



**FLACSO**  
ARGENTINA

**Maestría en Economía Política con mención en Economía Argentina**

**Tesis de Maestría:**

**Mercado de Medicamentos en Argentina:  
actores, dinámicas específicas y propuesta de regulación**

Alumna: Noel Mazzucco

Director de tesis: Fernando Porta

Buenos Aires, Junio de 2019

## RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo analizar los principales actores y dinámicas del mercado de medicamentos en Argentina. En particular, se centra en el mercado de *medicamentos ambulatorios*, en el que los laboratorios, las farmacias, los Agentes de Seguros de Salud y las empresas mandatarias son los actores de mayor relevancia. Se hace especial énfasis en el rol que juegan estas últimas empresas a partir de su integración vertical con los laboratorios. Se da cuenta de las diferentes estrategias que los laboratorios han ido desarrollando para posicionarse como actores determinantes en el sector en general, y en el proceso de formación de precios en particular.

Sobre la base de un diagnóstico acerca de las diferentes fallas de mercado y los desafíos pendientes para el Estado, se presenta una propuesta integral de regulación del mercado. La propuesta se centra en la disminución de las asimetrías de información imperantes, en la regulación de los precios de los medicamentos, actualmente desregulados, y en el avance hacia una mejor coordinación y eficiencia del Estado en el ejercicio de su rol decisivo como demandante y, en menor medida, como oferente de estos bienes.

## Índice

Introducción .....	4
Capítulo 1: Marco teórico .....	9
1.1 Estructuras de Mercado .....	10
1.1.1 Competencia Perfecta .....	12
1.1.2 Monopolio .....	14
1.1.3 Oligopolio .....	15
1.2 Diferenciación de productos .....	16
1.3 Colusión .....	19
1.4 Integración vertical.....	21
1.5 Fallas de mercado.....	22
Capítulo 2: Metodología.....	27
Capítulo 3: Caracterización del Mercado de Medicamentos en Argentina .....	32
3.1 Clasificación de los Medicamentos según Prescripción .....	35
a. Medicamentos de Venta Libre / OTC (over the counter) / Populares .....	36
b. Medicamentos de Venta Bajo Receta .....	38
c. Medicamentos de Venta Bajo Receta Archivada .....	38
d. Medicamentos de Venta Bajo Receta y Decreto.....	39
3.2 Clasificación de los medicamentos según Originalidad.....	39
3.3 Clasificación de los medicamentos según tipo de Presentación .....	41
3.4 Clasificación de los medicamentos según Dinámica de Mercado .....	42
a. Medicamentos de Venta Libre/OTC/Populares .....	43
b. Ambulatorios/Éticos/Bajo Receta .....	45
c. Medicamentos de Alto Costo (MAC)/Medicamentos Especiales/Biotecnológicos/ Biológicos .....	46
3.5 Cadena productiva para medicamentos de venta al público .....	48
3.5.1 Laboratorios Farmacéuticos.....	49
3.5.2 Distribuidoras .....	51
3.5.3 Droguerías .....	52
3.5.4 Mandatarias .....	54
3.5.5 Seguros de Salud .....	55

3.6 Formación de precios en la Industria Farmacéutica .....	55
Capítulo 4: Características específicas del Mercado de Medicamentos Ambulatorios en Argentina .....	60
4.1 Medicamentos genéricos .....	62
4.2 Rol de las Farmacias .....	73
4.3 Empresas “Mandatarias” .....	75
4.3.1 Farmalink S.A.....	77
4.3.1.1 Capital y autoridades de Farmalink S.A.....	78
4.3.1.2 Compra de Farmalink .....	81
4.3.2 Otras empresas mandatarias .....	91
4.3.3 Impacto en el mercado .....	92
4.3.4 Cambios en el convenio PAMI.....	94
Capítulo 5: Debate con el “mainstream” sobre la competencia en el Mercado de Medicamentos Ambulatorios en Argentina .....	95
5.1 Debate con la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL) .....	95
5.2 Debate con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES).....	104
5.3 BDO Argentina.....	108
5.4 IMS Health .....	109
5.5 Otras investigaciones .....	110
5.6 Investigaciones complementarias de la presente tesis.....	112
Capítulo 6: Propuesta de regulación del Mercado de Bienes para la Salud en Argentina.....	114
6.1 Historia reciente de la Regulación de Precios en el Mercado de Medicamentos de Argentina .....	116
6.1.1 Evolución de precios.....	124
6.1.2 Modificación del Decreto 150/92.....	125
6.2 Asimetría de la Información e Información Incompleta.....	126
6.2.1 Vademécum Nacional de Medicamentos .....	129
6.2.2 Bases de datos sobre el Consumo Nacional de Medicamentos.....	131
6.2.3 Medicamentos genéricos .....	133
6.2.4 Mandataria.....	138
6.3 Regulación de Precios en el Mercado de Medicamentos de Argentina: Propuesta de Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud .....	142

Parte I: Regulación del precio de entrada de nuevos productos y presentaciones para Medicamentos de Venta Libre y Ambulatorios.....	146
Grupo 1: Bienes que representan un nuevo producto .....	146
Grupo 2: Nuevas especialidades medicinales que compiten en un mercado ya existente	146
Grupo 3: Nuevas presentaciones de productos ya existentes .....	147
Parte II: Fijación de pauta de variación trimestral de precios para Medicamentos de Venta Libre y Ambulatorios .....	147
Parte III: Establecimiento de precio máximo de medicamentos para tratamiento especiales .....	149
6.4 El Estado como oferente y demandante.....	152
6.4.1 Producción Pública de Medicamentos .....	152
6.4.1.1 Ley 26.688 de Provisión Pública de Medicamentos y Vacunas .....	153
6.4.1.2 ANLAP .....	155
6.4.1.3 Situación actual .....	157
6.4.2 Coordinación de compra pública de medicamentos.....	160
6.4.3 PAMI .....	162
6.5 Resumen de propuestas.....	164
7. Conclusiones.....	171
Anexo 1.....	179
Anexo 2.....	180
Bibliografía .....	189

## **Introducción**

La presente tesis se propone complejizar el debate sobre el proceso de formación de los precios de los medicamentos en Argentina, las dinámicas específicas y el tipo de competencia existente dentro de este mercado, así como el rol que juega cada actor en el mismo. Si bien se trata de bienes de consumo, en su rol de “bienes de salud”, los medicamentos constituyen el recurso médico y terapéutico más frecuentemente utilizado. Como consecuencia, las limitaciones en su producción, circulación y consumo pueden tener un importante impacto negativo en la salud de la población (Tobar, 2008, p. 1).

En este sentido, el presente trabajo plantea que el mercado de fármacos, de tan alta relevancia e impacto en la sociedad, no ha sido debatido suficiente y adecuadamente y que se hace necesaria una evaluación más compleja y comprensiva de sus dinámicas más importantes.

En el primer capítulo se desarrollan los conceptos y herramientas teóricas más relevantes para esta investigación, vinculadas a la disciplina de la Organización Industrial, que funcionarán como marco teórico para el desarrollo de la investigación, y en particular para la elaboración de un diagnóstico respecto de la eficiencia y nivel de competencia del mercado. En el siguiente capítulo, se brindará información sobre la metodología y fuentes de información utilizadas para realizar la presente investigación.

Las herramientas teóricas introducidas comienzan a aplicarse al análisis particular del mercado de medicamentos en Argentina desde el Capítulo 3, donde se brinda una caracterización general del sector.

La industria farmacéutica, que abarca la investigación, desarrollo, producción y comercialización de medicamentos, es un mercado que presenta ciertas características particulares, tales como la capacidad de la oferta para crear o inducir su propia demanda. A su vez, tomado desde el punto de vista de la demanda, quien consume no elige, quien elige no paga y quien paga suele ser un tercero ajeno a la elección de los bienes. Por lo cual, la relación que se establece entre el paciente y el facultativo es, en términos de economía de la salud, una relación de agencia donde se destaca la asimetría de la información: quien padece la patología es el paciente, pero quien posee la información relevante para restaurar la salud

es el profesional. Esta situación genera que la demanda de medicamentos sea una demanda inducida (Maceira, 2005, p. 4).

Se trata de un mercado donde existe una fuerte diferenciación por marcas, combinada con una baja elasticidad de la demanda, lo que deriva en una alta dispersión de precios. No hay ningún otro bien de consumo en el mercado mundial con tanta diferencia de precios entre diversos productos que responden a las mismas especificaciones técnicas. En este caso no se trata de un problema local ni regional. Tanto en países en desarrollo como en países desarrollados, la disparidad en los precios de los medicamentos llega a duplicar la de los alimentos y otros bienes industriales, como los automóviles (Tobar, 2008, p. 2).

Se parte entonces de la hipótesis de que es un mercado donde se detectan varias fallas de mercado, que, desde el punto de vista de la economía clásica, justifican la intervención del Estado. Por empezar, exhibe estructuras de competencia imperfecta, monopolios u oligopolios según la banda terapéutica que se analice, que permite a los laboratorios fijar precios elevados. Por otra parte, una de las principales fallas identificadas es la de asimetría de la información entre los agentes del mercado. Además, de forma diferenciada de la propuesta clásica, aquí se va a considerar como una condición indispensable para el funcionamiento deseado del mercado, que no sólo los agentes cuenten con información simétrica, sino que se suma la necesidad de que el Estado tenga información completa del mercado para la toma de decisiones y el diseño de políticas públicas.

La alta complejidad y heterogeneidad de este mercado, deriva además en la existencia de submercados con procesos de formación de precios, actores y dinámicas notoriamente diferentes. Es decir, cada segmento del mercado tiene una dinámica de competencia y funcionamiento particular. Hay diferentes formas de abordar esta segmentación y dicha elección depende del objeto de análisis principal.

Uno de los aportes del presente trabajo es presentar de forma clara todos los tipos de clasificación que puede hacerse de los medicamentos, ya que esto contribuye a desmentir malos usos de los términos (como el término ‘genérico’), e introducir la clasificación por dinámica de mercado, que, si bien es la que mayormente se usa entre los actores del sector, no es de utilización frecuente en la literatura respectiva.

La presente tesis se basa en esta última clasificación, que divide al mercado en tres tipos de medicamentos: venta libre, ambulatorios y especiales. Si bien los otros segmentos serán incluidos en algunas secciones, el mercado de los medicamentos ambulatorios será el objeto de análisis central y será analizado en profundidad en el Capítulo 4.

Se trata del segmento más complejo porque además de los laboratorios y las farmacias, involucra a una variedad de actores, como son las mandatarias (empresas gerenciadoras de convenios), los profesionales de la salud responsables de la prescripción y los Agentes de Seguros de Salud (obras sociales, empresas de medicina prepaga - “prepagas” - etc.), siendo siempre el consumidor el agente que toma la decisión final.

En este capítulo, se avanza en la identificación y caracterización de los actores más relevantes. Para ello, en primer lugar, se aborda el debate respecto a los medicamentos “genéricos”, su significado, su utilización en Argentina, así como las regulaciones existentes vinculadas. Se plantea como un punto crucial la necesidad de comenzar a hacer un correcto uso del término, para quebrar la predominancia del mercado de “marcas” que vienen sosteniendo mediante diferentes estrategias los principales laboratorios del país.

Luego se examina el rol de las farmacias dentro de la cadena de valor, generalmente consideradas como el eslabón más débil. Si bien las farmacias también están involucradas en la venta de medicamentos de venta libre y en menor medida en los especiales, se optó por profundizar sobre este eslabón en la sección dedicada a medicamentos ambulatorios, porque es en este segmento donde juegan un rol decisivo a través de los convenios con las prestadoras de salud. Es decir, es en este segmento que involucra a los medicamentos bajo receta donde entran en escena las prestadoras de salud (obras sociales y prepagas) y, por lo tanto, los convenios con las mismas. Es aquí donde las farmacias no sólo dispensan el medicamento, sino que están involucradas en el circuito de validación y liquidación de los mismos, así como en su financiación.

Luego del estudio del rol de las farmacias, se continua con el estudio del rol de las mandatarias, en especial de la mandataria Farmalink que es la de mayor influencia en el mercado, y cuyo rol es constante y deliberadamente silenciado por los grandes laboratorios. Es importante resaltar que las mandatarias cumplen un rol fundamental en asegurar el normal



funcionamiento del sistema de liquidación de descuentos en medicamentos. Son empresas dedicadas a la administración y auditoría de convenios de prestaciones de medicamentos ambulatorios para Agentes del Seguro de Salud en todo el país. Y al ser Farmalink propiedad de los grandes laboratorios, éstos tienen acceso a una enorme y valiosa cantidad de información no disponible para el resto de los actores. Esto genera una gran asimetría de información con otros laboratorios y demás actores del sector, así como con el Estado.

Asimismo, al controlar directamente las dos principales mandatarias (Farmalink y Preserfar), la industria controla casi la totalidad de los recursos financieros de toda la cadena comercial. Ello les otorga a los laboratorios un fuerte poder de negociación frente a las farmacias, permitiéndoles manejar los plazos de pagos según su conveniencia. Se verá entonces cómo esta integración vertical de los laboratorios con las mandatarias es una de las principales características que los termina de posicionar como comandantes de la cadena de valor.

Si bien es cierto que existe una gran cantidad de compañías oferentes, al analizar con mayor profundidad el mercado puede verse que hay una importante concentración de las ventas en las principales empresas. Y cuando se analiza por subsegmentos (ej.: banda terapéutica), donde realmente puede verse la cantidad de oferta respecto a un bien (la cantidad de bienes sustitutos existentes), se encuentran numerosos submercados monopólicos u oligopólicos. Sin embargo, el objetivo principal de este trabajo no consiste en dicha clase de análisis de concentración horizontal, ya que se entiende que aún suponiendo que puede existir competencia en algunas bandas terapéuticas el problema radica en otras cuestiones. No alcanza con la foto de la oferta y la demanda en el canal de distribución minorista (las farmacias), sino que debe tomarse en cuenta la dinámica del mercado y sus actores de forma integral.

La presente tesis realiza entonces un análisis integral, que permite comprender el submercado de Medicamentos Ambulatorios en toda su complejidad, mostrando el nivel de concentración vertical entre los laboratorios y las mandatarias y el control que estos ejercen sobre el circuito financiero que incluye a las farmacias; aquí radica uno de los principales aportes.

La mayoría de los trabajos elaborados recientemente sobre el sector presentan únicamente la discusión sobre la competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica

argentina. Y si bien el sector ha estado en el centro de algunas polémicas en los últimos años, no logra instalarse la idea de que el status quo del mismo debe ser cuestionado. Las investigaciones más difundidas, entre ellas las de las grandes consultoras privadas como BDO (BDO, 2013) y KPMG (KPMG, 2014) y las de algunos reconocidos centros de investigación del país como FIEL (FIEL, 2013) y CEDES (CEDES, 2014) presentan tales limitaciones.

Estos trabajos no elaboran ni discuten a fondo respecto a las estrategias que utilizan los laboratorios para posicionarse como comandantes de la cadena de producción y en la determinación del precio (márgenes fijos, integración vertical), así como sus herramientas para direccionar el consumo (mandatarias, barreras a la entrada a genéricos no publicitados, convenio PAMI, promoción médica, etc.). Estos temas no se encuentran lo suficientemente discutidos en la literatura sobre el sector y son esenciales para comprender las dinámicas del mercado.

Este análisis se profundiza en el Capítulo 5 dedicado exclusivamente a debatir con los principales trabajos elaborados por la visión dominante del sector respecto al nivel de competencia en el segmento de medicamentos ambulatorios.

El capítulo 6, comienza presentando los antecedentes más recientes de regulación en el mercado de medicamentos argentinos y una breve descripción de la situación actual. Se introduce luego una propuesta integral de regulación del mercado de medicamentos en Argentina. Al tratarse de un mercado de gran complejidad, con diversos y variados actores, con vínculos fuertes con el Estado, su regulación debe contemplar múltiples aristas y no simplemente focalizarse en el precio final al consumidor.

Las propuestas de regulación aquí elaboradas se concentran en tres grupos. El primero, incluye a todas las fallas de mercado vinculadas con la asimetría de la información entre los actores privados, y entre el sector privado y público, e incorpora también la problemática de información incompleta por parte del Estado. El segundo grupo aborda de lleno la regulación de los precios en el mercado e incluye una propuesta de ley para iniciar dicho camino. En el tercer grupo se trata toda aquella regulación vinculada al rol directo del Estado, no ya como agente regulador, sino como agente activo en la oferta y demanda de medicamentos.

## **Capítulo 1: Marco teórico**

La presente investigación se encuadra en el marco teórico de la Organización Industrial, disciplina perteneciente al campo de la microeconomía. Dentro de la microeconomía, la organización industrial se ocupa del análisis de varias cuestiones específicas, como el concepto de “poder de mercado”, es decir, con la capacidad de ciertas unidades económicas de influir sobre los precios. Busca explicar cómo las distintas estructuras de mercado permiten un mayor o menor ejercicio del poder de mercado por parte de las empresas que actúan en ellos, y cómo esto se relaciona con la existencia de un mayor o menor nivel de competencia. También incluye al análisis normativo, que tiene que ver con la apreciación de una serie de posibles intervenciones estatales destinadas a corregir o a influir en el comportamiento de los mercados. La evaluación de los mercados suele hacerse en base a los niveles de eficiencia” que estos alcanzan, entendida generalmente como sinónimo de la maximización del excedente total de los agentes económicos que participan en el mercado (Coloma, 2002, p 1).

Cuando se discute el concepto de eficiencia en economía, suele tomarse como referencia a las ideas desarrolladas por Pareto (1909), que lo presenta como una situación en la cual la suma de los beneficios de los consumidores y de las empresas maximiza. Es decir, se dice que una situación es eficiente si no resulta posible mejorar el bienestar de ninguna persona sin empeorar el de alguna otra (“óptimo de Pareto”). Es lo que se define como “enfoque de equilibrio parcial”, ya que surge esencialmente de suponer que el funcionamiento de un determinado mercado tiene efectos importantes para los actores que en él comercian, pero efectos insignificantes sobre los agentes económicos que se hallan fuera de él. Esta metodología permite aislar del análisis a los efectos que pueda tener lo que acontece en un mercado, sobre los precios y los ingresos de agentes económicos externos a dicho mercado, y evaluar así la eficiencia, teniendo en cuenta únicamente a los beneficios que de su operación deriven los participantes (Coloma, 2002, p. 3).

Se optó por utilizar en esta investigación algunas herramientas teóricas brindadas por la Organización Industrial clásica, con el objetivo de poder discutir con el mainstream del sector utilizando las mismas herramientas teóricas que ellos utilizan. Sin embargo, es importante destacar que los escenarios y supuestos planteados, principalmente aquellos vinculados con

los mercados de competencia perfecta distan mucho de ser similares a la realidad. Lo que el pensamiento ortodoxo presenta como una regla, la realidad económica demuestra que es una excepción, o directamente inexistente. Los mercados suelen estar concentrados (competencia imperfecta) y funcionan con información asimétrica.

### **1.1 Estructuras de Mercado**

Se entiende por mercado al “conjunto de mecanismos mediante los cuales los compradores y vendedores de un bien o servicio entran en contacto para comerciarlo”. De aquí se desprende que existirá un mercado para cada uno de los bienes que se intercambien en una economía (Kodric y Langer, 2018, p. 66).

A continuación se presentan, aunque no de forma exhaustiva, los principales elementos que definen los distintos tipos de mercado:

- a. El número de empresas que participan o grado de concentración. Cuando compiten muchas empresas, cada una de ellas representa una porción muy reducida de la producción total y se dice por lo tanto que el mercado está atomizado.
- b. Grado de homogeneidad/diferenciación de los bienes producidos. Cuando los bienes producidos por las empresas son idénticos, se dice que los productos son homogéneos. De lo contrario, cuando se logra diferenciar los productos de las distintas empresas, se trata de bienes diferenciados o heterogéneos.
- c. Grado de capacidad que cada empresa tiene individualmente para fijar el precio del producto. Este dependerá principalmente del número de empresas oferentes. Cuanto menor sea el número de empresas, mayor es la posibilidad de que estas tengan “poder de mercado”, es decir, que puedan influir en el precio, y viceversa.
- d. Barreras de entrada y salida del mercado. Se refiere a que en algunos mercados existen impedimentos, generalmente legales o tecnológicos, aunque también pueden ser artificiales, para que una empresa ingrese libremente. Cuando estas barreras a la entrada no existen, resulta sencillo para un nuevo competidor comenzar a competir, se conoce como un mercado de libre competencia.

Las barreras de entrada suelen clasificarse en tres categorías: barreras naturales (existencia de economías de escala), barreras artificiales legales (ej. patentes) y otras barreras artificiales.

e. La existencia de economías de escala (costos decrecientes)

Todas estas características de los mercados influyen en la conducta de las empresas, sus decisiones respecto del precio, y, por lo tanto, en el nivel de eficiencia de los mercados.

A continuación, se presenta una típica tipología simplificada de mercados, que se estructura en base al número de agentes y el grado de diferenciación de producto en el mercado analizado, asumiendo en todos los casos una demanda atomizada (Muller, 2009, p. 7):

<i>Numero de oferentes</i>	<i>Oferente único</i>	<i>"Pocos" oferentes</i>	<i>"Muchos" oferentes</i>
<i>Homoq. de producto</i>	<b>Monopolio</b> (diferenciación de producto como barrera a la entrada)	Oligopolio	<b>Competencia "perfecta"</b>
Producto diferenciado		Oligopolio con diferenciación de producto	Competencia monopolística /imperfecta

La teoría clásica establece que cuando mayor es el número de participantes de un mercado, más competitivo será este, y viceversa, cuanto menor sea el número de agentes, mayor la concentración del mercado y por lo tanto mayor es su poder de mercado. El poder de mercado de una empresa es la capacidad que la misma tiene de influir sobre los precios vigentes en un mercado. Puede darse tanto del lado de la oferta como de la demanda, es decir, una empresa puede tener poder de mercado como vendedora o como compradora de un bien o servicio. La ausencia de poder de mercado implica en cambio que la empresa en cuestión se comporta como "tomadora de precios" (price-taker).

