en su género, no deja de ser importante por tratarse de una persona que opera en un entorno de poder de alto nivel; asimismo, por sus declaraciones, podríamos inferir que él solo es la punta del iceberg. Queda por verificar si existen prácticas normalizadas, como la derivación de pacientes de hospitales hacia servicios médicos privados de terceros. De este modo, la complementariedad negativa aparece como una forma de desviación y pérdida de recursos, generadora de formas perniciosas que afectan y limitan los derechos de atención de los pacientes, sobre todo para los más necesitados que dependen principalmente de la salud pública.

Es importante remarcar que durante la pandemia de 2020 todo el sistema de salud estuvo presionado de forma extrema para enfrentar los contagios masivos. En este contexto de crisis sanitaria fue generándose un debate nacional sobre servicios, precios, accesibilidad de todo el sistema —público y privado—. Sin embargo, el debate estuvo más concentrado en el sistema de salud con fines de lucro que en el Estado, por lo que faltó una visión de conjunto y, por lo mismo, no se discutió la complementariedad negativa que hemos detectado. Ello también indica los límites de los grandes intereses privados en tiempos difíciles para controlar el flujo de noticias y evitar su pérdida reputacional.

La pandemia de la COVID-19 ha expuesto las limitaciones del sector salud, ha servido para llamar la atención sobre los problemas aquí discutidos y ha generado un saludable debate nacional en algunos campos en los que se requiere una evaluación a fondo de los problemas del sistema. Habrá que seguir el debate y las recomendaciones de los distintos actores y organizaciones del sistema de representación de intereses para medir la capacidad del Estado y de la sociedad peruana para desarrollar un mejor sistema de salud.

REFERENCIAS

- Amaro, C. (2018). Medicamentos en el Perú: mercado imperfecto, instituciones frágiles y ciudadanos desinformados. En Descos (ed.), *Sin paradero final*. Serie Perú hoy N° 33 (pp. 145-163). Lima: Descos.
- Castro, A. (2020). *Precios de medicamentos para Covid-19 se incrementan en boticas hasta en doce veces*. <https://ojopublico.com/1818/precios-de-medicinas-para-covid-19-se-incrementan-hasta-en-doce-veces>
- Comisión de Protección Social (2017). *Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo*. Lima: MEF.
- Comisión Interventora del SIS (2017). *Informe final de la Comisión Interventora del Seguro Integral de Salud (SIS)*. Lima: SIS.
- Concha, J. (2018). *RMP sobre monopolio farmacéutico: ¿Hay abuso de posición de dominio en este momento? No*. <https://larepublica.pe/politica/1178023-sin-guion-con-rosa-maria-palacios-hoy-hablamos-sobre-las-mentiras-estadisticas-no-son-medicina/>
- Confiep (2019). Sector farmacéutico. En *Agenda País 1.0* (pp. 98-109). Lima: Confiep.
- Cortés, H. & D. Itriago (2018). *El fenómeno de la captura: desenmascarando el poder. Guía de análisis de la captura de políticas públicas y su efecto sobre la desigualdad*. Madrid: Oxfam Intermón.
- Deloitte (2019). *2019 Global Health Care Outlook*. <https://www2.deloitte.com/lu/en/pages/life-sciences-and-healthcare/articles/global-health-care-sector-outlook.html>
- Diario Correo (2016). *OSCE cuestiona compras digitadas por Carlos Moreno en Hospital Loayza*. <https://comprasestatales.org/osce-cuestiona-compras-digitadas-carlos-moreno-hospital-loayza/>
- Durand, F. (2017a). *Los doce apóstoles de la economía peruana: una mirada social a los grupos de poder limeños y provincianos*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- Durand, F. (2017b). *Juegos del poder: política tributaria y lobby en el Perú, 2011-2017*. Lima: Oxfam.
- Durand, F. (2017c). «Mercados concentrados: ¿falla el Estado y falla el mercado?» Documento de trabajo no publicado preparado para la