La empresa que tiene dicho poder puede elegir entre vender (o comprar) los bienes a distintos precios, pero sabiendo que, si aumenta su precio, caerán sus cantidades vendidas. Pero estos menores volúmenes de venta suelen ser más que compensados por los mayores márgenes

unitarios, redundando en una mayor rentabilidad para la empresa. Como contracara, cae el poder adquisitivo de los consumidores.

Los agentes tomadores de precio, en cambio, pueden decidir aumentar o disminuir las cantidades que compran o venden, pero sin que se modifiquen los precios que pagan y cobran.

El grado de poder de mercado de una empresa está dado de manera casi exclusiva por la forma de la demanda (o de la oferta) que enfrenta. Cuanto más insensibles sean las cantidades demandadas (u ofrecidas) a los cambios en los precios, mayor será la capacidad de la empresa de fijar mejores precios sin resignar cantidades. Esto se conoce con el nombre de elasticidad de la demanda (o de la oferta). Se dice que una demanda es muy elástica si un pequeño aumento porcentual en el precio induce a los compradores a disminuir significativamente las cantidades adquiridas. Si, en cambio, un aumento relativamente grande del precio sólo tiene como consecuencia una pequeña caída de la demanda, se dice que la demanda es muy inelástica (Coloma, 2002, p. 10).

### **1.1.1 Competencia Perfecta**

La competencia perfecta puede analizarse de distintas maneras, según se la analice en un contexto de equilibrio parcial (se limita a un mercado) o de equilibrio general y según se la estudie haciendo hincapié en sus propiedades estáticas o dinámicas. Para los efectos de esta investigación, se adoptará la perspectiva más sencilla, que es la de equilibrio parcial en un contexto estático, esto es, sin tener en cuenta las interrelaciones que se establecen entre los diferentes mercados (sería un análisis de equilibrio general) ni la diferenciación entre en corto y largo plazo. Se supone también una economía doméstica.

Los manuales de economía neoclásica definen las siguientes características para los mercados perfectamente competitivos (Mochón y Beker, 2008, p. 114):

1) Las empresas pueden entrar o salir libremente del mercado, es decir, hay libre competencia. Para esto es necesario que no haya barreras de entrada ni de salida, como pueden ser las restricciones legales (ej. patentes), la diferenciación de producto, u elevados costos de entrada.

- 2) Existe un elevado número de compradores y vendedores; los mercados están atomizados. Al representar cada uno una porción pequeña con respecto al total del mercado, su comportamiento individual no tiene efectos perceptibles sobre el precio de las mercancías.
- 3) Los bienes ofrecidos por los diferentes vendedores son prácticamente idénticos. Los consumidores no son capaces de identificar a la empresa que ha ofrecido un producto ni de distinguirlo de los que ofrecen las demás. Es decir, se intercambian bienes homogéneos.
- 4) Las empresas individualmente no tienen capacidad de fijar el precio del producto, sino que son empresas precio-aceptantes. Toman el precio como un dato y venden sus productos al precio que ha fijado el mercado. Cada empresa sabe que, si fija un precio por encima del precio del mercado, no podría vender su producción ya que otras empresas venden un producto idéntico a menor precio.
- 5) Existe información perfecta en el mercado. Todos los participantes deben tener pleno conocimiento de las condiciones generales en que opera el mercado.

Además, para que este escenario funcione, se supone que (i) todo agente económico es racional, (ii) cada cual busca su beneficio, (iii) todos alcanzan la máxima utilidad.

#### Información Perfecta:

La teoría neoclásica sostiene que una de las condiciones necesarias para que el sistema de mercado funcione correctamente es que los consumidores conozcan perfectamente todos los precios relevantes al momento de tomar sus decisiones de compra (principio de información perfecta). En el caso más extremo, se supone que todos los productores y consumidores conocen y utilizan las mismas técnicas de producción y conocen el costo que requiere su elaboración.

Esto aseguraría que cada uno de los artículos que se ofrecen en el mercado tenga un único precio, ya que no habría ningún motivo racional para pagar más por el mismo producto. También aseguraría que la estructura relativa de los mismos refleje estrictamente los costos que requiere producir y comercializar los distintos bienes y obtener un beneficio normal. Asumiendo además que no existen mayores diferencias de costos para abastecerse de los bienes que se comercializan en el mercado (valor de reposición, alquileres, servicios, salarios,

etc.) la diferencia de precio de venta en ambos locales solo estaría reflejando una ganancia extraordinaria para quien lo está vendiendo más caro (Kodric y Langer, 2018, p. 68).

Si todos los consumidores siguen la lógica de comprar al precio más bajo posible y cuentan con toda la información relevante, debería existir un precio único en el mercado. Por eso, para la doctrina liberal, la información es lo único que se necesita para evitar la dispersión de precios y que estos se mantengan en el nivel más bajo posible dados sus costos de producción (Kodric y Langer, 2018, p. 69).

En el presente trabajo se ha hecho una presentación simplificada de la definición de Competencia Perfecta, aunque vale destacar que no se trata de un concepto sencillo o sobre el que exista unanimidad de opiniones. En el texto “La pregunta de la Sra. Robinson: ¿Qué es la competencia perfecta?”, Muller y Perdomo compilan un conjunto de definiciones de variados autores (Mas-Colell et al., Varian, Ferguson, Henderson - Quandt, Frank, Allen – Alchian, Carlton – Perloff) y sistematizan puntos en común y diferencias entre sus enfoques y definiciones. Destacan que es sorprendente la variedad de opiniones respecto de qué es lo relevante para definir competencia perfecta, y que se da en un campo teórico en apariencia unificado, como es el de la economía neoclásica, en el cual sería esperable un nivel de acuerdo mayor a este respecto.

Cabe destacar también que en la realidad este tipo de mercados son prácticamente inexistentes. Por diferentes motivos, los mercados suelen no cumplir con alguna o ninguna de las características mencionadas, y se dice entonces que con mercados de competencia imperfecta. En estos mercados, las empresas que lo integran tienen la capacidad de influir en el precio de su producto actuando individualmente.

### **1.1.2 Monopolio**

El monopolio es la situación extrema donde no existe competencia y el mercado es controlado por un solo productor, que puede por lo tanto decidir tanto el precio como las cantidades. En el caso de que haya un solo demandante, se conoce como monopsonio.



Una variación, es el caso donde existen restricciones relacionadas con el comportamiento de empresas seguidoras de la conducta de la empresa dominante, por lo que deja de ser una empresa monopolista y pasa a ser “líder del mercado”. El liderazgo puede darse como liderazgo de precios o de cantidades (Coloma, 2002, p. 9).

Desde el punto de vista de la eficiencia de mercado, el monopolio representa una situación peor ya que para obtener un mayor beneficio, el oferente monopólico reduce la cantidad vendida y aumenta el precio, derivando en una disminución en el “excedente” total generado en el mercado (Coloma, 2002, p. 12). Esta pérdida de eficiencia también se da en el caso del monopsonio.

Uno de los casos más estudiados es lo que se conoce como un monopolio natural, que se da por la existencia de sistemáticos costos decrecientes (economías de escala), donde el mercado tiende naturalmente a la existencia de un único oferente. Este oferente puede entonces distorsionar el mercado, restringiendo la cantidad producida en comparación con la situación competitiva. Por ejemplo, en caso de zonas de baja densidad geográfica donde no tendría sentido que existiese más de un proveedor, entonces el Estado con un único hospital zonal actuaría como un monopolio natural económicamente justificado (Vassallo, Sellanes y Freylejer, 2003, p. 22).

### **1.1.3 Oligopolio**

El oligopolio se da cuando participa un número reducido de vendedores en el mercado, y cada empresa puede influir en el precio del mercado y en la conducta de sus competidores. También puede darse por el lado de la demanda (oligopsonio), siempre asumiendo un gran número de vendedores o demandantes del otro lado. El oligopolio bilateral es cuando tanto oferta como demanda está integrada por pocos agentes económicos.

Frente a la existencia de oligopolios, existe riesgo de colusión entre los agentes, lo que se explicará en mayor profundidad a continuación.

### **1.1.4 Competencia monopolística**

La competencia monopolística es similar a la competencia perfecta en que hay muchos vendedores, ninguno de los cuales posee una gran cuota de mercado, y al ser un mercado

atomizado, es menos factible la realización de acuerdos entre ellos para controlar el mercado e impedir la entrada de nuevos competidores (libre entrada y salida de empresas, no existen barreras a la entrada y salida del sector). Pero se diferencia de ella en que los productos que ofrecen las distintas empresas no son idénticos u homogéneos, sino que son bienes diferenciados.

## **1.2 Diferenciación de productos**

Todos los tipos de mercado hasta aquí mencionados suponen la existencia de un bien homogéneo en el mercado analizado. Pero esta es una característica que no se da muy comúnmente. Lo cierto es que las empresas suelen diferenciar sus productos, y se da el caso donde los productos pueden ser a la vez “parecidos y distintos”. Es por eso que se distingue entre mercados de productos homogéneos, donde todos los oferentes proveen un idéntico bien que se termina comerciando al mismo precio, y mercados de productos diferenciados en los cuales los bienes ofrecidos son diferentes entre sí, y por lo tanto las empresas pueden diferenciar sus precios.

En los mercados con bienes diferenciados los consumidores son capaces de distinguir los productos que fabrica una empresa de los que fabrica otra debido a la existencia de marcas comerciales, u otros signos, que reflejan diferencias entre los productos, sean estas reales o supuestas. Cada empresa posee entonces el monopolio de su marca, pero existen muchas otras empresas que fabrican un producto similar con otras marcas.

La diferenciación del producto constituye entonces un factor importante de creación de situaciones no competitivas, y lleva a la ineficiencia de los mercados. Ineficiencia que los consumidores están dispuestos a aceptar como un costo por la variedad de la oferta de bienes. La diferenciación se entiende como una competencia cercana, ya que los bienes son sustitutos, aunque no perfectamente (Kato Vidal, 2003, p. 4).

La heterogeneidad entre productos puede estar originada en diferencias objetivas de las características físicas de los bienes, o ser sólo aparentes. Los oferentes, a través de la publicidad y diferentes formas de promoción, suelen buscar generar diferencias subjetivas que amplíen y potencien en el mercado la heterogeneidad de los productos, y buscan generar

fidelidad a la marca. Esto les otorga cierto poder para diferenciar sus precios, aunque suele darse dentro de unos límites (poder limitado de fijación de precios).

En este tipo de mercado suelen generarse barreras a la entrada y competencia no basada en precios. La competencia toma la forma de marcas comerciales y publicidad, así como variaciones en el precio. Las empresas actúan entonces como monopolistas de una marca determinada.

Definir un mercado relevante es describir el contexto en que se ejerce el poder de mercado. Un mercado relevante del producto comprende, desde el punto de vista de la demanda, aquellos bienes y/o servicios que son considerados sustitutos por el consumidor, dadas las características del producto, sus precios y el objeto de su consumo.

En un mercado monopolístico, los productos no compiten directamente, ya que no son homogéneos. Pero técnicamente estos productos presentan valores positivos en las elasticidades precio y cruzada de la demanda, la cual mide la respuesta en la demanda de un bien frente al cambio de precio de otro bien. Es decir, si al aumentar el precio de un medicamento marca A, crece la demanda del mismo medicamento de marca B, estos bienes tienen elasticidad cruzada positiva y son por lo tanto sustitutos. Si esta elasticidad cruzada fuese negativa, se trata entonces de bienes complementarios. Es mediante estos indicadores que es posible identificar los distintos mercados relevantes que amparan grupos de productos.

La elasticidad cruzada de la demanda permite además medir el grado de diferenciación que existe entre dos variedades de un mismo producto. Si hay una alta elasticidad, es decir, una alta respuesta en la cantidad demandada del bien A al subir el precio del bien B, esto indica que ambos productos son percibidos como los consumidores como muy parecidos entre sí. Si la elasticidad en cambio es pequeña, esto indica que las variedades son percibidas como muy diferentes (Coloma, 2002, p. 48).

Según Coloma, normalmente se asocia a la competencia monopolística con una situación en la cual existe un número grande de empresas en el mercado y la diferenciación de productos que rige en el mismo es de tipo idiosincrática. Esto implica que, en rigor, todas las variedades que se producen compiten entre sí de modo simétrico.

Existen dos formas de diferenciación:

### 1) Diferenciación horizontal

Cuando dos o más productos se consideran diferentes, pero siendo ésta una distinción imaginaria o de variedad, ya que no existe una disposición unánime de los consumidores para pagar más por alguno de ellos. Existe una alta sustituibilidad (alta elasticidad cruzada de la demanda) y bajos márgenes de ganancias. Se compite en estas industrias mediante la productividad y el precio.

Usualmente, dicha diferenciación se asocia además con un concepto geográfico de distancia (es decir, se supone que dos variedades son distintas porque están localizadas en un punto distinto de una ciudad o de un país). Pero también hace referencia a situaciones en las cuales la distancia no es geográfica, sino que está definida respecto de otra característica, como por ejemplo, sabor más dulce o más amargo de una bebida, textura más o menos rugosa de una tela, etc. (Coloma, 2002, p. 41).

### 2) Diferenciación vertical

En estos casos hay una distinción real o diferencia de calidad en los productos que se ofertan, por lo que existe una mayor disposición de los consumidores a pagar distinto precio por bienes de diferente calidad. Existe poca sustituibilidad (baja elasticidad cruzada de la demanda) y altos márgenes de ganancia.

Esta diferencia de precios y de calidades genera cierta segmentación del mercado, que tiene lugar de acuerdo con las preferencias de los consumidores. Algunos consumidores valoran más la calidad y por lo tanto están dispuestos a pagar un mayor precio por ella, y otros la valoran menos, y optan por consumir variedades de menor calidad y pagar un menor precio.

### 3) Diferenciación idiosincrática

La diferenciación idiosincrática de productos es la que tiene lugar en situaciones en las cuales las diferencias entre las distintas variedades del mismo producto no pueden asociarse directamente con atributos cuantificables. Muchas veces la diferenciación idiosincrática de

productos se asocia con la existencia de marcas, que hacen que dos productos aparentemente iguales sean percibidos de manera distinta por la demanda (Coloma, 2002, p. 48).

Como puede verse, una consecuencia directa de la diferenciación es la competencia “desligada” del precio, puesto que el consumidor al elegir entre dos bienes no homogéneos debe considerar más aspectos que solamente el precio.

### **1.3 Colusión**

La colusión puede definirse como una situación en la cual una serie de empresas acuerdan no competir entre ellas con el objetivo de incrementar los beneficios conjuntos de todo el grupo. Dicho incremento puede lograrse a través de diferentes instrumentos (acuerdos de precios, acuerdos de cantidades, repartos de mercados), pero tiene la característica común de que trae aparejado un aumento en los precios y una reducción en los volúmenes comerciados respecto de los que regirían en una situación en la cual las empresas compitieran entre sí. Esto afecta negativamente la eficiencia del mercado y la distribución del ingreso, ya que el mercado pasa a generar un excedente menor para los demandantes que no llega a compensarse con el aumento en el excedente de los oferentes. Los oferentes del mercado logran incrementar sus beneficios a costa de una pérdida de eficiencia global.

La teoría económica distingue además entre situaciones de colusión explícita y situaciones de colusión tácita. Las primeras implican la existencia concreta de un acuerdo escrito o verbal entre las empresas intervinientes (cartel), mientras que en el segundo caso el comportamiento colusivo surge como resultado de estrategias que cada entidad adopta independientemente, pero que confluyen en un equilibrio en el que a ninguna empresa le conviene adoptar una conducta competitiva por temor a desencadenar un cambio en el comportamiento de las otras empresas que traiga aparejada una reducción de sus propios beneficios (Coloma, 2002, p. 55).

Los tipos de acuerdos más comunes entre vendedores son los acuerdos para la fijación de precios, las licitaciones colusorias, los acuerdos de asignación de clientes, los acuerdos de distribución territorial y los acuerdos de reducción de la producción. Los más comunes entre los compradores son: los acuerdos de fijación de precios, los acuerdos de distribución y los de licitaciones colusorias. El cártel no necesita eliminar toda la competencia. Los

competidores pueden ponerse de acuerdo sólo en eliminar la competencia para ciertos clientes o en ciertas áreas del país. O los miembros del cartel pueden estar de acuerdo en los precios y aún competir en servicio o calidad. Aun así, el cartel limitado es dañino: los precios serán más altos y la producción menor de lo que de otra forma serían (Min. Economía de Guatemala, 2002, p. 27)

Algunas características del mercado suelen favorecer la colusión. Por ejemplo, la capacidad para incrementar los precios es una consecuencia directa del grado de elasticidad de la demanda que enfrentan las empresas de una industria. Cuando la demanda del producto es relativamente inelástica, los beneficios de coludir e incrementar los precios son mayores. Esto está fuertemente ligado con el grado de sustitución de los productos que fabrican los miembros del cartel por parte de otros productos. Si la demanda del producto que fabrican los potenciales miembros de un cartel es relativamente inelástica, los beneficios de coludir e incrementar los precios son mayores que si dicha demanda es relativamente elástica, ya que en este último caso la estrategia de fijar precios altos como una manera de aumentar los beneficios tiene una efectividad mucho más limitada.

La existencia de barreras a la entrada de nuevos competidores también favorece al incremento de poder de mercado y de colusión. Otras situaciones favorables para su formación son la existencia de bajos costos de organizar el cartel también favorecen a su formación, por ejemplo, mediante presencia de una cámara o asociación empresaria que pueda coordinar las actividades del cartel, y la existencia de contratos de largo plazo.

En algunos casos, sólo algunas empresas forman un cartel, y el resto de las empresas que actúan en el mercado se encuentran afuera del mismo. En estos casos, la colusión no apunta a obtener un beneficio similar al de un monopolio sino al de un mercado que opera en una situación de liderazgo en precios o en cantidades (Coloma, 2002, p. 66).

La Organización Industrial también estudia una serie de prácticas comerciales de tipo estratégico como “prácticas exclusorias”, es decir, conductas que tienen por objeto excluir a otros competidores (reales o potenciales) del mercado, o las denominadas “guerras de desgaste” y las “carreras de patentes” entre empresas. Las primeras son situaciones en las cuales varias empresas compiten por lograr que las otras firmas que actúan en el mercado se

retiren del mismo. Las segundas son casos en los cuales se compite por inventar un nuevo producto o proceso productivo y obtener de ese modo una posición dominante en un mercado, que estará luego protegida por la patente en cuestión (Coloma, 2002, p. 73).

#### **1.4 Integración vertical**

Además de acuerdos horizontales, pueden darse acuerdos verticales, o integración vertical. En las relaciones habituales entre fabricante y distribuidor, las negociaciones de las condiciones de transacción no se limitan a la simple determinación de los precios, en este caso al por mayor. Por el contrario, suelen acordarse relaciones contractuales complejas (escritas o verbales), que son lo que se entiende por “acuerdos verticales” que establecen condiciones comerciales concretas y complejas (precios no proporcionales, rápeles y descuentos, royalties, participación en gastos, plazos y forma de pago, etc.) y, además, limitan la libertad de actuación de una o las dos partes (por ejemplo, fijando el precio de reventa y/o garantizando un territorio exclusivo para el distribuidor) (Min. Economía de Guatemala, 2002, p. 29).

Las restricciones verticales pueden utilizarse por algunos agentes económicos para obtener un mayor poder de mercado en perjuicio de sus competidores reales o potenciales, de sus contrapartes o de los consumidores o usuarios.

En algunas legislaciones, los acuerdos entre agentes económicos que tengan relación de proveedor a cliente, prohíben prácticas como las siguientes (Min. Economía de Guatemala, 2002, p. 29):

Distribución exclusiva; Negarse a vender; Imposición de precios de reventa; Restricción de mercado geográfico; Discriminación de precios; Venta condicionada; Compra exclusiva.

En definitiva, Existen dos tipos de conducta que tradicionalmente han sido reconocidos como prácticas abusivas: 1) el abuso por explotación a través del cual una compañía saca ventaja de su poder de mercado cobrando precios excesivamente altos a sus clientes, discriminando entre clientes, o pagando bajos precios a sus proveedores y 2) el abuso por exclusión, el cual se da cuando una compañía intenta eliminar a la competencia, por medio de rehusarse a

realizar negocios con un competidor, aumentar los costos de entrada al mercado a los competidores, o cobrando precios depredadores (Min. Economía de Guatemala, 2002, p. 29).

### **1.5 Fallas de mercado**

La principal conclusión a la que llega la teoría neoclásica es que el mercado es un mecanismo autorregulado, al que acuden libremente consumidores y productores y que arriban a una situación de equilibrio mediante los intercambios voluntarios, consiguiendo compatibilidad de planes entre oferentes y demandantes. Pero este mecanismo de mercado funciona eficientemente siempre y cuando no haya “interferencias”.

La estrategia analítica consiste en comenzar por la definición de una suerte de estado ideal, donde las decisiones de los individuos sólo responden a sus preferencias individuales, y el único mecanismo de coordinación son los precios que éstos fijan en sus transacciones entre sí. En este escenario, las decisiones individuales libres permiten arribar a una situación inmejorable para todos los individuos al mismo tiempo. Por lo tanto, sólo puede mejorar el bienestar de un individuo si disminuye el del otro (Óptimo de Pareto) (Muller, 2010, p. 160).

Toda situación fuera de este óptimo, se considera como una asignación no eficiente de recursos. Estas suceden porque hay algún factor o factores que provocan un desvío de dicho óptimo. Cuando se dan estos desvíos se dice que existen “fallas de mercado”, y es lo que justifica la intervención del Estado en el mercado. Para la doctrina ortodoxa no hay razones estructurales o inherentes al funcionamiento del sistema capitalista que impidan una razonable competencia en los mercados. Y si se observaran desvíos de las condiciones básicas para la existencia de mercados competitivos que produjeran una concentración de la oferta o la demanda en algún mercado particular, lo que debería hacer el Estado es restablecer las condiciones teóricas de competencia perfecta (Kodric y Langer, 2018, p 70).

Según la teoría económica clásica, para decidir si el Estado debe intervenir en el mercado o si una empresa ha abusado de su posición monopolística, se debe tener en cuenta el grado de poder de mercado de los agentes. Para esto, suele utilizarse el índice de participación de mercado de las empresas más grandes (Cm) y el índice de concentración de Herfindahl y Hirschman (HHI).



Las fallas de mercado suelen agruparse en:

a. Competencia imperfecta

La competencia imperfecta se abordó anteriormente al explicarse las distintas formas que la concentración del mercado puede tomar (oligopolio, monopolio, etc.). En los casos en los que se da un monopolio natural, por ejemplo, no basta con “ajustar” el funcionamiento del mercado, sino que se debe alterar radicalmente su lógica, introduciendo pautas de regulación, que en este caso significan que el Estado es el que debe decidir cuánto proveer del bien o servicio y cuánto cobrar por él (Muller, 2010, p. 161).

Cuando se trata de un oligopolio, la teoría económica convencional no tiene argumentos unificados. Una opción sería intentar corregir el mercado a través de la separación de los oferentes. Sin embargo, esta política es poco realista, especialmente en aquellos casos donde esto lleva a costos de producción crecientes.

b. Externalidades

Existe una externalidad (negativas o positivas) cuando la producción o consumo de un bien afecta directamente a otros consumidores o empresas que no participan en su compra ni en su venta, y estos efectos no se contabilizan totalmente en los precios de mercado. El ejemplo más comúnmente usado para las externalidades negativas es el de los efectos ambientales como la contaminación. En el caso de los medicamentos, puede asociarse como externalidades positivas a las tareas de innovación que producen descubrimientos que tienden a beneficiar a la población, como también las vacunas, que benefician aún quienes no la “consumieron”, pues disminuyen el riesgo de contagio a nivel social. Pero a los efectos de la presente investigación no se desarrollará más en profundidad dicha falla.

c. Información imperfecta

Como se mencionó anteriormente, la competencia perfecta supone total transparencia del mercado, Todos los agentes conocen perfectamente los precios y características del mercado. Pero esta situación ideal difícilmente se da en la realidad. Y cuando esto no pasa, se dice que hay “información imperfecta” en el mercado. Un caso de información imperfecta es el de información asimétrica, es decir, cuando algunos tienen más información que otros.

Frente a esta falla, El estado debería intervenir tratando de suministrar información a los consumidores para que tomen sus decisiones teniendo en cuenta toda la información del mercado, paliando así los efectos de la información imperfecta.

d. Ausencia de mercados o “mercados incompletos”

Se da cuando no existen oferentes en un mercado, o no los suficientes, aun cuando sí existe demanda. Suele darse porque la demanda no es suficiente para que una empresa se decida a satisfacerla, ya que su producción no implicaría una rentabilidad esperada suficiente. La vía de corrección es aquí más compleja, ya que el Estado debería generar las condiciones para que se desarrolle el mercado, y luego retirarse de él.

Si bien no será objeto de estudio en la presente investigación, cabe mencionar que racionalidad de los agentes económicos tampoco es algo sencillo de encontrar en la realidad, menos aún frente a situaciones de información imperfecta.

Cabe también mencionar que el poder de fijación de precios de una empresa puede ser aumentado mediante el poder de discriminación de precios, es decir, al poder que una empresa tiene para cobrar precios diferentes a grupos de clientes diferentes.

El grado en que debería intervenir el Estado en la economía es un tema controversial. Quienes tienen inclinaciones ideológicas más liberales u ortodoxas, creen que el Estado debería intervenir lo menos posible y dejar actuar a los mecanismos del mercado, Lo que se dice “la mano invisible” de Adam Smith, ya que esta realiza una perfecta asignación de recursos. La intervención debe ser puntualmente en los desvíos que se identifiquen, para restablecer las condiciones de competencia en aquellos casos donde hayan sido vulneradas.

Del otro lado se encuentran quienes critican esta visión ortodoxa, que no incorpora preocupaciones por el efecto distributivo que los mercados imperfectos acarrearán, siendo que ofertan bienes y servicios en menor cantidad y mayor precio, por lo que menos gente puede acceder a ellos.

Adicionalmente, Muller advierte que “el eficiente funcionamiento de una economía de este tipo requiere indefectiblemente un mecanismo centralizado de formación de precios; es decir es, no es suficiente con asegurar la existencia de individuos libres y propietarios; con

excepción de algunos mercados muy específicos (por ejemplo, los de ciertos “commodities” transados internacionalmente), estos mecanismos de centralización no existen. Asimismo, los desarrollos teóricos más avanzados indican que este planteo ideal requiere hipótesis adicionales relativamente fuertes para asegurar la existencia efectiva de un punto de equilibrio, al que converjan los individuos oferentes y demandantes” (Muller, 2010, p. 160).

La economía heterodoxa propone diferentes miradas alternativas. Una de ellas es la de la óptica institucionalistas, que señala que los mercados no pueden construirse sólo sobre la base de individuos, por cuanto se requieren algunas pautas de comportamiento aceptadas o impuestas, que regulen su comportamiento (las “instituciones”, precisamente). En este sentido, no se propone al Estado como una figura que surja ante la existencia de fallas de mercado, sino como preexistente a estas.

Otra propuesta teórica interesante es la de Kalecki, quien rechazaba la concepción neoclásica por su irrealismo y, consecuentemente, proponía reemplazar la concepción ortodoxa de competencia perfecta por teorías de la competencia imperfecta, oligopolio o monopolio. Aborda la morfología de los mercados y su impacto en la formación de precios y la distribución del ingreso entre las distintas clases sociales. Kalecki plantea que la propia dinámica de las economías de mercado lleva a la conformación de mercados concentrados en donde los precios no se determinan por el costo marginal (el aumento del costo total necesario para producir una unidad adicional de un bien o servicio, tal como postula la escuela ortodoxa, sino más bien por los costos medios más un recargo o mark-up. De esta manera, lo que él denomina grado de monopolio determina la capacidad de recargo de las empresas sobre el costo medio y genera situaciones en las que, mayores grados de monopolio consolidan esquemas de una distribución regresiva del ingreso para los trabajadores y la posibilidad de sub-utilización de los factores de la producción (Kodric y Langer, 2018, p 76).

Desde diferentes escuelas de pensamiento, sostienen que el Estado debe intervenir en la actividad económica y regular el mercado. No sólo para corregir las llamadas fallas de mercado, sino también para alcanzar diferentes objetivos de política económica, como puede ser la industrialización o redistribución del ingreso.

Cabe acotar que el término “regulación” será entendido en este trabajo como el caso en que el mecanismo de mercado es suprimido, implementándose un sistema administrado. Por oposición, un marco “desregulado” que se entiende como aquél donde impera la lógica del mercado; esto es, la concurrencia de decisiones individuales de oferta y demanda en un contexto de ausencia de autoridad, fijándose descentralizadamente precios y cantidades transaccionadas (Muller, 2010, p. 162).

El desarrollo aquí presentado no pretende de ninguna forma ser exhaustivo, sino una simple introducción a los principales conceptos teóricos y herramientas metodológicas de la teoría económica clásica, que permitirán enmarcar el análisis y diagnóstico del estudio del mercado de medicamentos en Argentina que se presenta a continuación.

## **Capítulo 2: Metodología**

El presente trabajo constituye una investigación sectorial, enfocada en realizar un detallado diagnóstico sobre el mercado de medicamentos en Argentina, que permita luego presentar una propuesta de regulación de dicho sector. Para ello, se utilizaron varias fuentes de información primaria y secundaria que se detallan en este apartado.

Dicha propuesta busca brindar diferentes herramientas de política pública que al ser ejecutadas permitan generar un impacto en el corto y mediano plazo en el mercado. Estas propuestas a su vez se encuentran enmarcadas en una estrategia de largo plazo, lo que se presenta como una segunda etapa de implementación del plan aquí presentado. Se espera que la misma sea de utilidad para diseñadores de políticas públicas que conciban la intervención del Estado como fundamental para la configuración de un mercado más eficiente y que garantice accesibilidad a los medicamentos por parte de la población en su conjunto.

### **Planteo metodológico**

Para desarrollar los objetivos de esta investigación y elaborar un diagnóstico adecuado del mercado de medicamentos, no es suficiente basarse en los análisis convencionales que establecen y determinan el grado de concentración horizontal simplemente en función de la participación de mercado de las empresas en las diferentes bandas terapéuticas. Este tipo de análisis debe ser complementado con un estudio en profundidad de los diferentes actores involucrados, que permita dar cuenta de su grado de integración vertical, así como de otros modos a través de los cuales refuerzan su posición dominante en el mercado, incluidas las diversas modalidades de interacción entre ellos (ej. colusión) y con el Estado.

Se realizó un análisis de tipo cualitativo, basado en algunos estudios de caso y, principalmente, en la realización de entrevistas semiestructuradas con representantes de diferentes laboratorios, farmacias y agencias del Estado. Esta información se complementó con un importante análisis bibliográfico (fuentes de información secundarias) y de información primaria, especialmente de fuentes oficiales, como leyes, decretos, disposiciones y resoluciones públicas.

### **Fuentes de información primaria**

Se realizaron entrevistas a representantes de numerosos laboratorios, de diferente tamaño y pertenecientes a las 4 principales cámaras del país (CILFA, CAEME, COOPERALA y CAPGEN) (Anexo 1).

Se mantuvieron reuniones informativas con representantes de diferentes farmacias y representantes de Cámaras de farmacias. En estas se les pidió que describan detalladamente el circuito de pago del convenio PAMI, y cómo el mismo impacta en sus representados. Estas entrevistas se complementaron con el análisis de diferentes publicaciones, principalmente de COFA, donde describen dicho proceso y las diversas herramientas financieras involucradas.

Se mantuvieron numerosas reuniones informativas con representantes de la ANMAT donde se discutieron diferentes temas vinculados al registro e información sobre las especialidades medicinales. Asimismo, se incorporaron al análisis algunas publicaciones del propio organismo que aportaron a la descripción de cuestiones específicas del sector.

Otro importante grupo de fuentes primarias, fueron las variadas leyes, decretos, resoluciones y disposiciones que se incorporaron al análisis. Entre ellas:

Decreto N° 150/92. Medicamentos. Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. Ámbito de aplicación. Disposiciones Generales 1992.

Disposición N° 3686/2011 (ANMAT). Establézcanse los Requisitos mínimos para solicitar la condición de venta libre de una especialidad medicinal.

Disposición N° 3829/2014 (ANMAT). Arancel para el mantenimiento en el Registro de Especialidades Medicinales Comercializadas y No Comercializadas.

Disposición N° 4980/2005 (ANMAT). Publicidad sobre Productos de Venta Libre.

Disposición N° 5039/2014 (ANMAT). Vademécum Nacional de Medicamentos.

Disposición N° 9807/2016 (ANMAT). Programa de Especialidades Medicinales.

Ley N° 23.737. Estupefacientes. 1989.

Ley N° 24.240. Normas de Protección y Defensa de los Consumidores. 1993.

Ley N° 25.649. Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico. 2002.

Ley N° 26.991. Nueva Regulación de las Relaciones de Producción y Consumo. 2014.

Ley No 22.373. Consejo Federal de Salud. 1981.

Resolución Conjunta N° 412/2015 del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y N° 698/2015 del Ministerio de Salud. Modificación de la Reglamentación del Decreto 150/92.

Resolución Conjunta N° 470/92 MEyOSP - 268/92 MSyAS, reglamentaria del Decreto N° 150/92 (T.O. según Resolución Conjunta 988/92 MEyOSP -748/92 MSAS) con la modificación de la Res. Conj. 415/2007 M.S. – M.E. y P.)

Resolución N° 286/2008 del Ministerio de Salud. Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos.

Otras fuentes oficiales de información utilizadas fueron diferentes ediciones del Boletín Oficial de la República Argentina, y documentación oficial de la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia.

En cuanto a la industria farmacéutica privada, se recopiló información directamente de sus principales cámaras de laboratorios, incluyendo algunos informes realizados por el Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA).

### **Fuentes de información secundaria**

Se consultaron variados estudios sobre el mercado de medicamentos en Argentina, buscando incluir la totalidad de las investigaciones relevantes, con abordajes desde diferentes escuelas de pensamiento y tipos de instituciones (públicas, privadas, autores individuales, etc.).

La puesta al día y el análisis del “Estado del Arte” se presenta en esta investigación en el apartado “Debate con el mainstream”, con especial hincapié en el estudio de situación y dinámica de la competencia en el Mercado de Medicamentos Ambulatorios en Argentina. Se recopilaron y sintetizaron los trabajos más significativos del campo; dado el marco

establecido por la principal hipótesis de nuestra investigación, el análisis comparativo y crítico de tales antecedentes no se circunscribió a la consideración de los índices tradicionales de concentración horizontal, sino que se planteó la observación del sector farmacéutico desde un punto de vista más estratégico, tal que incluyera el análisis de la integración vertical y otras prácticas comerciales colusivas y anticompetitivas. Los trabajos utilizados representan diferentes abordajes ideológicos y metodológicos. Tal como se referencia en la Bibliografía, se analizaron investigaciones de FIEL, CEDES, BDO Argentina, KPMG, IMS Health, Agentes de Propaganda Médica (AAPM), Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, Centro de Estudios para el cambio Estructural (CECE), CEPAL, así como varios textos de Federico Tobar.

### **Diagnóstico**

El diagnóstico del mercado de medicamentos en Argentina constituye una parte central de la presente investigación. Se construyó en base a la literatura especializada y diversas fuentes primarias de información. La estrategia metodológica planteada para dicho diagnóstico es la siguiente:

1. Breve descripción de los actores y diagnóstico sobre la industria farmacéutica en Argentina.
2. Descripción en profundidad de los agentes participantes en el submercado de medicamentos de venta bajo receta y las dinámicas específicas de dicho mercado.
3. Breve descripción de las principales instituciones y agencias públicas involucradas en el registro y control de los medicamentos, así como las involucradas en la generación de oferta y demanda de medicamentos.
4. Diagnóstico sobre el nivel de competencia, las fallas de mercado más sobresalientes y los rasgos del mercado que favorecen la continuidad y potenciamiento de dichas fallas.

### **Propuesta**

En base al diagnóstico, se presenta luego una propuesta de regulación, que se estructura en tres partes. El primer grupo de propuestas, se presentan como respuesta a las fallas de



mercado vinculadas con la asimetría de la información. El segundo grupo aborda de lleno la regulación de los precios en el mercado, con el objetivo de limitar el poder de determinación de los precios que ejercen los laboratorios, e incluye una propuesta de Ley para regular los precios de venta al público del sector (precios finales). En el tercer grupo se aborda toda aquella regulación vinculada al rol directo del Estado, no ya como agente regulador, sino como agente activo en la oferta y demanda de medicamentos.

### Capítulo 3: Caracterización del Mercado de Medicamentos en Argentina

La industria farmacéutica abarca la producción en laboratorios de principios activos (PA) y medicamentos, elaborados a partir de un proceso de síntesis química o de técnicas de biotecnología. Se encuentra conformada por 210 laboratorios y 190 plantas industriales instaladas en el país, de las cuales 160 son empresas de capitales nacionales. A diferencia de lo que sucede en la gran mayoría de los países, los laboratorios farmacéuticos pertenecientes a empresas de capital nacional detentan en Argentina el 64% del mercado interno. La ocupación actual del personal en forma directa e indirecta de la industria es de aproximadamente 41.000 y 120.000 personas, respectivamente, con una alta proporción de personal de alta capacitación (CILFA, 2017, p. 7).

Como se verá, el segmento de comercialización mayorista, conformado por droguerías y distribuidoras, se encuentra altamente concentrado. Las distribuidoras, que surgieron en la década del 90, son el resultado de un proceso de integración vertical de los laboratorios de mayor tamaño. En poco tiempo, estos actores ocuparon una posición estratégica en la distribución de los medicamentos, desplazando en parte a las droguerías. La comercialización minorista en cambio, se encuentra atomizada, existiendo cerca de 13.000 farmacias en todo el país, a excepción de las cadenas de farmacias que surgieron a partir de los años 90 e implantaron un modelo de negocios diferente al de las farmacias tradicionales (MECON, 2015, p. 3).

Se trata de un sector con un déficit comercial sostenido<sup>1</sup>, y con una producción local concentrada en el área metropolitana de Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, representando en forma agregada más del 60% del total (MECON, 2015, p. 3 y 4). La producción incluye no sólo al sector privado sino también al público, ya que el Estado es fabricante a través de alrededor de 38 laboratorios públicos que existen actualmente en el país.

Siguiendo las definiciones establecidas en el Decreto 150/92, se entiende por *medicamentos* a toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico y/o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos

---

<sup>1</sup> Las exportaciones de productos farmacéuticos experimentaron un crecimiento del 46,1% entre el 2010 y 2015. Sin embargo, se observa que este segmento de la cadena fue estructuralmente deficitario durante todo el período analizado. Mientras que en 2010 el saldo negativo fue de US\$ 1.325 millones, en 2015 el déficit alcanzó US\$1.966 millones. (Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, 2016, p 32).

en beneficio de la persona a quien se le administra. Se entiende por *especialidad medicinal o farmacéutica* a todo medicamento, designado por un nombre convencional, sea o no una marca de fábrica o comercial, o por el nombre genérico que corresponda a su composición y expendio, de composición cuantitativa definida declarada y verificable, de forma farmacéutica estable y de acción terapéutica comprobable<sup>2</sup>. A los efectos de la presente tesis y con el objetivo de simplificar para poder focalizar en otros rasgos, se utilizará indistintamente el término “medicamentos” y “especialidades medicinales”.

Y si bien no se va a ahondar en temáticas vinculadas a la composición de los medicamentos, resulta importante comprender algunos conceptos básicos. El primero es que los medicamentos contienen lo que se conoce como *principio activo*<sup>3</sup> o droga farmacéutica, que es toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural o sintético, que, poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana. Se entiende por *Nombre genérico* a la denominación de un principio activo o droga farmacéutica o, cuando corresponda, de una asociación o combinación de principios activos a dosis fijas, adoptada por la autoridad sanitaria nacional o, en su defecto, la denominación común internacional de un principio activo recomendada por la Organización Mundial de la Salud (Decreto 150/92, Art. 1.).

Cada medicamento posee una determinada composición química (principio activo, excipiente, etc.), una forma farmacológica/farmacéutica (ej. cápsulas, comprimidos, soluciones, inyectables, jarabes, etc.), concentración (ej. 400mg, 200mg, 5ml, etc.) y una determinada presentación (ej. envase por 16 unidades, 1 frasco por 120ml, etc.). Por ejemplo, la especialidad medicinal “Amoxicilina FECOFAR” del Laboratorio FECOFAR, contiene el *principio activo* Amoxicilina, la *concentración* es 500mg, la *forma farmacológica* es comprimido recubierto, y viene en una *presentación* de blíster por 8 unidades.

---

<sup>2</sup> En otras palabras, es un medicamento, pero un medicamento registrado en el Registro de Especialidades Medicinales (REM) de la ANMAT, con ciertas características definidas como forma farmacéutica, concentración, etc. Por ejemplo, el Paracetamol es un medicamento, mientras que, si hablamos del Paracetamol 500mg del Laboratorio Lafedar, se trata de una especialidad medicinal. De todas formas, si bien es necesario aclarar esta diferencia para que no se generen confusiones, a los efectos de este trabajo no es importante esta distinción.

<sup>3</sup> Para la elaboración de los medicamentos se utilizan como insumos críticos cerca de 2.000 principios activos y sus combinaciones, en su mayoría provenientes del exterior. Los 20 principios activos más consumidos en Argentina concentran cerca del 30% de las unidades vendidas al mercado interno, según la información disponible (CILFA, 20017, p. 8).

En cuanto al mercado, si bien es cierto que existe una gran cantidad de agentes (aproximadamente 210 laboratorios), al analizar con mayor profundidad la dinámica del mercado puede verse que no se destaca por ser un mercado altamente competitivo. No sólo se encuentra una alta concentración horizontal (venta en unidades y valores) sino que además existen algunos grandes grupos económicos con una alta integración vertical. Un claro ejemplo de esto es el grupo Roemmers cuyas propiedades van desde la producción de principios activos al comienzo de la cadena a través de la empresa Maprimed, pasando por una serie de laboratorios (Roemmers S.A.I.C.F, Investi Farma, Nova Argentis, Gramon Millet, Laboratorios Poen S.A. y Ethical Pharma S.A.), la distribuidora Rofina S.A.I.C., la droguería Monroe Americana, y sus acciones en la mandataria Farmalink. A través de esta serie de empresas, cubre casi la totalidad de los eslabones en la cadena de producción y comercialización. Otros grupos importantes son el Grupo Bagó (Laboratorio Bagó, Química Montpellier, Nutricia Bagó, Bioprofarma S.A y acciones en la distribuidora Disprofarma) y el Grupo Sielecki (ELEA, Sinergium Biotech S.A, Compañía Argentina de Investigación Farmacéutica S.A, Phoenix).

Con relación a los productos que circulan a lo largo de la cadena, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) registra aproximadamente 5.000 marcas que son el resultado de la industrialización de más de 2.000 principios activos. A su vez, dichas marcas dan lugar a más de 9.500 formas farmacéuticas que aparecen bajo unas 20.000 presentaciones diferentes (BDO Argentina, 2008, p. 16). Sin embargo, la participación de los 10 productos más dispensados en unidades representa el 11.35% del mercado (CECE, 2017, p. 18).

Si bien destacar la alta concentración económica del sector es importante para el diagnóstico del mismo, no es objeto de esta tesis profundizar en dicho aspecto. En todo caso, se considera que el análisis sobre competencia horizontal es relevante únicamente cuando se realiza en subsegmentos que permiten establecer mercados relevantes y analizar bienes que efectivamente compiten entre sí. Un mercado relevante del producto comprende, desde el punto de vista de la demanda, aquellos bienes y/o servicios que son considerados sustitutos por el consumidor, dadas las características del producto, sus precios y el objeto de su consumo. En el mercado de medicamentos, a los fines de definir el mercado desde el lado de

la demanda, resulta útil examinar las bandas terapéuticas en el mercado farmacéutico, que se encuentran definidas por la clasificación ATC de 2016. El ATC clasifica a los fármacos de acuerdo con su clase terapéutica, indicaciones objetivo y propiedades farmacológicas. La clasificación es jerárquica y tiene 16 categorías (A, B, C, etc.), cada una con hasta 4 niveles. El primer nivel (ATC1) es el más general y el cuarto nivel (ATC4) es el que tiene el mayor grado de detalle. El ATC 3 es el más utilizado para la definición de mercados relevantes, ya que todos los productos pueden ser usados para tratar las mismas enfermedades o trastornos, y es el que adapta la CNDC (CNDC, 2016, p. 8). Esta clasificación puede complementarse con el tipo de medicamento (venta libre, bajo receta, etc.) para una mejor definición del mercado relevante. En el caso de los medicamentos la dimensión geográfica del mercado relevante es nacional, ya que se comercializan en todo el territorio nacional, y la legislación actual también es nacional.