- Plataforma para la Reflexión Democrática, Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la PUCP.
- Durand, F. (2019a). «La captura del Estado de América Latina y la crítica al neoliberalismo y el pluralismo» [trabajo no publicado]. s.l.: s.e.
- Durand, F. (2019b). *La captura del Estado en América Latina: reflexiones teóricas*. Lima: Fondo Editorial PUCP.
- El Comercio (2016a). *Aceptan renuncia del consejero presidencial en temas de salud*. <https://elcomercio.pe/politica/gobierno/aceptan-renuncia-consejero-presidencial-temas-salud-266522-noticia/>
- El Comercio (2016b). *Carlos Moreno: Me propusieron formalmente ser ministro de Salud*. <https://elcomercio.pe/politica/gobierno/carlos-moreno-me-propusieron-formalmente-ministro-salud-236382-noticia/>
- El Comercio (2017). *Caso Carlos Moreno: el escándalo por el cual Fiscalización acusa al Gobierno*. <https://elcomercio.pe/politica/caso-carlos-moreno-escandalo-fiscalizacion-acusa-gobierno-434573-noticia/>
- El Comercio (2019). *Colegio Médico inhabilitó por un año a exasesor de PPK Carlos Moreno*. <https://elcomercio.pe/politica/colegio-medico-peru-inhabilita-ano-ex-asesor-ppk-carlos-moreno-noticia-nndc-614199-noticia/>
- Florián-Castro, R. O. (2018). Percepción sobre promoción farmacéutica y prescripción de medicamentos en Lima, Perú, 2016. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 35(4), 708-710.
- Fuentes-Knight, J. A. (2016). *State Capture and Fiscal Policy in Latin America*. <https://www.plazapublica.com.gt/content/state-capture-and-fiscal-policy-latin-america>
- Gupta, S.; E. Tiengson & H. Davoodi (2000). *Corruption and the Provision of Health Care and Education Services*. IMF Working paper WP/00/116. Washington D.C.: FMI. <https://www.imf.org/en/Publications/WP/Issues/2016/12/30/Corruption-and-the-Provision-of-Health-Care-and-Education-Services-3652>
- Hellman, J. & D. Kaufmann (2001). Confronting the Challenge of State Capture in Transition Economies. *Finance & Development*, 38(3), 31-35.
- Hussmann, K. (2011). *Vulnerabilidades a la corrupción en el sector salud: perspectivas de América Latina en los sub-sistemas para los pobres (con un enfoque especial en el nivel sub-nacional)*. Ciudad de Panamá: Ceflac.

- Indecopi (2013). *Informe 017-2013/ST-CLC-INDECOP*. Lima: INDECOP. <https://www.indecopi.gob.pe/documents/20182/189631/78.-inf-017-2013-st-clc-indecopi.pdf/1508e32b-4130-4598-a117-c92925c9e906>
- Innes, A. (2014). The Political Economy of State Capture in Central Europe. *Journal of Common Market Studies*, 52(1), 88-104.
- IPE (2019). *El precio de la salud*. 18 de marzo. <http://www.ipe.org.pe/portal/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-18-El-precio-de-la-salud-Informe-IPE-El-Comercio.pdf>
- Kwak, J. (2014). Cultural capture and financial crisis. En Daniel Carpenter y David Moss (eds.), *Preventing Capture: Special Interests Influence in Legislation and How to Limit It* (pp. 71-98). Cambridge: Harvard University Press.
- La República (2016a). *Carlos Moreno tenía privilegios para obtener recursos en el Loayza*. Sociedad. 24 de octubre. <http://s1.accesoperu.com/wp6/wp6.php?p=36558>
- La República (2016b). *Proveedores acusan a exasesor Carlos Moreno de digitar las licitaciones*. Política, 13 de octubre. <http://s3.accesoperu.com/wp6/wp6.php?p=35146>
- Makary, M. (2019). *The Price We Pay. What Broke American Health Care and How to Fix It*. Nueva York: Bloomsbury.
- Marchán, E. (2019). Imperio Enfoca. *Hildebrandt en sus Trece*, del 9 al 14 de febrero, p. 29.
- Mathauer, I.; E. Dale & B. Meessen (2017). *Strategic Purchasing for Universal Health Coverage: Key Policy Issues and Questions: a Summary from Expert and Practitioners' Discussions*. Ginebra: OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259423>
- Melgarejo, V. (2018). *EsSalud identifica más de 30 medicamentos con presunta concertación de precios*. <https://gestion.pe/economia/essalud-identifica-30-medicamentos-presunta-concertacion-precios-247226-noticia/>
- Omelyanshuk, O. (2001). *Explaining State Capture and Capture Modes: The Cases of Russia and Ukraine*. Documento de trabajo. Budapest: Central European University.