En algunos segmentos la falta de competencia se encuentra mayormente ligada a la protección por patentes (monopolios legales), pero en otros como se verá, se debe a las particularidades de la configuración local del mercado, que suele llevar a la existencia de oligopolios. Además, predomina en este mercado, una alta asimetría de la información y heterogeneidad de los productos.

El mercado de medicamentos en Argentina se caracteriza por su complejidad y heterogeneidad, las cuales se expresan en la existencia de submercados con procesos de formación de precios, actores y dinámicas diferentes. Es decir, cada segmento del mercado tiene una dinámica de competencia y funcionamiento particular. A continuación, se explicarán las diferentes formas de abordar esta segmentación, que depende de lo que se busque analizar.

### **3.1 Clasificación de los Medicamentos según Prescripción**

El primer tipo de clasificación que se presenta es el que se vincula con la categoría de *prescripción* asociada a los medicamentos. La ANMAT es la autoridad sanitaria encargada de autorizarlos, y al hacerlo, establece cuál es la condición de expendio para cada uno. Al registrar una especialidad medicinal, se extienden un Certificado de Autorización, con

duración de 5 años y renovable cada 5 años, donde se deja constancia de las condiciones en las cuales deberán ser despachadas en las farmacias. Utilizando las definiciones establecidas en el Decreto 9763/64 de Reglamentación de la Ley 16.463, estas condiciones pueden ser:

- a. Venta libre
- b. Venta bajo receta
- c. Venta bajo receta archivada
- d. Venta bajo receta y decreto

#### **a. Medicamentos de Venta Libre / OTC (over the counter) / Populares**

Se encuentran definidos en la Disposición 3686/2011 como “aquellos medicamentos destinados a aliviar dolencias que no exigen en la práctica una intervención médica, y que además su uso, en la forma, condiciones y dosis previstas, no entrañan, por su amplio margen de seguridad, peligros para el consumidor”<sup>4</sup>.

Los medicamentos con esta condición de expendio establecida por ANMAT cuentan con la posibilidad de ser vendidos sin receta médica, a diferencia de aquellos que requieren una prescripción hecha por un médico.

---

<sup>4</sup> La Disposición 3686/2011 establece además los requisitos mínimos que deben cumplir:

1. Que la especialidad medicinal haya demostrado eficacia y seguridad a través del tiempo, para ser usadas en el alivio de síntomas o signos fácilmente reconocibles por el usuario.
2. Que posea amplio margen terapéutico de manera tal que la administración voluntaria o involuntaria, de una dosis mayor a la recomendada o para un uso no aprobado, o la utilización por más tiempo, no represente un daño grave para la salud de la población; ni que su utilización acorde con los usos aprobados enmascaren enfermedades serias, ni retrasen el diagnóstico y tratamiento de una condición subyacente.
3. Que no genere tolerancia o dependencia y que no sea susceptible de abuso.
4. Que la vía de administración sea oral o tópica exclusivamente.
5. Que la duración de tratamiento esté acotado a la indicación propuesta (posología).
6. Que las unidades de venta o presentaciones que se soliciten para dichas especialidades medicinales, se ajusten al tiempo de tratamiento aprobado en su respectivo prospecto.
7. Que la especialidad medicinal haya sido comercializada bajo la condición de venta bajo receta en el país, al menos durante los últimos 5 años, sin haber presentado reportes de eventos adversos graves, a través del sistema de farmacovigilancia, que afectaren el balance riesgo beneficio.
8. Que la especialidad medicinal posea bajo riesgo de causar reacciones adversas serias del tipo A y muy bajo riesgo de causar reacciones adversas serias del tipo B en la población general.
9. Que no posea propiedades genotóxicas, carcinogénicas o de toxicidad reproductiva relevante. 1.10 Que no presente interacciones con especialidades medicinales comúnmente utilizadas que puedan modificar el efecto terapéutico de las mismas o generar reacciones adversas serias.

Poseen algunas características que son exclusivas de este grupo. Entre ellas se destaca la legalidad de ser publicitados en medios masivos de comunicación<sup>5</sup> y la no cobertura de los mismos por parte de las obras sociales ni en la mayoría de los sistemas de medicina prepaga<sup>6</sup>.

En el pasado, contaban con otra característica específica que era la posibilidad de ser adquiridos por fuera de las farmacias. Sin embargo, desde la sanción de la Ley 26.567 en 2009, el despacho y venta al público de medicamentos en todo el territorio de la Nación, incluidos los de venta libre, solamente puede ser efectuado en farmacias habilitadas. Además, establece que los medicamentos de venta libre deben ser dispensados personalmente en mostrador por farmacéuticos o personas autorizadas para el expendio.

Estos medicamentos, también conocidos como OTC, en referencia a “Over the counter”, cuya traducción es “venta en mostrador”, tienen en su envase la identificación con la leyenda “Venta libre”. Para entrar en esta clasificación debe actuar sobre síntomas o afecciones fácilmente reconocibles por el consumidor, y que por sus características no requieran inicialmente de la consulta médica. Deben contener información orientativa para el consumidor, describiendo adecuadamente su modo de empleo, las advertencias sobre el uso inadecuado, y debe poder ser leída y ser fácilmente interpretada por las personas (ANMAT, s.f.a).

La participación de los medicamentos OTC en el mercado se mantiene estable hace varios años en torno al 10% (CILFA, 2017, p. 19).

---

<sup>5</sup> En la Disposición ANMAT N° 4980/05 se aprobaron las Normas Generales y Específicas que debe cumplir toda publicidad dirigida a la población en general de especialidades medicinales de condición de venta libre.

<sup>6</sup> Por Disposición ANMAT 9807/2016 se creó Programa de Especialidades Medicinales de Condición De Venta Libre, que tiene como funciones:

1. Asesorar en todos los trámites relacionados con las especialidades medicinales de venta libre; 2. Fomentar la integración, interacción y participación de las áreas técnicas con el área de monitoreo y fiscalización publicitaria de productos para la salud; 3. Proponer y elaborar materiales de difusión y comunicación para la población en general en consonancia con los criterios de la Dirección de Relaciones Institucionales y Regulación Publicitaria; 4. Proponer y elaborar documentos técnicos, guías de recomendaciones, procedimientos internos que optimicen las acciones del Programa; 5. Participar en el diseño y/u objetivos de estudios cualitativos y cuantitativos que permitan ampliar el conocimiento del universo de especialidades medicinales de venta libre; 6. Fomentar la participación del organismo en escenarios nacionales e internacionales que involucren a las especialidades medicinales de venta libre; y 7. Proponer y elaborar normativa vinculada con las especialidades medicinales de venta libre.

### **b. Medicamentos de Venta Bajo Receta**

Corresponde la condición de "Venta Bajo Receta" a todas aquellas especialidades medicinales y medicamentos industriales que son susceptibles de ser despachados con prescripción médica más de una vez. Sólo pueden adquirirse en las farmacias si se cuenta con una receta médica que lo indique y está prohibida toda forma de anuncios al público.

A diferencia de las recetas archivadas, en este caso las recetas no se archivan. Entonces, si el paciente paga en efectivo y sin usar cobertura de alguna prestadora de salud, no quedan registros de dicha compra. Si en cambio se hace a través de un "tercer pagador" (prepaga, obra social), la receta es retenida en la farmacia con fines administrativos y de liquidación.

Son también llamados medicamentos ambulatorios o éticos. Si se analizan las ventas del mercado farmacéutico argentino ético y OTC, la participación de este segmento alcanza el 90% del mercado<sup>7</sup>.

### **c. Medicamentos de Venta Bajo Receta Archivada**

Corresponde la condición de "Venta Bajo Receta Archivada" a todas aquellas especialidades medicinales y medicamentos industriales constituidos por principios activos que por su acción sólo deben ser utilizados bajo rigurosa prescripción y vigilancia médica, por la peligrosidad y efectos nocivos que un uso incontrolado pueda generar.

En términos generales, incluye a todas las sustancias contenidas por los psicotrópicos y los estupefacientes, que son aquellas que actúan sobre el sistema nervioso central, ya sea excitándolo o deprimiéndolo<sup>8</sup>. Por ejemplo, hipnóticos, sedantes, antidepresivos, anticonvulsivantes, etc.

---

<sup>7</sup> Incluye los medicamentos bajo receta archivada y bajo receta y decreto, siempre y cuando sean vendidos a través de las farmacias.

<sup>8</sup> • Psicotrópico: cualquier sustancia natural o sintética, capaz de influenciar las funciones psíquicas por su acción sobre el Sistema Nervioso Central (SNC).

• Psicofármaco: todo producto farmacéutico compuesto por sustancias psicotrópicas, utilizado como objeto del tratamiento de padecimientos psíquicos o neurológicos.

• Estupefacientes: toda sustancia psicotrópica, con alto potencial de producir conducta abusiva y/o dependencia (psíquica/física, con perfil similar a morfina, cocaína, marihuana, etc.), que actúa por sí misma o a través de la conversión en una sustancia activa que ejerza dichos efectos.

Generalmente, el uso de un psicotrópico puede traer como consecuencias cambios temporales en la percepción, ánimo, estado de conciencia y comportamiento. Pueden ser de tipo estimulantes, antipsicóticos, tranquilizantes, entre otros. Por



Tanto los psicotrópicos como los estupefacientes, denominados internacionalmente como “sustancias controladas” son estrictamente fiscalizadas por el Estado (ANMAT), a través de las Leyes nacionales 19.303 (psicotrópicos) y 17.818 y 23.737 (estupefacientes). La prescripción de las especialidades medicinales que las contuvieren en su formulación debe realizarse en recetarios oficiales, tal cual lo establecido en las leyes nacionales específicas antes mencionadas. Asimismo, su comercialización deber realizarse a través de la documentación oficial correspondiente, los “vales oficiales” (ANMAT, s.f.b) y se realiza una receta por duplicado.

#### **d. Medicamentos de Venta Bajo Receta y Decreto**

La condición de "Venta Bajo Receta y Decreto" corresponde a todas aquellas especialidades medicinales y medicamentos industriales que por la naturaleza de los principios activos que los integran, se encuentran comprendidos dentro del régimen de los decretos números 126.351, del 19 de febrero de 1938, y 130.827, del 17 de setiembre de 1942, y de las Resoluciones Ministeriales que en su consecuencia, y por la aplicación de los Convenios Internacionales de las que el país es parte sobre la fabricación, circulación y expendio de las sustancias toxicomanígenas, deben quedar sometidos a un control oficial. En este caso la venta se realiza bajo recetario oficial por triplicado.

### **3.2 Clasificación de los medicamentos según Originalidad**

Esta clasificación busca diferenciar a aquellos medicamentos que son originalmente desarrollados por la empresa que los vende (originales), de aquellos que son copias de medicamentos cuyas patentes ya vencieron o por algún motivo no se encuentran vigentes en el país (similares/genéricos). Dentro de los originales puede también diferenciarse aquellos

---

otro lado, los estupefacientes o narcóticos, están relacionados por lo general con el tratamiento y control del dolor. Se dice que estas sustancias tienen un índice terapéutico muy pequeño (ventana terapéutica pequeña): quiere decir que las dosis son muy exactas para cada patología e indicación en particular. Por ejemplo, con una concentración específica se puede producir excitación y con una concentración superior pueden deprimir el SNC. Es por ello, que su indicación y prescripción deben ser realizadas exclusivamente por el profesional médico especialista, y deben ser utilizados bajo estricta vigilancia médica (ANMAT, s.f.b).

con patente vigente (originales con patente) de los que ya la han visto caducar (originales sin patente vigente).

En cuanto a los que representan una copia, en Argentina suele hacerse un mal uso del término “medicamentos genéricos” que se ha instalado, no de forma inocente, a favor de las grandes empresas que invierten mucho dinero en publicidad. La publicidad y promoción es una de sus principales herramientas para fijar precios en un nivel más alto, que conduzca a un margen mayor entre precio y costo marginal, ya que les permite “fidelizar clientes”, haciéndolos valorar más el producto y volviéndolos menos sensibles a las variaciones de precios. Incluso a veces, se utiliza para que los consumidores perciban diferencias absolutamente inexistentes entre productos. También es una práctica común realizar innovaciones superficiales, que pueden simplemente representar una nueva asociación de drogas existentes, pero es presentada como una innovación relevante, para poder realizar grandes campañas de publicidad y promoción, diferenciando exageradamente los productos.

Si bien es cierto que resulta difícil definir qué se entiende por medicamento genérico debido a que los países utilizan diferentes definiciones para los mismos, es una tarea pendiente y urgente comenzar a brindar a los consumidores información más precisa sobre la temática, para disminuir la asimetría de información e información incompleta imperante en este mercado. Este debate se profundizará en el Capítulo 4 de la presente tesis.

Por lo pronto, es importante destacar que la dimensión legal de los medicamentos genéricos está dada por el hecho de que se trata de medicamentos para los que no existen o han caducado los derechos exclusivos de comercialización (patentes).

Suele llamarse laboratorios genéricos a aquellos que destinan gran parte de su producción a la venta a instituciones (hospitales, clínicas, etc.) y que no suelen invertir en publicidad o promoción entre médicos para los medicamentos que se venden por la vía comercial tradicional (la farmacia). Sin embargo, la mayoría de los medicamentos más conocidos por todos, son medicamentos genéricos (o similares), con la diferencia de que algunas empresas productoras invierten enormes cantidades de dinero en promocionarlos (ya sea al público o a los médicos).

Un ejemplo muy sencillo es el del ibuprofeno. Cuando se compra el medicamento IbuFabra de Laboratorio Fabra, en general se sabe que se está comprando un medicamento que no es original. En cambio, cuando se compra un Ibu Evanol del Laboratorio Glaxosmithkline, no suele asociarse que es un medicamento genérico, pero lo es, ya que los desarrolladores originales del ibuprofeno fueron los Laboratorios Boots del Reino Unido en los años 60.

Por lo tanto, para diferenciar entre dos casos como los citados en el ejemplo, no alcanza con identificarlos por si son o no genéricos. Es necesario entonces discriminar entre los *genéricos publicitados* y los *no publicitados*.

Como es lógico, los publicitados suelen tener un precio bastante superior. Y a pesar de tener igual o muy similar composición, los medicamentos más vendidos son los más caros, porque son los más publicitados. Pero esa misma publicidad se hace con la plata de los consumidores que están dispuestos a pagar de más por una marca comercial conocida. En consecuencia, el propio consumidor está financiando lo que invierte el laboratorio para su promoción. Esto se asocia en general con la asimetría que existe en la información por parte de los consumidores, y con cierta fidelidad que algunas marcas comerciales logran generar.

### **3.3 Clasificación de los medicamentos según tipo de Presentación**

Esta clasificación se refiere a la diferencia entre las presentaciones de los medicamentos que son destinadas al canal comercial minorista (farmacia) y aquellas presentaciones llamadas “hospitalarias” que son reservadas para las ventas a instituciones (hospitales, ministerios públicos, etc.). Estas últimas, forman parte de lo que se conoce como “Mercado Institucional”, que incluye “medicamentos de internación” y los mencionados “hospitalarios”. Son adquiridos habitualmente por el sistema de salud estatal (como instituciones hospitalarias), o por clínicas y sanatorios privados, directamente a los laboratorios, a través de licitaciones o concursos de precios. Suelen ser presentaciones con mayor cantidad de unidades y menor valor a granel que las presentaciones vendidas en las farmacias.

### **3.4 Clasificación de los medicamentos según Dinámica de Mercado**

Esta clasificación es la que se utiliza en la jerga del sector, la que guía la mayoría de las discusiones entre el sector público y privado respecto al mercado de medicamentos. Especialmente cuando se debate la regulación del sector, se verá que las diferencias sustantivas entre los tres segmentos hacen necesario que el debate sobre los mismos se aborde de forma diferenciada.

Sin embargo, es poca la bibliografía que pone en evidencia esta división. La mayoría de los trabajos del sector se centran en discutir los primeros dos segmentos (venta libre y ambulatorios) como es el caso de las consultoras privadas (KPMG, BDO, IMS Health) y la mayoría de los Centros de Investigación (CEDES, FIEL). Sin embargo, suelen hacer mención a los medicamentos “biotecnológicos o biológicos<sup>9</sup>” que son los que pertenecen al tercer grupo que se presentará, de Medicamentos de Alto Costo. Pero al ser su mayoría vendidos a través del canal institucional, es poca la información que se tiene de los mismos. Se trata de un segmento relativamente nuevo, y que hace pocos años comenzó a ser más debatido, principalmente al hacerse evidente la tendencia creciente de su oferta y del impacto que genera su financiación.

En línea con el objetivo de analizar las características competitivas y dinámicas específicas de este mercado, la clasificación de los medicamentos según Dinámica de Mercado será la que guíe el presente trabajo.

Teniendo en cuenta que la presente tesis busca aportar al debate sobre la regulación del mercado de medicamentos, esta clasificación que se desarrolla a continuación es la más pertinente. El desarrollo y clarificación de este tipo de clasificación representa en sí misma un aporte importante para sentar las bases de la discusión respecto al mercado de medicamentos en Argentina.

En algunos aspectos, es similar a la clasificación por prescripción (el primer grupo de venta libre es el mismo), pero no deben confundirse. El aporte de este tipo de clasificación es que

---

<sup>9</sup> Los productos biológicos corresponden al grupo 30.02 del NCM, que incluye sangre humana y sangre animal preparada para usos terapéuticos, profilácticos o de diagnóstico; antisueros –sueros con anticuerpos, productos inmunológicos modificados, incluso obtenidos por proceso biotecnológico; vacunas, entre otros (CEPAL, 2013, p. 141).

permite hacer énfasis en las diferentes dinámicas y estructuras que se dan en cada uno de estos submercados, desde el punto de vista de la competencia y la determinación de precios.

Se proponen entonces tres submercados para abordar el análisis del mercado de medicamentos en Argentina: Medicamentos de Venta Libre/OTC/Populares, Ambulatorios/Éticos/Bajo Receta y Medicamentos de Alto Costo (MAC)/Medicamentos Especiales/Biotecnológicos/Biológicos.

#### **a. Medicamentos de Venta Libre/OTC/Populares**

En este submercado es donde se encuentra una mayor competencia, ya que las características se asemejan más a las de un mercado perfectamente competitivo. En la gran mayoría de los casos las patentes de estos medicamentos se encuentran vencidas, por lo que no existen barreras a la entrada desde el punto de vista de la propiedad intelectual, generando en general mercados atomizados. Además, el costo asociado a su producción no demanda importantes costos hundidos, por lo que tampoco allí se encuentra una barrera a la entrada al mercado. El liderazgo de este sector se encuentra dividido entre laboratorios de capital nacional e internacional.

Como se mencionó anteriormente, son los únicos medicamentos de los cuales está permitido hacer publicidad. Sumado a que no se necesita una receta médica para adquirirlos, esto deriva en que el consumidor es el que tiene la decisión final al momento de elegir qué marca comercial adquirir.

Si bien la teoría económica tradicional indica que, dada esta situación, el precio debería ser una importante variable al momento de la toma de decisión del consumidor, lo cierto es que los medicamentos de marca, con precios más elevados, suelen ser los más vendidos. Esto se explica por la alta diferenciación que se realiza de los productos, principalmente mediante inversión en publicidad, lo que genera una alta fidelidad de los consumidores a las marcas comerciales que conocen. Los laboratorios se esfuerzan por diferenciar sus productos para segmentar el mercado y cobrar precios más elevados, ya sea variando la forma farmacológica o mediante nuevas asociaciones de drogas, ayudados con enormes inversiones en publicidad. En el caso de los productos farmacéuticos, la diferenciación de productos tiene lugar

principalmente por causas ligadas a las diferentes drogas o principios activos que se utilizan en las distintas bandas terapéuticas y a las vías de administración, así como también por el uso de diferentes marcas a través de las cuales se comercializan los distintos medicamentos (CNDC, 2016, p. 17).

Por lo tanto, lo que debería funcionar como un mercado con diferenciación horizontal, con alta elasticidad cruzada de la demanda y bajos márgenes de ganancias, funciona en muchos casos como una diferenciación vertical, donde los consumidores perciben una diferencia real de calidad y están dispuestos a pagar un mayor precio por ellos. También hay un alto grado de diferenciación idiosincrática, ya que las diferencias entre las distintas variedades de un medicamento no se asocian con atributos cuantificables, sino con la existencia de marcas, que hacen que dos productos aparentemente iguales sean percibidos de manera distinta por los consumidores.

Este mercado puede asociarse con el tipo de estructura de competencia monopolística anteriormente explicado, donde hay un alto número de oferentes, pero a través de la diferenciación, cada uno tiene el monopolio de su propia marca. Sin embargo, también aquí el análisis debe hacerse por mercado relevante, ya que así se evidencia que existen también en este segmento casos de oligopolios donde las demandas se encuentran concentrada en unos pocos productos.

Esta situación evidencia una falta de información de los consumidores (lejos de la “información perfecta” esperada en un mercado de competencia perfecta) y un evidente fracaso en las políticas de promoción e información respecto a los medicamentos genéricos.

La no cobertura médica de estos medicamentos genera una tensión de intereses entre las autoridades de regulación pública y los gestores privados de salud. Estos últimos, buscan pasar cada vez más medicamentos a esta condición de venta libre ya que cuando lo logran, dejan de ser cubiertos por las obras sociales y prepagas, y se liberan de regulaciones. Sin embargo, desde el punto de vista de la salud pública, aumentar este tipo de medicamentos puede potencialmente incrementar riesgos por mal uso o automedicación irresponsable por parte de los consumidores.

Para concluir, cabe destacar que, a pesar de la tendencia por parte de los consumidores a comprar las marcas más caras, este segmento de medicamentos es el más accesible desde el punto de vista económico.

#### **b. Ambulatorios/Éticos/Bajo Receta**

Este grupo de medicamentos suele llamarse “ambulatorios”, “éticos”, o simplemente de “venta bajo receta”. Se trata de medicamentos que son recetados por profesionales médicos a pacientes ambulatorios, no hospitalizados. Desde el punto de vista de la prescripción, incluye a todos los tipos de medicamentos excepto aquellos de venta libre. Es decir, incluye medicamentos prescritos bajo receta, bajo receta archivada, y bajo receta y decreto.

Como se mencionó anteriormente, estos medicamentos sólo pueden adquirirse en las farmacias si se cuenta con una receta médica que lo indique. Aunque lo cierto es que existen algunos casos de medicamentos que están registrados en la ANMAT como medicamentos de venta bajo receta y, sin embargo, son vendidos en las farmacias sin necesidad de presentar una. Ejemplos de esto son las pastillas anticonceptivas y el ibuprofeno en su concentración de 600mg.

En este segmento, está prohibida toda forma de anuncios al público (Decreto 9763/64, Art. 37), pero no la promoción con los médicos. Los esfuerzos de los laboratorios para legitimar sus estrategias de diferenciación de producto se focalizan entonces en los médicos, que pasan a ser un actor decisivo en la estrategia de venta de los laboratorios y obtienen así un gran poder para direccionar el consumo.

En este segmento los grandes laboratorios nacionales son los líderes. También en este grupo la mayoría de las patentes están vencidas, lo que ha permitido a la industria nacional el constante desarrollo de copias a nivel local. Aunque suelen existir diferentes ofertas de la misma droga, la porción de mercado que las grandes empresas captan suele ser muy grande comparado con las PyMEs del sector, generando sub-mercados altamente concentrados.

En muchas bandas terapéuticas, si bien no se dan monopolios, se encuentra una empresa líder, a la cual el resto de las empresas de menor peso siguen. Por lo que su poder en la determinación de los precios es elevado.

Existen varias particularidades de este segmento que se analizarán en detalle en el siguiente capítulo. Pero en líneas generales, se trata de un segmento donde el mercado y los submercados tienden a tener estructuras oligopólicas y actuar de forma colusiva, ayudados por diferentes instrumentos como las empresas mandatarias y la baja efectividad de la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico

### **c. Medicamentos de Alto Costo (MAC)/Medicamentos Especiales/Biotecnológicos/Biológicos**

Se trata de medicamentos oncológicos, para el HIV, Hepatitis C, etc., en su mayoría medicamentos biotecnológicos, que llegan a salir cientos de miles de dólares al año por paciente. Las tendencias a nivel mundial indican que hay una demanda creciente de estos nuevos medicamentos, por lo que el impacto de su financiación puede derivar en la crisis del sistema de salud público y privado si no regula su compra.

En general, el paciente nunca paga estos medicamentos, sino que lo cubre su prepaga u obra social, o el Estado si el paciente no tiene cobertura. Pero como el Estado, a través de la Superintendencia de Servicios de Salud, reintegra a los privados parte de sus gastos en estos medicamentos<sup>10</sup>, los precios de este segmento impactan siempre de forma directa en las arcas públicas.

---

<sup>10</sup>A través de la Resolución 1200/2012 se creó el Sistema Único de Reintegros (S.U.R.) para la implementación y administración de los fondos destinados a apoyar financieramente a los Agentes del Seguro para el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia y alto impacto económico y las de tratamiento prolongado, y se limita la vigencia temporal de Normas APE (Administración de Programas Especiales). Este sistema, administrado por la Superintendencia de Servicios de Salud, se encarga de la tramitación de los reintegros de las prestaciones realizadas por los Agentes del Seguro.

A través de la Resolución N° 1561/2012, se crea el procedimiento para autorización de reintegros del sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes, rectificándose las Resoluciones N° 1200/2012 SSSalud y N° 9486/2003 del APE. Esta norma fija los casos en los que el Fondo Solidario va a reintegrar por el uso de las prácticas y medicamentos en cuestión. Asimismo, dispuso que los Agentes del Seguro de Salud que tramitaran reintegros por prácticas y medicamentos definidos como Tecnologías Sanitarias Emergentes requerirían, en forma previa a su presentación en el S.U.R., la correspondiente solicitud de evaluación y autorización por ante la Gerencia de Gestión Estratégica. (Martínez y Timor, 2014, p. 20).



Son medicamentos que se venden bajo receta, en alguna de sus variantes, y suelen entregarse en las mismas instituciones o a través de las farmacias o droguerías. Son pocos los casos en los que un paciente los compra directamente, pero en esos casos son comprados a través de las farmacias.

En este segmento es donde mayor prevalencia de patentes se encuentra, por lo que no es raro encontrar mercados monopólicos. Y aun cuando la patente ha vencido, debido al nivel de complejidad de los mismos, suele encontrarse pocos oferentes (oligopolios), en particular para las drogas más novedosas y complejas. Esta situación deja poco margen de elección para los médicos y financiadores, en quienes se focaliza la promoción.

Tanto en los medicamentos de venta libre como bajo receta, se puede asumir que la demanda se encuentra atomizada. En los MAC, sin embargo, pueden encontrarse casos donde hay monopsonio u oligopsonio, ya que la demanda se encuentra concentrada en el Estado.

Predominan aquí los grandes laboratorios internacionales, que son los que mayores inversiones realizan en Investigación y Desarrollo (I+D), ya que la competencia está vinculada a la innovación. Sin embargo, en aquellos medicamentos que ya perdieron el derecho de patente, puede encontrarse mayor oferta, incluso de laboratorios nacionales.

Otro aspecto a tener en cuenta, destacado por los especialistas (Hamilton, Lifschitz y Tobar, 2010) es que los medicamentos en cuestión son de incorporación muy reciente y, si bien han superado formalmente las etapas de investigación (ensayos clínicos fase III) que habilitan su registro por parte de las agencias regulatorias, la experiencia todavía es escasa para poder afirmar cuál es la ganancia de vida que otorgan y en qué condiciones de calidad. Al respecto, la literatura disponible suele destacar los beneficios en términos de eficacia, pero lo cierto es que en muchos casos los seguimientos todavía son cortos (evaluación de la efectividad, estudios de fase IV y de evaluación económica).

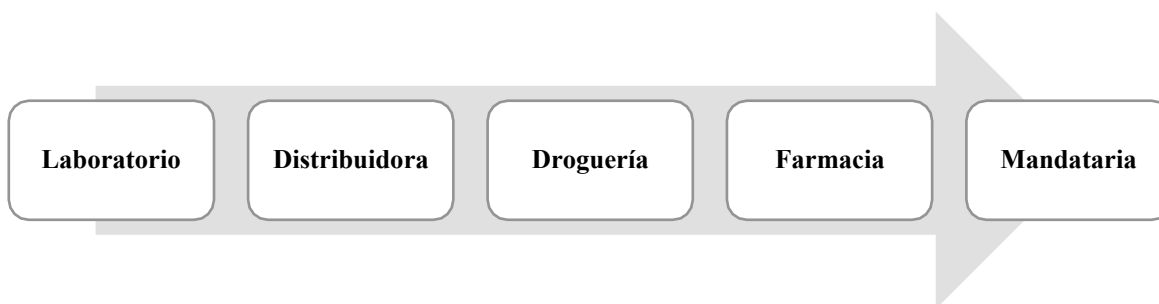
Este segmento se encuentra liderado por las grandes multinacionales, quienes realizan inversiones multimillonarias para promover su prescripción. Al respecto, los especialistas advierten que en América Latina “esta dinámica particular de los medicamentos especiales introduce problemas adicionales:

- Precios abusivos. En muchos casos los medicamentos especiales o de alto costo ingresan al mercado local a precios superiores a los que se aplican en los países desarrollados.
- Dilemas bioéticos. En la medida que hay población que no accede a los medicamentos esenciales para tratar enfermedades de alta prevalencia y bajo costo se plantea la siguiente cuestión. ¿Cuántos tratamientos con medicamentos esenciales se podrían cubrir con el costo de un tratamiento con productos especiales?
- Dilemas de seguridad y eficacia. Los medicamentos esenciales son productos de calidad y seguridad suficientemente comprobada que además se comercializan a precios asequibles. Por el contrario, los productos especiales por lo general no cuentan con suficientes avales científicos que garanticen su seguridad y eficacia. Se desconocen complicaciones y efectos adversos y en algunos casos configuran tratamientos experimentales” (Hamilton, Lifschitz y Tobar, 2010).

### **3.5 Cadena productiva para medicamentos de venta al público**

En el caso de los medicamentos de venta al público (venta libre y ambulatorios), la cadena comercial comienza con los laboratorios, luego las droguerías y por último las farmacias, con intervención en el medio de las distribuidoras y mandatarias.

Los laboratorios son los productores de los medicamentos, y algunos de sus insumos principales son los principios activos y reactivos. Los laboratorios venden a las droguerías, y contratan servicios de distribuidoras para transportar sus medicamentos hasta las mismas a lo largo del país. Luego, las droguerías venden a las farmacias, que son las únicas autorizadas para vender medicamentos al público, a quienes abastecen generalmente dos veces al día. Se integra a las mandatarias también a este esquema, porque son las encargadas de las liquidaciones, en todas las ventas vinculadas a Agentes de Seguros de Salud (prepagas, obras sociales).



Pero no todos los eslabones tienen la misma capacidad de negociación, sólo los laboratorios tienen una influencia real en la determinación del precio y son los que ejercen el comando económico de la cadena, ya que tanto las droguerías como las farmacias agregan márgenes fijos sobre el precio de salida de laboratorio (PSL). Esto se debe a que existen en este sector prácticas “establecidas”, que “de hecho” son así hace muchos años respecto a los márgenes que cada eslabón debe adicionar. No hay ninguna regulación respecto a esta dinámica, pero dado el poder que ejercen los laboratorios en la cadena productiva, ningún actor realmente cuestiona el funcionamiento y aunque lo hagan, no tienen suficiente poder para cambiarlo.

### 3.5.1 Laboratorios Farmacéuticos

Los laboratorios farmacéuticos en el país pueden agruparse en tres grandes categorías según sus estrategias de posicionamiento (CEP, 2008) (MENCYT, 2017, p. 6):

- *Laboratorios multinacionales*: en términos generales estos laboratorios han optado por la estrategia de tercerizar la producción y/o manejarse con el otorgamiento de licencias de producción a laboratorios nacionales. Varias de estas firmas han dejado de fabricar en el país, y las que han permanecido se dedican a la producción de pocas líneas de medicamentos a nivel regional e importan el resto de los productos comercializados localmente. Suelen nutrirse de los nuevos desarrollos realizados en las casas matrices, y los avances tecnológicos que realizan quedan acotados a mejoras en formulaciones.
- *Laboratorios de capitales nacionales de mayor tamaño relativo*: su estrategia se basa principalmente en la elaboración de productos de marca (similares o genéricos de marca, que para el presente trabajo se incluyen en la categoría de “genéricos publicitados”). Sus innovaciones suelen estar vinculadas a la formulación de nuevos productos, en base a drogas

existentes y con patente vencida, y algunos de los laboratorios que lideran este segmento, han logrado internacionalizar su producción.

- *Laboratorios de historia más acotada (cobran relevancia a partir de la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico y son también llamadas “Laboratorios generistas”)*: en su mayoría son de capitales nacionales y producen a una escala menor. En sus comienzos producían, en general, medicamentos similares sin marca, pero en los últimos años, algunos han modificado parte de su estrategia de comercialización y la han reorientado a los productos con marca comercial. Gran parte de su posicionamiento en el mercado se basa en la competencia vía precios y han logrado insertarse en el mercado mundial (principalmente en América Latina).

Los laboratorios suelen operar a través de sus cámaras, que son principalmente 4:

Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (**CILFA**): nuclea a casi la totalidad de los principales laboratorios nacionales.

Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (**CAEMe**): representa a los principales laboratorios multinacionales.

Cooperativa de Provisión y Crédito de Laboratorios Argentinos de Especialidades Medicinales (**COOPERALA**): nuclea principalmente medianos y pequeños laboratorios nacionales.

Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de uso Hospitalario (**CAPGEN**): representa a los laboratorios “generistas” o de “segundas marcas”.

Las primeras tres son las más importantes y las que en conjunto suelen ser referidas como “La Industria Farmacéutica” o simplemente “La Industria”. También existe la Cámara Argentina de Medicamentos de Venta Libre (**CAPEMVel**), integrada por empresas nacionales e internacionales, que participan en el mercado argentino de medicamentos de venta libre. Sin embargo, esta cámara no juega un rol importante para los temas centrales de la presente tesis. Tampoco tiene un peso importante en las negociaciones del sector, ya que apunta a un segmento acotado y quienes se encuentran asociados a esta, están por lo general

asociados también a alguna de las previamente nombradas cámaras, que son las más representativas del sector.

### **3.5.2 Distribuidoras**

Las distribuidoras como actores importantes en la industria farmacéutica aparecen durante los años '90 y son creadas por los principales laboratorios del mercado. Esta etapa marcó un proceso de integración y concentración vertical para ellos, que les permitió incrementar su poder de negociación con los demás actores de la industria. Particularmente con las droguerías, que vieron su poder sustancialmente desplazado por las distribuidoras, permitiéndoles a estas negociar precios más ventajosos para los laboratorios o evitar las droguerías para vender sus productos directamente a las farmacias (AAPM, 2012, p. 48).

Las principales distribuidoras son (AAPM, 2012, p. 48):

. Rofina, creada en 1962 por Roemmers, que adquiere un papel significativo a partir de los '90 cuando comienza a distribuir los productos de firmas como Aventis, Novo Nordisk, Roche, Investi Pharma, entre otros.

. Disprofarma, creada en 1978 por Bagó, adquirió un papel significativo a partir de los años '90 cuando Bagó cedió una parte de sus acciones (50%) y pasó a ser la propiedad conjunta de Bagó Gold, Sielecki y Sigman. A datos del 2015, esta distribuidora aún tiene como principales accionistas a Bagó (50%) y tiene al laboratorio ELEA como un accionista menor (cerca del 9%).

Y en un segundo plano:

. Farmanet, creada en 1996, propiedad de dos laboratorios nacionales (Gador y Casasco) y de tres laboratorios multinacionales (Novartis, Boehringer y Bayer).

. Globalfarm, también creada en los años 1990 a partir de laboratorios esencialmente estadounidenses. La información recopilada en entrevistas realizadas durante los años 2014 y 2015 muestra a los siguientes laboratorios como accionistas, todos en iguales proporciones: Bristol-Myers Squibb S.R.L., Glaxo Wellcome Farmaceutica, Pharma Argentina, Laboratorios Temis Lostaló, Schering Plough y Merck Sharp & Dohme.

Esta situación, garantiza a los laboratorios, en particular a los que son dueños de estas distribuidoras, disponer de un fuerte poder de negociación para mantener sus niveles de ganancias, pero también de impedir la entrada en el mercado de nuevos actores y así garantizar su situación de cuasi monopolio en este eslabón del mercado (AAPM, 2012, p. 49).

### **3.5.3 Droguerías**

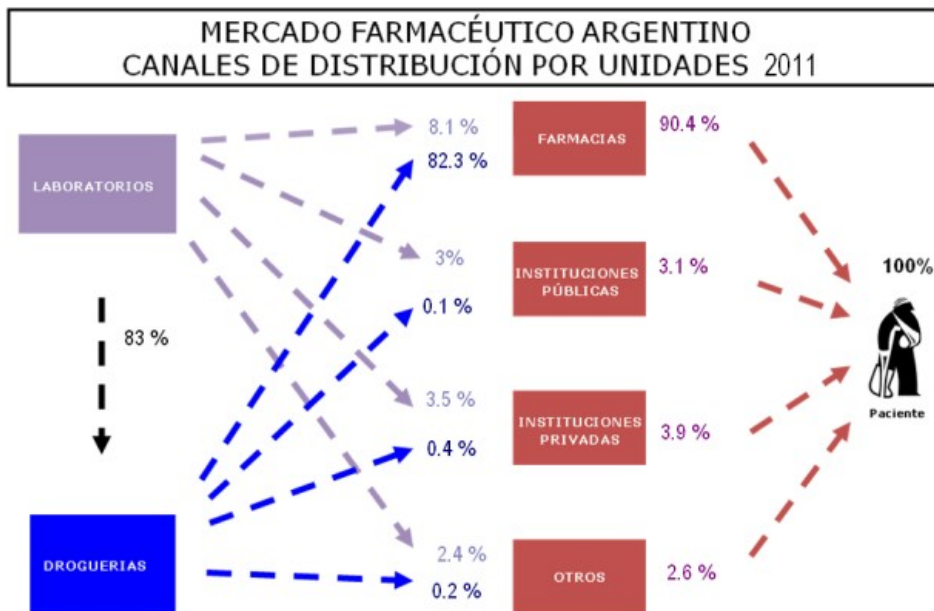
Actúan de intermediarias entre los laboratorios y las farmacias, cumpliendo una función logística y administrativa. Elaboran un stock y distribuyen los medicamentos en base a los pedidos que realizan las farmacias. Es decir, son los operadores logísticos de los medicamentos. En ANMAT hay registradas 1.049 droguerías habilitadas para el Tránsito inter-jurisdiccional y 85 Empresas habilitadas como operadores logísticos de medicamentos (CECE, 2017, p. 12).

Las principales droguerías del país son: Droguería del Sud, Droguería Monroe Americana, Droguería Suizo Argentina, Droguería Barracas, Droguería Kellheroff, Droguería Sur y Droguería Mar Jufec. Es también un eslabón altamente concentrado, ya que cuatro droguerías concentran el 70% del mercado (Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, 2016, p. 25). En base a las entrevistas realizadas, se supo que Droguería del Sud se encuentra vinculada al laboratorio Temis Lostaló, mientras que Droguería Monroe Americana tiene al Grupo Roemmers como uno de sus principales accionistas.

Se pueden distinguir 4 tipos de droguerías: i) Integrales: comercializan la gran mayoría de las especialidades medicinales y laboratorios del mercado, con una logística de alto nivel de servicio por celeridad y frecuencias de entregas; ii) Especializadas: dedicadas a medicamentos oncológicos y para tratamientos especiales, principalmente productos de alto costo; iii) De Negocios: droguerías o distribuidoras de nicho, dedicadas a representaciones de laboratorios puntuales, con bajo nivel de stock y servicio; iv) Institucionales: distribuidoras especializadas en la venta a hospitales e instituciones sanitarias, preparadas para participar en licitaciones y concursos de precios (CECE, 2017, p. 13).

Las Droguerías Integrales son las de mayor volumen del mercado. Comercializan con exclusividad los llamados medicamentos “de marca” (son los que se clasifican en esta tesis como genéricos publicitados), por lo que no incluyen como clientes a los laboratorios genéricos, que en general distribuyen por cuenta propia o a través de operadores logísticos que contratan, pero cuentan con una menor frecuencia. Practican lo que se conoce como abuso de poder de mercado por exclusión.

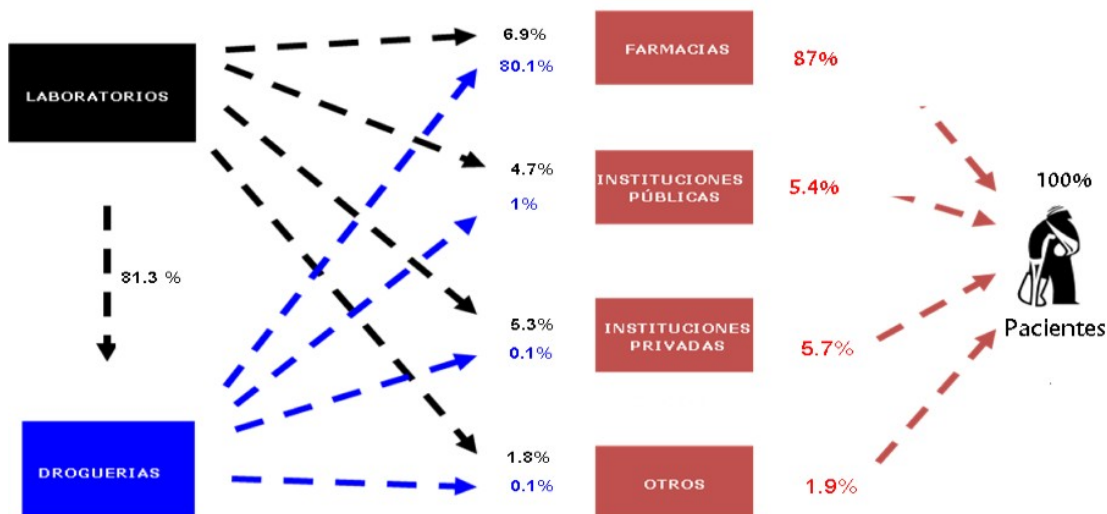
Los siguientes gráficos muestran el destino de las ventas de los laboratorios y droguerías, según valores y unidades:



Nota: Información proporcionada por 71 laboratorios con una participación del 67%

Fuente: IMS Health, 2011, p. 15.

### MERCADO FARMACÉUTICO ARGENTINO CANALES DE DISTRIBUCIÓN POR VALORES 2011



Nota: Información proporcionada por 33 laboratorios con una participación de 40,3%

Fuente: IMS Health, 2011, p. 16.

#### 3.5.4 Mandatarias

Las Mandatarias o Gerenciadoras son empresas conformadas por laboratorios nacionales y multinacionales, dedicadas a la administración y auditoría de convenios de prestaciones de medicamentos ambulatorios para Agentes del Seguro de Salud. Por lo tanto, cumplen un rol fundamental en asegurar el normal funcionamiento del sistema de liquidación de descuentos en medicamentos.

Las dos principales del mercado son Farmalink y Preserfar. La primera, se destaca por gestionar grandes convenios con el Estado como el del PAMI y IOMA.