- Oszlak, O. (2016). *La trama oculta del poder: reforma agraria, comportamientos políticos de los terratenientes chilenos, 1958-1973*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Páez, A. (2020). *Empresa de oxígeno duplicó ventas al Estado con norma de Alan García*. <https://larepublica.pe/politica/2020/06/20/alan-garcia-empresa-de-oxigeno-duplico-ventas-al-estado-con-norma-del-gobierno-apristal/>
- Portocarrero, G. (2004). *Rostros criollos del mal: cultura y transgresión en la sociedad peruana*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales.
- Prieto L.; C. Cid & V. Montañez (2014). Capítulo 5. Perú: el plan esencial de aseguramiento en salud. En U. Giedion, R. Bitrán y I. Tristao (eds.), *Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional*. Washington D.C.: BID.
- Procuraduría Pública Especializada en Delitos de Corrupción (2018). *La corrupción en el sector salud: casos en el Seguro Integral e Salud (SIS)*. Lima: Minjus.
- Public Protector of South Africa (2016). *State of Capture*. Reporte 6, 2016/2017. Versión de internet. Johannesburgo: Public Protector of South Africa.
- Quito, L. (s.f.). *Aquí todo salud* [video] <https://www.youtube.com/channel/UCIWfRv7sqVHfL3FW52pg/featured?reload=9>
- Redacción Gestión (2018). *Indecopi iniciará investigación de oficio tras denuncia de concertación de precios*. Economía, 17 de octubre. <https://gestion.pe/economia/indecopi-iniciara-investigacion-oficio-denuncia-concertacion-precios-247397-noticia/>
- Redacción Gestión (2020). *Susalud: si se comprueban cobros excesivos, clínicas deberán devolver dinero*. Política, 12 de junio. <https://gestion.pe/peru/politica/coronavirus-peru-susalud-si-se-comprueban-cobros-excesivos-clinicas-deberan-devolver-los-montos-covid-19-nndc-noticia/?ref=gesr>
- Redacción Perú.com (2016). *Elecciones 2016: la lista de candidatos al Congreso de César Acuña*. 11 de febrero. <https://peru.com/actualidad/politicas/elecciones-2016-lista-candidatos-al-congreso cesar-acuna-noticia-438909>

- Redacción Perú21 (2013). *ComexPerú: Proyecto que busca controlar medicinas generará escasez*. Economía, 18 de noviembre. <https://peru21.pe/economia/comexperu-proyecto-busca-controlar-medicinas-generara-escasez-133108-noticia/>
- Red GE, AIS & Oxfam (2019). *Manipulación en la oferta de medicamentos en Lima y Callao*. Alerta Informativa (marzo). <http://www.redge.org.pe/node/2881>
- Revista Probidad* (2001). Un Perú sin corrupción. 16 (octubre-noviembre).
- Rosales, J. (2018). *InRetail compró Química Suiza, dueña de MiFarma, por US\$ 583 millones*. Sectores y empresas, 26 de enero. <https://semanaeconomica.com/sectores-empresas/consumo-masivo/264700-inretail-compro-quimica-suiza-dueno-de-mifarma-por-us583-millones>
- Stigler, G. J. (1971). The Theory of Economic Regulation. *Bell Journal of Economics and Management Sciences*, 2(1), 3-21.
- Torres, A. (2018). *Ministerio de Salud detecta concertación de precios en medicamentos en el país*. Economía, 15 de octubre. <https://larepublica.pe/economia/1338796-ministerio-salud-detecta-concertacion-precios-medicamentos/>
- Torres, A. (2019). *Los 31 genéricos que las farmacias venderán obligatoriamente*. Economía, 2 de diciembre. <https://larepublica.pe/economia/2019/12/02/minsa-medicamentos-los-31-genericos-que-las-farmacias-venderan-obligatoriamente/>
- Torres, F. & M. Ciriaco (2018). *Las maniobras de las cadenas para controlar el negocio de las medicinas*. 1º de febrero <https://ojopublico.com/601/las-maniobras-de-las-cadenas-para-controlar-el-negocio-de-las-medicinas>
- Torres, F.; J. L. Huacles & R. Romero (2015). *Los dueños de la salud privada en el Perú*. 27 de setiembre. <https://ojopublico.com/93/los-duenos-de-la-salud-privada-en-el-peru>
- Uceda, R. (2011). La enfermedad de los precios. *Poder 360°*. Febrero.
- Vian, T. (2008). Review of Corruption in the Health Sector: Theory, Methods and Interventions. *Health Policy and Planning*, 23(2), 83-94. <https://doi.org/10.1093/heapol/czm048>