En el Capítulo 4 de la presente tesis se dará la discusión sobre el rol que estas empresas juegan, y la implicancia de que las mismas empresas que administran los convenios, sean propiedad de los laboratorios, que a su vez forman parte de dichos convenios.



### **3.5.5 Seguros de Salud**

Son agentes cuya principal función consiste en proveer financiamiento a los beneficiarios ante eventuales gastos relacionados al cuidado de la salud. El rol de este actor en la cadena de valor se ubica en los dos últimos eslabones.

Primero, cuando el beneficiario (paciente con cobertura por parte de algún Agente de Seguro de Salud) abona el medicamento en la farmacia, y recibe un descuento sobre el precio final. Luego, cuando una vez realizada la compra, la farmacia envía la información a la empresa mandataria para que la misma sea validada, para que el seguro posteriormente le reintegre el porcentaje del precio que no se cobró al beneficiario. En el siguiente capítulo del presente trabajo se va a describir en detalle dicho circuito.

### **3.6 Formación de precios en la Industria Farmacéutica**


El mercado de medicamentos tiene una característica muy particular y es que todos los medicamentos tienen el mismo precio de venta al público (PVP) en todo el país, es decir, no hay diferenciación geográfica de los productos. Y dichos precios están publicados en diferentes bases de acceso público en internet. La fuente oficial es el Vademécum Nacional de Medicamentos (VNM) de la ANMAT, donde por Resolución 215/2014 de la Secretaría de Comercio los laboratorios tienen la obligación de publicar y actualizar los PVP de los medicamentos. Pero también existen otras fuentes anteriores, y que son aún las utilizadas para las liquidaciones de las farmacias, que son Kairos y Manual Farmacéutico (Alfabet).

Tanto esta característica de tener un “precio único” a lo largo del territorio del país, como la formación del precio que se mostrará a continuación, no se vinculan con legislaciones o disposiciones desde alguna dimensión del Estado, sino con “usos y costumbres” del sector. Los márgenes comerciales “fijos” que se presentan a continuación son una herencia del contexto de la década del 80, donde debido al contexto inflacionario, los márgenes de fijación de precios de los productos estaban así establecidos y no han sido modificados (Boccanera, s.f., p. 2).

Sin embargo, en lo que se refiere a ventas a instituciones, no hay reglas claras como en este canal. Lo mismo pasa en el caso de los MAC, donde si bien algunos medicamentos tienen un precio de referencia publicado, el precio real que se cobra por ellos varía notablemente a lo largo del país, dependiendo de cada acuerdo particular.

Para los medicamentos de venta libre y bajo receta, la formación de precios y los márgenes fijos por eslabón es la siguiente:

ETAPA	PRECIO
Salida de Laboratorio	100
Mayorista (mark up 16%)	116
Farmacia s/IVA (mark up 25%)	145
Farmacia c/IVA – PVP (21%)	175,5



The diagram shows a grey oval callout box with a white border and a grey shadow. Inside the box, the text reads: "El PVP es aproximadamente un 75,5% superior al PSL". A grey arrow points from the '116' price in the 'Mayorista' row of the table to the callout box.

Fuente: DIAR-DIAS en base a BMI, en BDO Argentina, 2013, p. 28.

Suponiendo que el Precio de Salida de Laboratorio (PSL) es \$100, a este precio se aplica un 16% de margen que se quedan las droguerías, llegando este precio teórico a \$116. Si bien las droguerías son el siguiente eslabón después del laboratorio, no se las incluye en este esquema porque no adhieren un margen al precio, sino que funcionan como un servicio que pagan los laboratorios. Por lo que el último eslabón de este proceso de formación del precio son las farmacias, que adhieren un 25%, llegando así a un Precio de Venta al Público (PVP) de \$145 sin IVA y \$175,45 incluyendo el IVA.

El esquema previo muestra un caso donde el paciente no cuenta con obra social y la farmacia no ofrece ningún descuento particular. Este es el esquema que muestra el proceso de formación de precios “teórico” del sector, el que permite identificar los márgenes que cada eslabón suma al Precio de Salida de Laboratorio.

Sin embargo, en los hechos, toda esta cadena se da de otra forma: el laboratorio establece un PVP “sugerido” para cada medicamento que vende, la droguería le compra a ese precio con

un descuento de aproximadamente 39% y luego las farmacias compran a las droguerías a ese PVP con un descuento de alrededor de 31%. Se trata de un mercado “descuentista” donde los márgenes son establecidos sobre el PVP.

En cuanto al esquema de cobertura predominante para la seguridad social, el precio de venta al público también es fijado por el laboratorio, quien luego realiza descuentos sobre el mismo para su venta, y la cobertura (el descuento que se otorga a los pacientes) es compartida entre la farmacia y los Agentes de la Seguridad Social. Éstos utilizan este PVP para establecer sus convenios y para abonar a las farmacias las dispensaciones a sus beneficiarios. Por lo tanto, las droguerías y farmacias deben negociar el margen de su rentabilidad en base a lo preestablecido por el laboratorio, teniendo en cuenta las bonificaciones que le hacen a la Seguridad Social dichas farmacias (CECE, 2017, p. 37).

La Ley de Impuesto al Valor Agregado (Ley N° 23.349), en su art. 7 inciso “f” establece que están exentas de dicho impuesto “las especialidades medicinales para uso humano cuando se trate de su reventa por droguerías, farmacias u otros establecimientos autorizados por el organismo competente, en tanto dichas especialidades hayan tributado el impuesto en la primera venta efectuada en el país por el importador, fabricante o por los respectivos locatarios en el caso de la fabricación por encargo. De allí que, si bien se adiciona el 21% de IVA al Precio Salida Laboratorio, este resulta en un costo que deben absorber las droguerías, sin ser trasladado a las siguientes etapas (farmacias y paciente). Las droguerías compran dichos productos con un descuento preestablecido y fijo del 31% sobre PVP, estableciéndose así el Precio de Droguería (PD) referencial para cada producto. Sobre dicho precio, las droguerías obtienen descuentos adicionales por negociaciones comerciales, del 8% promedio, obteniendo un descuento total alrededor del 39% sobre el PVP.

“El precio de compra de las farmacias (PF) se establece referencialmente con un descuento del 20% sobre el PVP y obtienen descuentos promedios adicionales del 16%, producto de la competencia entre droguerías, por lo tanto, el descuento total para la farmacia promedia el 31% sobre el PVP. Las farmacias a su vez ceden descuentos muy variables a la Seguridad Social, acordados en los diversos Convenios, por ejemplo, con PAMI las bonificaciones varían del 14 al 11% según las regiones y volumen de facturación de las farmacias”. (CECE, 2017, p. 38).

Por lo que cada participante de la cadena conforma su rentabilidad final en referencia al PVP y del resto sus costos directos e indirectos.

“Asimismo, también resultan importantes otros mecanismos de financiación cruzada entre las partes, como por ejemplo:

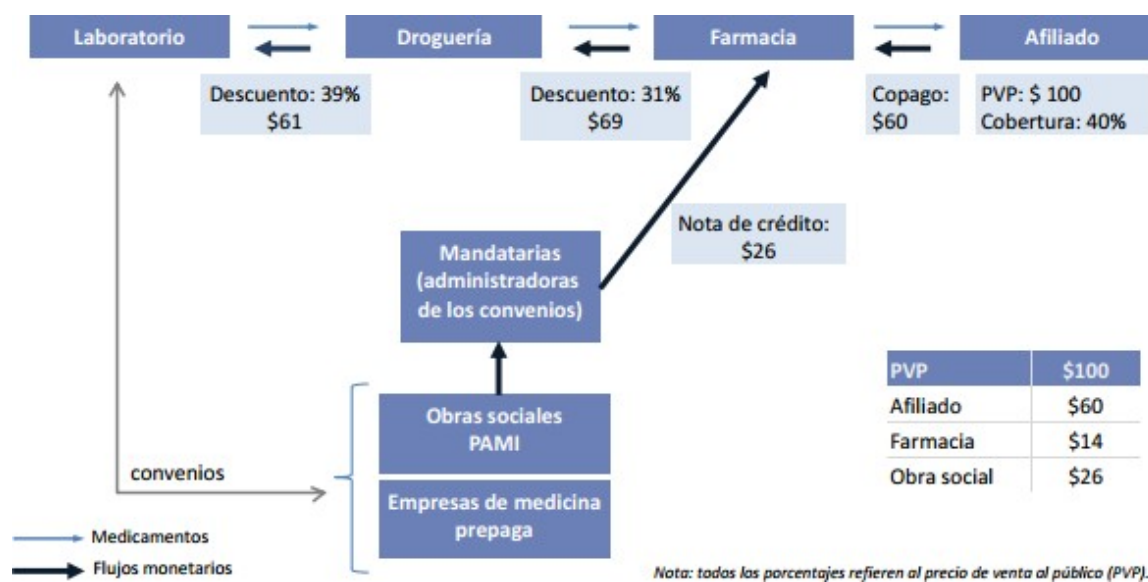
1. descuentos, ofrecidos por farmacias a clientes institucionales y consumidores individuales,
2. descuentos, brindados por laboratorios a los seguros de salud,
3. notas de crédito, otorgadas por los laboratorios (o por las gerencadoras de contratos, en su representación) a las farmacias, para contribuir al mantenimiento de su rentabilidad, y
4. bonificaciones, cedidas por las farmacias a los seguros de salud, como parte de sus estrategias comerciales” (BDO Argentina, 2013, p. 28).

En conclusión, ya sea que se lo vea mediante la adición de márgenes, o mediante los descuentos que se establecen sobre el PVP, siempre son los laboratorios quienes determinan el precio; determinan cuánto ingreso se quedan ellos y cada uno de los actores de la cadena, así como el precio que paga el consumidor. Esta es una de las principales características que demuestran que los laboratorios son los que tienen el comando económico en la cadena. Se conforma además un entramado particularmente perverso en la cual todos los actores tienen sus ingresos dependiendo de los precios de los medicamentos que fijan los laboratorios, por lo cual, si bien las determinaciones las toman los laboratorios, todos los actores de la cadena buscan que los medicamentos tengan el máximo precio posible.

En cuanto a la forma en que se determina el PSL, no existen fuentes que permitan establecer un esquema teórico definido y los laboratorios muestran una alta resistencia a hacer públicas sus estructuras de costos. Pero se verá a lo largo de esta investigación, al tratarse de un mercado con varias fallas de mercado, existen elementos suficientes para suponer que estos precios se encuentran lejos de los costos marginales de producción, estableciendo altos márgenes de ganancia. Por otra parte, se debe destacar que, cuando un paciente con cobertura de salud compra un medicamento en la farmacia, recibe un 40% de descuento sobre el PVP. Pero no es la prestadora de salud quien cubre el total del porcentaje, sino que también los laboratorios y las farmacias aportan al descuento. La distribución de ese 40% de descuento

varía, no es fija, pero en general los valores rondan entre un 15-20% cubierto por las prestadoras de salud, 10% el laboratorio productor y 10-15% la farmacia. El “aporte” que los laboratorios destacan todo el tiempo que hacen, se vincula con los descuentos sobre el PVP mencionados.

El siguiente esquema permite esclarecer el flujo monetario a lo largo de la cadena<sup>11</sup>:



Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, 2015, p. 6.

<sup>11</sup> En el Anexo 2 de la tesis se profundiza el análisis de forma de pago entre el PAMI y las farmacias.

#### **Capítulo 4: Características específicas del Mercado de Medicamentos Ambulatorios en Argentina**

En esta sección se va a profundizar el análisis del mercado de los medicamentos incluidos en el segmento de *medicamentos ambulatorios*. Se trata de uno de los principales aportes de la presente tesis, que se propone presentar un análisis integral que permita comprender este submercado en toda su complejidad, y no tomando la foto final de cantidad de medicamentos ofrecidos al público como único dato. En este sentido, se va a ahondar en el rol que juegan las farmacias, se va a abordar el principal convenio de medicamentos que existe en el país (Convenio PAMI) que explica una importante porción de la demanda de estos medicamentos, y se va a intentar desentrañar el rol que juegan las mandatarias en todo este circuito.

Como se adelantó previamente, estos medicamentos sólo pueden adquirirse en las farmacias si se cuenta con una receta médica que lo indique. Su publicidad está prohibida al público por lo que los esfuerzos de los laboratorios para legitimar sus estrategias de diferenciación de producto se focalizan entonces en los médicos, que pasan a ser un actor decisivo en la estrategia de venta de los laboratorios y obtienen así un gran poder para direccionar el consumo. Esta situación lleva a los laboratorios a realizar importantes inversiones en la contratación de visitantes médicos, a cargo de promocionar sus productos, así como en regalos (viajes a conferencias, bienes, etc.) para los médicos. Estos últimos se ven influenciados entonces por intereses personales a la hora de hacer una receta. Y como se verá más adelante, esta situación se ve potenciada si se tiene en cuenta que los laboratorios a través de la mandataria Farmalink tienen acceso a la información de qué medicamentos es recetado por cada médico.

Por lo tanto, el consumidor final, si bien compra el medicamento, no suele ser realmente quien toma la decisión del bien a adquirir. En la relación médico-paciente opera la teoría del principal y agente porque el médico realiza el diagnóstico en base a síntomas del paciente. El médico (agente) tiene un poder delegado por el paciente (principal) para solucionar un problema de especificación incompleta, en una típica relación principal-agente (Bramuglia, Abrutzky y Godio, 2012, p. 21).

Aunque por Ley la receta debe indicar el nombre genérico del medicamento<sup>12</sup>, la misma suele indicar también (o incluso únicamente) una marca comercial determinada. Y dado que el grado de sustitución entre la marca recetada por los médicos y alguna otra alternativa es muy bajo, se considera que el consumo suele estar “inducido” por los profesionales de la salud que cumplen el rol de la prescripción. Por lo tanto, la elección de la especialidad medicinal es por lo general hecha por el médico, comprada por el paciente, y financiada por el mismo o en forma conjunta con su prestadora de salud, en el caso que posea una. Esto constituye una distorsión adicional denominada “el tercer pagador”. En general, el paciente tiene insuficientes conocimientos acerca de la naturaleza de su enfermedad y de los posibles tratamientos para la misma, lo que le otorga al médico un gran poder de comportamiento oportunista según la Teoría de la Agencia (Pauly, 1980; Robinson, 1997; Vasallo, Sellanes y Freylejer, 2003 en Bramuglia, Abrutzky y Godio, 2012, p. 20).

Se comenzará esta sección abordando el debate respecto a los “medicamentos genéricos”. A pesar de que se trata de una temática transversal a todos los tipos de medicamentos, es en este segmento donde cobra mayor relevancia su discusión, ya que justamente aparece el rol de los profesionales de la salud (médicos y farmacéuticos) y las legislaciones nacionales (Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico, restricciones publicitarias, etc.) como puntos clave para la regulación de los mismos.

Aunque el proceso de formación de precios con márgenes fijos es igual para los medicamentos de venta libre y aquellos bajo receta, la principal diferencia es que en el segundo caso entran en juego todos los procesos de validación y liquidación de las recetas. Aquí es donde las farmacias toman un rol protagónico y de mayor complejidad y es por esto que el estudio de las mismas se encuentra incluido en esta sección. A su vez, un análisis más detallado del mecanismo de financiación del sistema permitirá echar luz sobre el abuso de poder por parte de los laboratorios sobre las farmacias.

Se continuará luego con el estudio del rol de las mandatarias, en especial de Farmalink, cuya influencia en el mercado es enorme y es constante y deliberadamente silenciada por los grandes laboratorios. Se trata de la más importante mandataria del sector, y es propiedad de

---

<sup>12</sup> Ley 25.649 de “Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico”. Su análisis de profundiza en el Capítulo 4 de la presente tesis.

los principales laboratorios, por lo que estos tienen acceso a una enorme y valiosa cantidad de información que se obtiene a través de la misma. Esto genera una enorme asimetría de información con otros laboratorios y con el resto de los actores del sector. Y es ésta una de las principales características que los termina de posicionar como comandantes del sector, ya que cuentan con una gran cantidad de información sobre ventas y circulación de los medicamentos en el país. Información que no sólo no poseen otros eslabones del sector como las droguerías y las farmacias, sino que tampoco el propio Estado tiene. Se optó por explicar el rol de las mandatarias recién a esta altura del trabajo, ya que para una mejor comprensión del mismo es necesario tener un panorama completo del mercado y sus actores.

Una vez abordado este debate, se pasa a discutir sobre la literatura escrita al respecto y se analizan los principales informes del sector. Por último, y como puntapié para la cuarta parte de la tesis donde se esboza una propuesta de regulación del mercado, se analiza la historia reciente de la regulación de precios en el mercado de medicamentos en Argentina.

#### **4.1 Medicamentos genéricos**

Antes de comenzar el debate sobre el término “medicamentos genéricos” y todas sus variantes, es fundamental introducir algunas definiciones previas. Para comenzar, es importante aclarar que la *equivalencia farmacéutica* entre dos medicamentos se demuestra verificando que el fabricante implemente, adecuadamente, las Buenas Prácticas de Manufactura (BPM) y las Buenas Prácticas de Control de Calidad (BPCC) en su laboratorio; que el producto cumpla con las especificaciones de controles fisicoquímicos exigidos para el producto en la farmacopea y/o textos oficiales adoptados en el país; y que las características relativas a la forma de dosificación, dosis e indicaciones de uso rotuladas sean equivalentes a las del innovador. La *equivalencia terapéutica*, por otra parte, se determina mediante los estudios de bioequivalencia (Tobar, 2007, p. 17).

Al respecto, en la Disposición ANMAT N°3185/99 se establece:

Equivalente Farmacéutico: Dos especialidades medicinales son equivalentes farmacéuticos si contienen la misma cantidad de principio activo, en la misma forma farmacéutica, están destinados a ser administrados por la misma vía y cumplen con estándares de calidad



idénticos o comparables. Sin embargo, la equivalencia farmacéutica no necesariamente implica equivalencia terapéutica ya que diferencias en los excipientes, en el proceso de elaboración, u otras pueden determinar disparidades en el comportamiento de los productos. (OMS).

Equivalencia Terapéutica: Dos especialidades medicinales son equivalentes terapéuticos cuando siendo alternativas o equivalentes farmacéuticos y después de la administración en la misma dosis molar, sus efectos con respecto a la eficacia y seguridad resultan esencialmente los mismos, luego de estudios apropiados (de bioequivalencia, farmacodinámicos, clínicos o in-vitro) (OMS).

A su vez, si dos especialidades farmacéuticas cumplen las pruebas de bioequivalencia, se asume entonces que son intercambiables, es decir, una de ellas puede sustituir a la otra en el tratamiento de una enfermedad o síntoma en un paciente concreto. El medicamento genérico, por su parte, está sometido sólo a un desarrollo clínico simplificado (en comparación con el innovador), ya que se le puede aplicar la experiencia correspondiente al fármaco innovador (Abrutzky, Bramuglia y Godio , 2008, p. 10).

**Medicamento innovador** (también llamado original, de referencia o monopólico): es aquel medicamento debidamente habilitado como tal por la autoridad sanitaria nacional, cuya eficacia y seguridad terapéutica ha sido científicamente comprobada por su uso clínico y comercializado en el país por un laboratorio innovador (Ley 25.649, Art. 4).

**Medicamento similar**: producto de características semejantes al medicamento innovador u original, comercializado luego de la expiración de la patente. Tiene las mismas características en lo que respecta a principios activos, vías de administración, posología, indicaciones, contraindicaciones, precauciones, advertencias, reacciones adversas, pruebas de disolución, entre otras; pudiendo diferir en tamaño y forma, excipientes, período de vida útil, envase primario (Disposición ANMAT N° 3185/99).

En cuanto a la definición de “medicamentos genéricos”, esta no se encuentra en las regulaciones argentinas claramente definida. Pese a que se reconoce que hay discrepancias en torno a su definición, la concepción clásica establece que medicamento genérico es el que

se comercializa después de la caducidad de la patente que lo cubre (Vacca González, Fitzgerald y Bermúdez, 2006, p. 317).

**Medicamento genérico:** es un producto farmacéutico comercializado después de la fecha de expiración de la patente con las mismas características del similar, pero habiendo comprobado su eficacia a través de estudios (bioequivalencia, fármacodinámicos, clínicos o in-vitro) que garanticen que sus efectos son equivalentes a los del medicamento original (MECON, 2015, p. 21).

Dado que el término producto genérico tiene diferentes significados en distintas jurisdicciones, la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda ya desde 1996 que se utilice el término “producto de fuentes múltiples” en su lugar. Adicionalmente, recomendó el término “producto genérico” para referirse a los productos farmacéuticos intercambiables con el producto innovador, que se fabrican sin licencia de la empresa innovadora tras haber vencido la patente u otros derechos de exclusividad. En 2006, amplió esa definición e indicó que los productos de fuentes múltiples son equivalentes farmacéuticos (contienen la misma cantidad de principio activo) que pueden o no ser equivalentes terapéuticos<sup>13</sup>. Mientras que los productos farmacéuticos de fuentes múltiples que son equivalentes terapéuticos, son intercambiables (Vacca González y otros, 2006, p. 319). Es decir, que dos productos sean equivalentes farmacéuticos, no implica que sean intercambiables. Pueden contener el mismo principio activo en igual cantidad, pero al no ser sus efectos terapéuticos equivalentes (o al menos no probadamente), no son sustituibles.

La oferta de productos farmacéuticos de Argentina se encuentra dividida en dos grandes grupos:

a) Productos innovadores (también llamados “originales”, “de referencia” o “monopólicos”), que pueden haber sido desarrollados por el laboratorio productor, o que el laboratorio innovador otorgó una licencia al laboratorio productor. Dentro de los originales puede también diferenciarse aquellos con patente vigente (originales con patente) de los que ya la han visto caducar (originales sin patente vigente); y

---

<sup>13</sup> Se recuerda que para ser equivalente terapéutico deben ser equivalentes farmacéuticos y que, tras la administración en la misma dosis molar sus efectos con respecto a la eficacia y seguridad resultan esencialmente los mismos. Para esto se realizan estudios como el de bioequivalencia.

b) Productos multifuentes. Los productos multifuentes incluyen a los similares (sin pruebas de bioequivalencia) y a los genéricos (con pruebas de bioequivalencia). Dentro de los productos multifuentes, hay medicamentos con marca y otros sin marca. En general, los que tienen marca son los que pertenecen a grandes laboratorios y son masivamente publicitados y promocionados. De allí la confusión del consumidor, que suele confundir a los medicamentos (genéricos o similares) “de marca” o “publicitados” con los medicamentos innovadores, cuando en realidad se trata de copias.

La particularidad del mercado argentino es que allí circulan medicamentos genéricos y similares casi indistintamente, sin que el consumidor pueda saber que uno es similar y el otro genérico, ya que el organismo regulador de medicamentos (ANMAT) sostiene que no todos los medicamentos requieren pruebas de bioequivalencia<sup>14</sup> para poner en práctica la sustitución genérica. Esto se debe a que, en Argentina, se buscó avanzar hacia la garantía de la calidad de todos los productos que circulan en el mercado y habilitar la sustitución de todos aquellos que contengan el mismo principio activo en la misma cantidad y dosaje<sup>15</sup>.

Lo que se hizo a partir de la Ley 25.649 de 2002 (“Ley de genéricos”), es que, en lugar de distinguir los medicamentos genéricos de los similares, se los equipara. Y en lugar de crear un nuevo mercado de medicamentos genéricos, se logra que todos los productos compitan por su precio. Por lo tanto, se habilita a los farmacéuticos a sustituir el medicamento prescripto en la receta cuando el principio activo es idéntico y la presentación equivalente (en número de dosis) (Tobar, 2007, p. 21). La Ley no regula la producción según normas de calidad internacional y no exige cumplir controles de bioequivalencia y biodisponibilidad que garanticen su intercambiabilidad, sino que sólo obliga al profesional médico a prescribir por principio activo o DCI.

Por lo tanto, en Argentina no suele diferenciarse entre similares y genéricos, básicamente porque para ello habría que ponerse a diferenciar entre los que están en el listado de medicamentos a los que se les exige bioequivalencia y los que no. Y a los fines de esta tesis, esa distinción no es fundamental. Es decir, no resulta útil distinguir entre medicamentos

---

<sup>14</sup> Dado el elevado costo de estos estudios, ANMAT exige estas pruebas solo a copias de medicamentos que impliquen el tratamiento de enfermedades de alto riesgo sanitario (MECON, 2015, p. 21).

<sup>15</sup> Pero en aquellos medicamentos que sí necesitan prueba de bioequivalencia, esta es obligatoria y de no ser aprobada por el fabricante, se le niega el registro y/ o se lo retira del mercado. (Tobar, 2007, p. 18).

multifuentes intercambiables (genéricos, con equivalencia terapéutica demostrada) y medicamentos multifuentes similares (sin equivalencia terapéutica demostrada), ya que lo que se quiere destacar acá es la diferente estrategia comercial y perfil de negocio de los laboratorios.

Retomando la advertencia destacada durante la caracterización del sector, en Argentina suele hacerse un mal uso del término “medicamentos genéricos”. Se llama por este nombre a aquellos medicamentos que no tienen una marca comercial o que no son publicitados/promocionados. Sin embargo, la mayoría de los medicamentos más conocidos por todos, son medicamentos genéricos o similares, ya que son copias de medicamentos que fueron innovados por otro laboratorio. La diferencia radica en que algunas empresas productoras invierten enormes cantidades de dinero en promocionarlos (ya sea al público o a los médicos) y otras no.

Las pruebas que realiza la ANMAT para otorgar la autorización, se resumen en verificar si el nuevo medicamento contiene el principio activo en cantidades similares a las del original. No existe por lo tanto en todos los casos, una instancia donde el medicamento similar deba demostrar bioequivalencia respecto al original. La no existencia de pruebas de bioequivalencia dificulta la decisión del farmacéutico al momento de sugerir la sustitución entre medicamentos similares, ya que este no cuenta con la plena seguridad respecto a su grado de homogeneidad (CEPAL, 2013, p. 137).

En este trabajo se ha optado por diferenciar entre los medicamentos genéricos publicitados (incluye similares y genéricos de marca) y genéricos no publicitados (incluye similares y genéricos que en general no tienen marca, pertenecen a laboratorios que surgieron fuertemente luego de la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (“Ley de Genéricos”), suelen dedicar una parte importante de sus ventas al canal institucional, y no invierten o lo hacen muy poco en comparación con los primeros, en promocionar y publicitar sus productos).

Aunque no se enfatiza en la diferencia entre genéricos y similares, lo que sí se considera fundamental, es no reproducir el esquema de referirse como genéricos a los medicamentos que no suelen tener marca comercial o que son segundas marcas. Ya que esto alimenta la

idea de que los medicamentos de marca son originales o tienen de alguna forma cierta superioridad, y eso no es necesariamente correcto. Lo único que se logra con el erróneo uso del término “medicamentos genéricos”, es alimentar la maquinaria de promoción del “mercado de marcas” y brindar información incorrecta y confusa a los consumidores.

Al respecto, se llama laboratorios genéricos a aquellos que destinan gran parte de su producción a la venta a instituciones (hospitales, clínicas, etc.) y que no suelen utilizar marcas comerciales ni invertir en hacer diferenciación de producto para aquellos medicamentos que se venden por la vía comercial tradicional (la farmacia). Si bien tienen una denominación comercial, no suelen tener marcas comerciales que son publicitadas y promocionadas. Los laboratorios productores de este tipo de medicamentos están asociados en CAPGEN, aunque también algunos laboratorios pequeños que se encuentran asociados a COOPERALA tienen el mismo perfil productivo.

Los medicamentos que estos laboratorios ofertan suelen tener un precio inferior respecto de aquellos que invierten en publicidad. Y a pesar de que son equivalentes farmacéuticos, los medicamentos más vendidos suelen ser los más caros, por lo que el paciente termina financiando la propia dinámica, demandando medicamentos con precios injustificadamente superiores, y manteniéndose fieles a marcas comerciales que le son conocidas.

En Argentina existe una predominancia de laboratorios “no innovadores”, es decir de aquellos que comercializan productos del tipo genérico o similar y no dedican recursos a la investigación y desarrollo (I+D), o se dedican a copiar fórmulas de patentes ya vencidas y/o producir medicamentos a partir de la adquisición de licencias (KPMG, 2014, p. 7 y 8). Los grandes laboratorios suelen tener una estrategia de venta guiada por la diferenciación de producto. Es decir, invierten mucho dinero en publicidad y promoción de sus marcas comerciales, así como en lobby empresarial.

Por eso se asocia esta situación, a la asimetría de información con la que cuenta el paciente al momento de decidir qué medicamento demandar. Se encuentra generalizado el criterio de que los medicamentos genéricos no publicitados son de peor calidad. Pero lo cierto es que la calidad farmacéutica se garantiza mediante los sistemas de aseguramiento de la calidad, cuya columna vertebral son las buenas prácticas de fabricación mencionadas.

A modo de ejemplo, se toma la especialidad medicinal del laboratorio Denver cuya denominación comercial es “DICLOFENAC Denver Farma, sódico 75mg”, y contiene el principio activo Diclofenac sódico. En este caso la denominación comercial es casi idéntica a su nombre genérico/principio activo. Esta práctica suele encontrarse más frecuentemente entre laboratorios que no invierten en diferenciación de productos<sup>16</sup>.

Otro ejemplo del mismo laboratorio “generista” es el de la especialidad medicinal “Tacicul” cuyo principio activo o nombre genérico es el Losartán. En este caso la denominación comercial no es similar a su nombre genérico, pero no por eso deja de ser lo que llamaremos un medicamento genérico no publicitado. El precio del Tacicul en su presentación de 50 mg por 30 comprimidos es de \$365.10 (actualizado el 19/2/18). El mismo medicamento, con el mismo principio activo Losartán, también en la concentración de 50 mg y por 30 comprimidos es vendido por el laboratorio ELEA bajo la denominación comercial “FENSARTAN” y su precio es \$497.05 (actualizado el 29/1/2018). Es decir, un 36% más caro. Y la única diferencia es que ELEA los vende como “comprimidos recubiertos” y Denver como “comprimidos ranurados”<sup>17</sup>.

Es por esto que se ha decidido en este trabajo destacar la diferenciación entre *genéricos publicitados y los no publicitados*, en lugar de centrarse en la diferenciación entre genéricos y similares.

Aunque sin duda existen varias alternativas válidas para abordar la temática de los medicamentos genéricos, en esta investigación se optó por destacar primordialmente el problema de asimetría de información que existe en la sociedad con respecto a este tipo de medicamentos. Esta falla se ve potenciada por el bajo cumplimiento que persiste en la actualidad de la Ley que obliga a los profesionales de la salud a realizar todas las prescripciones con nombre genérico. Esto genera una importante falla de mercado, ya que no

---

<sup>16</sup> Sin embargo, hay casos excepcionales. Por ejemplo, el Losartán del laboratorio Roemmers, su nombre comercial es “Losartán Roemmers”. Pero esto se debe a que en muchos casos la marca es el mismo laboratorio. Es decir, promocionan y publicitan tanto el laboratorio, que saben que cualquier medicamento con su nombre va a generar lealtad y confianza en los pacientes.

<sup>17</sup> Los comprimidos recubiertos poseen un recubrimiento más simple que sirve para proteger de la acción irritante de la droga a nivel bucal o del mal sabor de algún componente. Los comprimidos ranurados son aquellos que tienen una ranura, una línea, que divide el comprimido en dos o cuatro partes. Pese a que en general se recomienda no partir los comprimidos, en caso de hacerse debe tenerse en cuenta que el comprimido este ranurado, para asegurar una dosificación adecuada (Hospital Italiano, 2017.)

se brinda al paciente la información completa, restringiendo con esta práctica las posibilidades de que elija otros bienes con iguales características y diferente precio.

Por lo tanto, mejorar la información que todos los actores, y en especial los pacientes, tienen sobre qué son los medicamentos genéricos, es uno de los principales desafíos para combatir la asimetría de información en el sector. Y cuando se habla de la promoción de los medicamentos genéricos, se refiere fundamentalmente a la promoción de información respecto a los mismos, asumiendo que una vez que el paciente entienda la escasa diferencia entre productos cuyos precios suelen ser diferentes, una parte del consumo se desviaría hacia la compra de medicamentos genéricos no publicitados.

Debido a que este tipo de especialidades medicinales suele tener precios promedio significativamente inferiores, la promoción de los mismos debería a su vez derivar en la disminución del precio promedio de los medicamentos demandados. De lograrse, esto tendría impacto positivo directo en el ingreso disponible de los pacientes, mediante la reducción de gasto en uno de los segmentos más inelásticos como es el de los medicamentos.

Asimismo, esta transformación debería operar también en un aumento de la competencia vía precio, generando un mercado en el que el consumo se encuentre más determinado por el precio de los bienes que por la diferenciación entre los mismos que los grandes laboratorios logran establecer.

Pero si bien establecer precios de referencia, disminuir el precio medio y promocionar la competencia son objetivos vinculados a la promoción de los medicamentos genéricos, el énfasis se encuentra aquí puesto en la falla que hoy existe vinculada a la información. Atacar este problema es el primer paso para lograr un impacto positivo en la demanda de estos medicamentos y que el resto de los objetivos vinculados sean alcanzados con éxito.

En el caso de Argentina, los medicamentos genéricos no publicitados, vinculados a CAPGEN, cuentan con un desafío adicional. Se trata de la exclusión que sufren de participar del convenio más importante del país, el Convenio PAMI, y de las maniobras que desarrolla Farmalink en ese sentido. Como ya se explicó, los grandes laboratorios son los dueños de esta empresa mandataria que se dedica entre otras cosas a la validación y liquidación de recetas. Muchas fuentes del sector vinculadas a CAPGEN han denunciado durante años, que

Farmalink opera contra estos laboratorios mediante la estrategia de retrasar la liquidación de todas las recetas vinculadas a ventas de genéricos no publicitados. Esto desincentiva a los farmacéuticos a vender dichos productos, ya que luego tienen mayor espera para recuperar el dinero vinculado a la liquidación de los mismos. Podría en cierta forma clasificarse también como un abuso de poder de mercado por exclusión, ya que son excluidos de los mecanismos regulares de liquidación que ofrecen al resto de las empresas.

Actualmente existe la **Ley 25.649 de “Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico”** que fue promulgada en el 2002. Esta Ley tiene por objeto la defensa del consumidor de medicamentos y drogas farmacéuticas, y su utilización como medio de diagnóstico en tecnología biomédica y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana. En este sentido, dicha Ley resulta concordante con los principios rectores de la Ley N° 24.240 de Defensa del Consumidor.

En su art 2º sostiene que toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento o denominación común internacional<sup>18</sup> (DCI) que se indique, seguida de forma farmacéutica y dosis/unidad, con detalle del grado de concentración. La receta podrá indicar además del nombre genérico, el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades<sup>19</sup>. Y señala que toda receta o prescripción médica que no cumpla con esto se tendrá por no prescrita, careciendo de valor alguno para autorizar el expendio del medicamento de que se trate. Es decir, las recetas prescriptas sólo por marca o las que consignent el nombre genérico, pero omitan la forma farmacéutica y/o concentración, se tendrán por no prescriptas, no siendo válidas para el expendio del medicamento de que se trate. Se basa en el principio de que la libertad de prescripción y de dispensa está garantizada por la elección del principio activo y no sobre especialidades de referencia o de marca.

---

<sup>18</sup> Denominación Común Internacional: Es el nombre que identifica a la sustancia o ingrediente activo farmacéutico. Cada DCI corresponde a un nombre único, reconocido en todo el mundo y con propiedad pública. La DCI se conoce también como nombre genérico (OPS, 2011).

<sup>19</sup> El farmacéutico es el único responsable y capacitado para la dispensa de especialidades farmacéuticas, como así también para su sustitución. En este último caso deberá suscribir la autorización de sustitución en la prescripción.



En cuanto a los casos en que la receta consigne exclusivamente el nombre genérico de los medicamentos, o en los que se consigue el nombre genérico seguido de la marca, y no se justifique la selección de esa marca, la Ley sostiene que el farmacéutico debe dispensar, a pedido del consumidor, el medicamento con el mismo principio activo, o combinación de ellos, la misma cantidad de unidades por envase, igual concentración y menor precio que el prescripto. Asimismo, el farmacéutico está obligado a consignar en la receta, de su puño y letra, la conformidad del adquirente con relación a la información recibida y al medicamento dispensado, individualizando el mismo por su nombre genérico y marca comercial, o del laboratorio autorizado por la ANMAT, según el caso, seguido de la fecha, firma y sello donde conste su nombre, apellido y matrícula profesional.

En los casos donde el profesional que prescribe el medicamento considere indispensable agregar en la receta, a continuación del nombre genérico, el nombre o marca comercial, con la debida justificación, y en los cuales el adquirente solicite otro medicamento con el mismo nombre genérico y de menor precio, la decisión de aquel profesional y su justificación deben ser puestas por el farmacéutico a consideración del adquirente y sometida a su decisión. De esta forma, se logra compatibilizar los derechos y deberes de los profesionales que realizan la prescripción y dispensa, con los de los consumidores. De la decisión del adquirente el farmacéutico debe dejar constancia en la receta, junto con las otras anotaciones descriptas en los párrafos precedentes, con la firma del interesado y su firma y sello aclaratorio (Decreto 987/2003, Art. 2).

La Ley establece como obligatorio el uso del nombre genérico: a) En todo envase primario, secundario, rótulo, prospecto o cualquier documento utilizado por la industria farmacéutica para información médica o promoción de las especialidades medicinales; b) En todos los textos normativos, inclusive registros y autorizaciones relativas a la elaboración, fraccionamiento, comercialización, exportación e importación de medicamentos; c) En toda publicidad o propaganda dirigida al público en general (Ley 25.649, Art. 5). Y que cuando se dispensa un medicamento, los establecimientos autorizados deberán informar al público todas las especialidades medicinales que contengan el mismo principio activo o combinación

de ellos que la prescrita en la receta médica que se les exhiba y los distintos precios de esos productos (Ley 25.649, Art. 7)<sup>20</sup>.

Esta Ley pretende avanzar en la defensa de los derechos del consumidor, ya que permite a la población optar libremente por las distintas especialidades medicinales existentes en el mercado. Además, destaca que el derecho a la libre prescripción por parte del profesional médico tiene que compatibilizarse con el derecho a la libre elección y a la debida información que debe brindarse al adquirente de los medicamentos.

Se basa en el supuesto de que la libertad de elección del consumidor resulta un importante instrumento tendiente a prevenir la formación de monopolios o conductas especulativas que distorsionen el mercado de medicamentos y dificulten su acceso, a la par de tutelar los derechos de los consumidores. Además, avanzar en el cumplimiento de esta Ley, permitiría revalorizar el papel del médico y la figura del farmacéutico.

Todo lo explicado en este apartado brinda elementos para suponer que los medicamentos podrían ser tratados como bienes homogéneos, si se tiene en cuenta que son reconocidos por la autoridad sanitaria nacional como equivalentes<sup>21</sup>, como “idénticos”. La Ley de Genéricos establece en cierta forma que son bienes homogéneos, perfectamente sustituibles. Quizás técnicamente sería más correcto decir establecer como bienes homogéneos a aquellos medicamentos que cuentan con estudios de bioequivalencia. Pero dado que aquí nos centramos en el mercado argentino, es válido guiarse por el criterio establecido por la ley sobre cuándo considerar a dos medicamentos equivalentes”.

Y si bien es esperable encontrar cierto grado de diferenciación entre productos, debería tratarse y percibirse de diferenciaciones horizontales, donde persiste un alto grado de sustitución entre los medicamentos equivalentes. La competencia debería estar más ligada a los precios y cantidades, pero a través del fomento del mercado de marcas y la exacerbada diferenciación logran que la competencia este más “desligada” del precio ya que el consumidor al elegir debe considerar más aspectos que solamente el precio.

---

<sup>20</sup> En caso de incumplimiento serán de aplicación las sanciones previstas por la Ley 24.240, de Defensa del Consumidor.

<sup>21</sup> En Argentina el organismo regulador de medicamentos (ANMAT) sostiene que no todos los medicamentos requieren pruebas de bioequivalencia para poner en práctica la sustitución genérica. Esta temática se abordará en detalle en el Capítulo 4 de la presente tesis.

## **4.2 Rol de las Farmacias**

En esta sección se profundizará sobre el rol de las farmacias dentro de la cadena de valor. Aunque las farmacias también están involucradas en la venta de medicamentos de venta libre y en menor medida en los especiales, se optó por profundizar sobre el análisis de las mismas en este capítulo dedicado a medicamentos ambulatorios, porque es aquí donde juegan un rol crucial a través de los convenios con las prestadoras de salud. Es aquí donde las farmacias no sólo entregan el medicamento, sino que están involucradas en el circuito de validación y liquidación de recetas, así como en la financiación de los mismos.

Las farmacias son consideradas el eslabón más débil de la cadena teniendo en cuenta que prácticamente no tienen influencia en la determinación del precio, sólo agregan un margen fijo. En el caso de los medicamentos de venta libre es en general donde tienen mayor libertad y algunas farmacias deciden aplicar algunos descuentos adicionales, pero no suele establecerse nunca un precio mayor. En este segmento pueden hacerlo porque a pesar de que el PVP está fijado por los laboratorios desde el inicio, al no requerirse receta, no transitan todo el proceso de validación y liquidación. En el caso de los medicamentos bajo receta, financiados por terceras partes, las farmacias deben necesariamente tomar el PVP establecido por los laboratorios, de otra forma, las recetas no serían luego validadas por las mandatarias y en consecuencia la farmacia no recibiría su pago.

Esta misma situación es la que numerosas farmacias y laboratorios de la cámara CAPGEN (genéricos no publicitados) denuncian que sucede cuando un farmacéutico aplica la Ley de Medicamentos Genéricos y proporciona un medicamento genérico no publicitado. Es decir, si la receta contiene el nombre genérico de la droga tal como indica la Ley, pero además tiene una marca comercial sugerida (suele ser una marca promocionada, perteneciente a un laboratorio reconocido) y el paciente termina comprando esa misma droga, pero de un laboratorio de CAPGEN, el farmacéutico sabe que corre el riesgo de que la validación de esa receta por parte de las mandatarias se retrase o bloquee.

Hay alrededor de 13.000 farmacias en el país y, a pesar de que existen diferentes cámaras y federaciones, suelen funcionar como un actor muy atomizado. Por ejemplo, al momento de

negociar con las obras sociales y prepagas el aporte de las farmacias, lo hacen de forma individual y no como cámara.

Cuando un paciente compra un medicamento bajo receta con cobertura médica, sólo paga el 60%. El restante 40% que generalmente se cree que es cubierto por las prestadoras de salud, es en realidad cubierto también por los laboratorios y las farmacias. En general, un 15-20% es cubierto por las prestadoras de salud, 10% por el laboratorio productor y 10-15% por la farmacia.

El **Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP)**, también conocido como **PAMI** (Programa de Asistencia Médica Integral), es el seguro de salud más grande de Argentina, dando cobertura a una población aproximada de 4.9 millones de beneficiarios, siendo la mayoría de ellos mayores de 65 años, y por lo tanto por su perfil epidemiológico, la población de mayor consumo de medicamentos. Su presupuesto para el 2017 rondó los \$117 mil millones. Medido en términos per cápita representaría \$23.600 anuales (CECE, 2017, p. 38).

Este convenio a lo largo de los años ha tenido cada vez mayor incidencia en la configuración del mercado, representaba el 10% del total del gasto en medicamentos al inicio, alcanzando aproximadamente el 30-40 % en la actualidad. La cobertura del medicamento al beneficiario es compartida entre farmacias y laboratorios, correspondiendo un 14 y 26% respectivamente. Al inicio del convenio estos valores eran 10 y 15% respectivamente (CECE, 2017, p. 40).

En principio es importante aclarar que este convenio es firmado entre los laboratorios, a través de sus cámaras, y el PAMI. Las farmacias no tienen ningún convenio firmado directamente con el PAMI. Tampoco existe un convenio firmado directamente entre las farmacias y los laboratorios, como muchas veces se asume. El vínculo formal de las farmacias es con ACE, entidad creada por las cámaras de laboratorios CILFA, CAEMe y COOPERALA para la administración del convenio PAMI. Es decir, todas las cámaras del sector excepto CAPGEN, que representa a los laboratorios genéricos no publicitados.

Por lo tanto, son los laboratorios quienes pueden negociar los términos del convenio PAMI. Las farmacias en cambio, al estar únicamente vinculadas formalmente con la asociación ACE, no pueden sentarse en la mesa de discusión de dicho convenio, y no pueden reclamarle

sus deudas directamente a las cámaras de laboratorios ya que tampoco es con ellas que tienen el convenio. Esta es una de las estrategias que utilizan los principales laboratorios para mantener el control de un convenio central en el mercado como es el del PAMI, y trasladar riesgos a otros actores, limitando sus responsabilidades, pero potenciando su poder.

Entonces, el convenio es firmado por la industria y PAMI, las farmacias no participan directamente, sino que son subcontratadas por ACE-PAMI a través de sus instituciones representantes COFA/FACAF/FEFARA/ AFMSRA. Y si bien es Farmalink quien genera las notas de crédito, ante el reclamo de las farmacias cuando estas notas se atrasan, la mandataria se desliga de responsabilidades ya que no hay vínculo formal entre las partes. A su vez, Farmalink terceriza la auditoría de las recetas a la empresa Atos/Imed. En el anexo 2 se explica en detalle el proceso de pago del convenio PAMI a las farmacias, donde se evidencia cómo la farmacia cumple un rol fundamental en la financiación del sistema, financiando la diferencia entre el plazo entrega del medicamento y su cobro, sumado a que cede bonificaciones que pueden llegar al 20%.

Muchos laboratorios, principalmente los agrupados bajo CAPGEN, han denunciado sistemáticamente la exclusión que sufren del convenio PAMI por parte de los grandes laboratorios. Esta maniobra se enmarca dentro de lo que la Organización Industrial estudia como prácticas “prácticas exclusorias”, es decir, que buscan excluir a otros competidores (reales o potenciales) del mercado.

### **4.3 Empresas “Mandatarias”**

Es importante resaltar que las mandatarias cumplen un rol fundamental en asegurar el normal funcionamiento del sistema de liquidación de descuentos en medicamentos. Son empresas dedicadas a la administración y auditoría de convenios de prestaciones de medicamentos ambulatorios para Agentes del Seguro de Salud en todo el país. Entre los servicios que ofrecen a sus diferentes clientes se encuentran: i) a Obras Sociales: Red de farmacias, Auditoría de recetas, Gerenciamiento clínico y reportes estadísticos, Validación online de recetas, Liquidaciones, Reportes especiales; ii) a Farmacias: Disponibilidad de Normas de Dispensación, Padrones, Archivos de productos cubiertos por Entidad, Noticias y novedades,

Liquidaciones y pagos, Call center, Informes; iii) a Cámaras de Laboratorios Farmacéuticos: Liquidaciones, Informes, Noticias y novedades, Disponibilidad de liquidaciones y pagos; iv) a Droguerías: Liquidaciones, Informes, Noticias y novedades, Disponibilidad de liquidaciones y pago.

Estas empresas, conformadas por laboratorios nacionales y multinacionales, tienen a su cargo la negociación contractual con obras sociales, empresas de medicina prepaga (“prepagas”), hospitales y otros organismos relacionados con la salud. Les otorgan bonificaciones en la compra de medicamentos, a cambio de que las mismas incorporen los productos de sus laboratorios asociados en sus listados (vademécum). A su vez, se encargan de auditar y ordenar el pago de las liquidaciones de los convenios presentadas por las farmacias, y reintegran parte del precio a las mismas.

Dos empresas concentran la liquidación de los convenios más importantes de prestaciones de medicamentos del país: **Farmalink** y **Preserfar**. La primera pertenece a las tres cámaras principales de laboratorios, y la segunda sólo a un grupo de los más importantes laboratorios, que también están en Farmalink. Es decir, no se trata de empresas que compiten entre sí, sino de empresas que tienen el mercado dividido<sup>22</sup>.

El trabajo de las mandatarias incluye el servicio de negociación de pagos y plazos por farmacia, y la auditoría del cumplimiento de los contratos. Tienen diferentes formas de cobrar sus servicios, siendo el sistema de “cápita” uno de los más extendidos, por medio del cual la mandataria recibe de la prepaga u obra social un monto determinado de dinero por afiliado. Otro tipo de contrato es el que se establece “por prestación”, donde la mandataria se queda con una parte del porcentaje bonificado por la farmacia a la obra social o prepaga. También ocurre que la mandataria puede optar por cobrar un canon mensual a la entidad de salud independientemente de la bonificación que éstas obtengan de la farmacia (CECE, 2017, p. 37).

---

<sup>22</sup> La primera ofrece sus servicios a la obra social de los jubilados (PAMI), a IOMA y a las prepagas grandes como OSDE, Swiss Medical, Galeno u Omint; la segunda atiende a las obras sociales provinciales y sindicales. A estas se les otorgan beneficios y descuentos, que luego se dan vuelta y se los ofrecen a las cadenas y farmacias, que deben caer en ellas si quieren competir. (Villalonga, 2008).

Como se explicó en el apartado anterior, del 40% de descuento promedio en medicamentos que recibe el paciente de parte de la obra social o prepaga, entre el 15 y el 20% es cubierto por el seguro de salud y el restante por los laboratorios y farmacias. La liquidación de este descuento correspondiente a las obras sociales y prepagas está a cargo de estas empresas mandatarias.

El proceso comienza por el paciente, quien compra el medicamento y recibe el descuento correspondiente. Luego el farmacéuta envía el troquel con la receta y la firma del paciente a la mandataria la cual valida la receta y emite una nota de crédito por el porcentaje del descuento que le corresponden a la obra social / prepaga y al laboratorio, y al mismo tiempo les informa a estos dos últimos de dicha operación para que puedan validarla. Dicha nota de crédito es utilizada por el farmacéuta para cancelar deuda con la droguería. La droguería utiliza dicha nota de crédito para cancelar deuda con el laboratorio. El laboratorio acepta la nota de crédito como forma de pago, y luego recibe por parte de las obras sociales y prepagas su parte del descuento aplicado.

#### **4.3.1 Farmalink S.A**

En su página web oficial, Farmalink se define como una empresa especializada en la administración y auditoría de la dispensación de medicamentos ambulatorios en las farmacias para Agentes del Seguro de Salud (obras sociales, empresas de medicina prepaga) en todo el país. Y destacan que, con presencia desde hace más de 15 años en el área de la salud, han consolidado una posición de liderazgo en el mercado para el cual auditan actualmente más de 10 millones de recetas de medicamentos ambulatorios por mes, incluyendo a más de 60 agentes de seguro de salud. También destacan que cuentan con la mayor red del país con más de 12 mil farmacias utilizando este servicio por los distintos Agentes de Salud. Y que “para la auditoría de las recetas, eje de la actividad de Farmalink, generamos y ponemos a disposición de nuestros clientes la posibilidad de utilizar herramientas de gestión innovadoras para la administración, control, integración de la cadena de valor y soporte a la toma de decisiones a través de políticas de calidad y ética profesional en nuestra gestión”.

Farmalink ofrece servicios a farmacias, droguerías y obras sociales. Entre los servicios que ofrecen se encuentran:

- Reportes online: Ofrecen sistemas de análisis y reportes de información consolidada y en línea para la toma de decisiones por parte de los agentes de salud (reportes especiales, informes, noticias y novedades, etc.)
- Auditoría farmacéutica de recetas de medicamentos ambulatorios (para obras sociales): Disponen de un Data center propio, con tecnología de avanzada y bajo estándares de seguridad locales e internacionales.
- Sistemas para control de consumos on-line: Ofrecen a sus clientes sistemas para el control de consumos de medicamentos on-line basado en evaluación de reglas y patrones.
- Liquidación de prestaciones: Entregan liquidaciones de dispensaciones de medicamentos ambulatorios a los distintos actores y financiadores del mercado farmacéutico (agentes del seguro de salud, laboratorios, droguerías y farmacias) siguiendo las indicaciones de sus clientes.
- Validación online de recetas: Validación online de recetas de medicamentos ambulatorios en las farmacias de la red que el agente de salud establezca.
- Gerenciamiento clínico y reportes de consumo de medicamentos (para obras sociales).

Algunos de los principales clientes de Farmalink son PAMI, IOMA, OBSBA, APROSS, OSDE, SWISS MEDICAL y GALENO, MEDICUS, OMINT, Medifé, Asociación Agentes de Propaganda Medica (AAPM), Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires (FEMEBA), entre otras (Farmalink, 2018).

#### **4.3.1.1 Capital y autoridades de Farmalink S.A.**

El capital de FARMALINK está integrado por CILFA, CAEMe y los laboratorios nucleados en COOPERALA. La distribución es la siguiente: 40% CAEMe (indirectamente, a través de una sociedad denominada FARMAUDIT S.A.), 40% CILFA, y el 20% restante integrado por los laboratorios nucleados en COOPERALA.



El órgano de gobierno de FARMALINK está conformado por seis directores que pone CILFA, seis directores por CAEMe (FARMAUDIT S.A.) y tres directores por COOPERALA. Todos los directores tienen vínculos con la industria farmacéutica. En su gran mayoría son gerentes de distintos laboratorios nucleados en CILFA y CAEMe.

Se dividen en Accionistas Clases “A”, “B” y “C”. Según lo establecido en el artículo 8° del Estatuto, corresponde que la Clase “A” y la Clase “B” de acciones elijan 6 directores titulares cada una y el número de suplentes que consideren necesario, mientras que la Clase “C” tiene derecho a la elección de 3 directores titulares y el número de suplentes que considere necesario. Por su parte, conforme el artículo 15° del Estatuto, corresponde a cada clase la elección de un síndico titular y un suplente (B.O.R.A, 2/5/17, p. 34). La distribución de los tipos de acciones (40-40-20%) es equivalente a la distribución de acciones entre las tres cámaras, por lo que puede suponerse que las Acciones de tipo A y B corresponden a cada una de las cámaras CILFA y CAEMe y las Acciones de tipo C a COOPERALA.

Desde las cámaras de laboratorios afirman constantemente que a pesar de poseer acciones en la empresa Farmalink, los laboratorios no acceden a la información que esta empresa obtiene. A pesar de que es evidente para todos los actores del sector que esto no es cierto, resulta muy difícil demostrar lo contrario. Por eso, lo que se propone en este trabajo es ahondar en un análisis más detallado de las autoridades de la empresa lo que permitirá tener una idea más acabada de la injerencia y participación de los laboratorios en la misma. A continuación, se detallan todas las conexiones encontradas entre las autoridades de Farmalink y los laboratorios accionistas.

El presidente de la empresa Farmalink es Jorge Vázquez<sup>23</sup>, quien es Director de Negocio Público y Acceso de Mercado (Argentina-Bolivia-Paraguay) del laboratorio GlaxoSmithKline Argentina. También forma parte del Consejo de Administración de la Cámara de Comercio Argentino-Británica en representación de GlaxoSmithKline Argentina (CCAB, 2017). El resto de la estructura surge de la escritura 357 del 27/7/2016 Reg. 1819

---

<sup>23</sup> En octubre del 2016, tras la renuncia de Flavio Devoto del laboratorio Abbvie a los cargos de Director Titular y Presidente de Farmalink, se designó al director suplente Guillermo Ussher como director titular y al director titular Jorge Vázquez como presidente (B.O.R.A., 28/10/2016).

CABA por actas de asamblea y directorio del 18/5/2016 donde se eligieron las autoridades y se asignaron los cargos (B.O.R.A, 2/8/16, p. 9):

Presidente: Jorge Vázquez (GlaxoSmithKline Argentina S.A.)

Director titular: Guillermo Ussher (Laboratorio Ferring S.A., asociado a CAEMe).

Vicepresidente: Isaías Mauricio Drajer (Laboratorio ELEA S.A.C.I.F. y presidente de CILFA).

Vicepresidente 1º:

Hugo Alberto Caivano (Laboratorio Spedrog Cailon S.A.I.C. y Presidente COOPERALA).

Ramón Antonio Cereijo (Vicepresidente del laboratorio Gobbi Novag S.A., asociado a CAEMe)

Edgardo Vázquez (Pfizer S.R.L. y Prosecretario de CAEMe)

Ariel Rodríguez Lladó (Director de Asuntos Públicos y Acceso al Mercado del Laboratorio Novo Nordisk asociado a CAEMe)

Norberto Cassina (Laboratorio Casasco S.A.I.C y vocal titular de la comisión directiva de CILFA)

Diego Martín Patrignani (Laboratorio Baliarda S.A. y vocal titular de la comisión directiva de CILFA)

Jorge Antonio Belluzo (Laboratorio Raffo S.A. y Protesorero CILFA)

Rodolfo Bluthgen (Investi Farma S.A.- del grupo Roemmers- y vocal titular de la comisión directiva de CILFA)

Luis Alberto Rodríguez (Laboratorio Gador S.A. y Prosecretario CILFA)

Carlos Daniel Pellegrini (Laboratorio Bagó, asociado a CILFA).

Marcelo Alejandro Burstein (Laboratorio Sidus S.A. y Protesorero COOPERALA).

Directores suplentes:

Fernando Garate (Laboratorio ELEA S.A.C.I.F. y A., Gerente de Planeamiento Estratégico)

Manuel Giglio (Laboratorio Bernabó S.A. y vocal titular de la comisión directiva de CILFA)

Esteban Echenique (Laboratorio Nova Argentina S.A. y vocal titular de la comisión directiva de CILFA)

Maximo Barral (Droguería Rofina, del Grupo Roemmers)

Danilo Daniele

Gustavo De Riso (Laboratorio Gador)

Alberto Jorge Besser (Laboratorio Química Arison S.A.C.I.F y Secretario COOPERALA)

Sebastián Pavia (Laboratorios Bagó)

Alvaro López Rosende (Lab. Dominguez S.A. y vocal titular COOPERALA).

Comisión Fiscalizadora:

Titulares:

Emilio Nicolás Vogelius

Luis Mariano Genovesi (Gerente de Asuntos Legales de CILFA)

Carlos Hernán Oubiña (Gerente de Ventas del Laboratorio ELEA)

Suplentes:

Pedro Nicholson

Antonio Rubio (Laboratorio Gramon, adherente a CILFA)

Jorge Alberto Cassará (Laboratorio Pablo Cassará S.R.L. y Tesorero COOPERALA).

#### **4.3.1.2 Compra de Farmalink**

Es importante comprender en qué contexto surge esta nueva configuración del mercado, con los laboratorios integrando bajo su dominio el rol de las mandatarias. La compra de Farmalink se lleva adelante en el año 2000 cuando comenzaba a colapsar el modelo neoliberal instalado en los años 90. La crisis económica y el alto desempleo impactaron fuertemente en las arcas de las principales obras sociales públicas y sindicales del país, que

vieron una fuerte caída en el volumen de sus aportes. Esto se tradujo en graves dificultades para sostener el normal funcionamiento de la liquidación de los convenios de medicamentos ambulatorios, los cuales eran administrados en su mayoría en forma directa por las obras sociales y prepagas.

Frente a la crisis que vivía el país en general, y el sistema de salud en particular, y tras la sanción de la Ley de Genéricos que amenazaba su modelo de negocio, la Industria Farmacéutica decidió avanzar hacia la integración vertical e involucrarse en la administración y liquidación de convenios. Para involucrarse de lleno en este segmento los principales laboratorios del país adquirieron la empresa Farmalink. Es importante profundizar el estudio de esta adquisición que constituyó el principal paso hacia la integración vertical y configuración del mercado tal como funciona en la actualidad.

El Expediente N 064-010491/2000 (CONC: No 177) del Registro del Ministerio de Economía contiene la información respecto de la autorización por parte de la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) respecto a esta transacción. Para obtener esta autorización, los laboratorios notificaron a la CNDC sobre dicha operación de concentración económica.

La autorización de esta concentración se basó en un Dictamen emitido por la CNDC<sup>24</sup> en octubre del 2000, dependiente de la lo que era entonces la Secretaria de Defensa de la Competencia y del Consumidor y es firmada por Carlos Winograd, Secretario de Defensa de la competencia y del Consumidor, a través de la Resolución 241.

La concentración consistió en la toma de control de la empresa Prestaciones de Salud S.A, cuyo nombre de fantasía es Farmalink, por parte de Farmaudit S.A. (contralada en un 99.99% por CAEMe), Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA) y de la Cooperativa de Provisión y Crédito de Laboratorios Argentinos de Especialidades Medicinales (COOPERALA), los “compradores”, mediante la adquisición de la totalidad del paquete accionario representativo del 100% de las acciones y votos de Farmalink, a las

---

<sup>24</sup> Dicho dictamen, referido a la operación de concentración económica en cuestión se tramitó bajo el Expediente N 064-010491/2000 (CONC: No 177), caratulado “DIFARM S.A., PRODIFA S.A., CILFA, FARMAUDIT S.A. Y COOPERALA S/NOTIFICACIÓN ART. 80 Ley N°25.156” de la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC, 2000).

firmas DIFARM S.A., Farmanet Holdings S.A., PRODIFA S.A. y Droguería Americana, los “vendedores”.

Para la misma se firmó un Convenio de Compraventa de acciones firmado por las partes el 9 de mayo de 2000. En dicho convenio se pacta que los compradores adquirirían el 100% de las acciones de acuerdo con el siguiente detalle: CAEMe el 40%, CILFA el 40% y COOPERALA el 20%. Farmalink poseía 12.000 acciones que fueron adquiridas en su totalidad por un precio de USD 3.600.000, lo que equivale a un valor de USD 300 por acción. Siguiendo los porcentajes acordados CILFA adquirió 4.800 acciones, FARMAUDIT adquirió 4.800 y COOPERALA 2.400.

CILFA y COOPERALA recibieron las acciones “en comisión” para sus asociados (los laboratorios de cada cámara que poseen acciones de forma individual), comprometiéndose a dar después el nombre de sus mandantes dentro de los siguientes 180 días. Los compradores adquirieron el 100% del capital social suscrito e integrado, y de los votos de Farmalink, “a fin de seguir administrando, en forma exclusiva, los contratos y/o convenios de provisión distribución y dispensación de medicamentos ambulatorios, oncológicos, y para tratamientos especiales, de venta bajo receta” (CNDC, 2000, p. 5).

A continuación, se detalla el porcentaje de participación de los distintos laboratorios en la adquisición de Farmalink, de acuerdo con el expediente de la CNDC:

- 1) Participación porcentual de los laboratorios asociados a CAEMe, en la compra de Farmalink, elaborado en base a ventas del mercado ético-IMS (cifras analizadas a febrero 2000 en USD):

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LOS LABORATORIOS ASOCIADOS A CAEMe, EN LA COMPRA DE FARMALINK. ELABORADO EN BASE A VENTAS DEL MERCADO ETICO - IMS (CIFRAS ANUALIZADAS A FEBRERO 2000 EN U\$S)

	LABORATORIOS	TAM FEBRERO 2000		MARKET SHARE CAEMe	GASTOS (U\$S)	
		VENTAS (000)	PARTIC. %		FARMALINK 3,600,000	OTROS
	MERCADO TOTAL ETICO (IMS)	3,626.461	100.0%			
	CAEMe	1,727.148	47.63	100.0%	1,714,546	77,600
1	ROCHE (+Boehringer Mannheim)	192.989	5.32	11.17	191,581	8,671
2	NOVARTIS (+Ciba Visión)	135.704	3.74	7.86	134,714	6,097
3	AVENTIS PHARMA (HMR+ RHONE-POULENC+MILLET)	135.485	3.74	7.84	134,497	6,087
4	BOEHRINGER INGELHEIM	90.099	2.49	5.22	89,442	4,048
5	BRISTOL MYERS SQUIBB	89.404	2.47	5.18	88,752	4,017
6	GLAXOWELLCOME	86.894	2.40	5.03	86,260	3,904
7	SEARLE	86.762	2.39	5.02	86,129	3,898
8	MERCK, SHARP & DOHME	86.601	2.39	5.01	86,969	3,891
9	SCHERING PLOUGH +( key Pharma+Essex+Plough)	77.206	2.13	4.47	76,643	3,469
10	ABBOTT	67.332	1.86	3.90	66,841	3,025
11	SCHERING ARGENTINA	65.550	1.81	3.80	65,072	2,945
12	JOHN WYETH +WHITEHALL	63.828	1.76	3.70	63,362	2,868
13	PFIZER	56.682	1.56	3.28	56,268	2,547
14	JANSSEN-CILAG + PRODUFARMA	53.028	1.46	3.07	52,641	2,383
15	BAYER	44.285	1.22	2.56	43,962	1,990
16	ASTRAZENECA	41.926	1.16	2.43	41,620	1,884
17	ALCON	40.584	1.12	2.35	40,288	1,823
18	BYK ARGENTINA	39.514	1.09	2.29	39,226	1,775
19	SANOFI SYNTHELABO	35.490	0.98	2.05	35,231	1,595
20	SERONO	28.094	0.77	1.63	27,889	1,262
21	MERCK QUIMICA	28.014	0.77	1.62	27,810	1,259
22	SMITHKLINE BEECHAM	26.791	0.74	1.55	26,596	1,204
23	ELI LILLY	25.996	0.72	1.51	25,806	1,168
24	PHARMACIA & UPJOHN	20.098	0.55	1.16	19,951	903
25	ORGANON	19.250	0.53	1.11	19,110	855
26	KNOLL	16.862	0.46	0.98	16,739	758
27	ALLERGAN LOA	10.410	0.29	0.60	10,334	468
28	BAXTERIMMUNO	9.868	0.27	0.57	9,796	443
29	GALDERMA	9.013	0.25	0.52	8,947	405
30	SERVIER ARGENTINA	8.866	0.24	0.51	8,801	398
31	NOVO NORDISK	8.543	0.24	0.49	8,481	384
32	PURISSIMUS	7.572	0.21	0.44	7,517	340
33	AVENTIS PASTEUR (ex Merieux)	3.293	0.09	0.19	3,269	148
34	FERRING	2.950	0.08	0.17	2,928	133
35	GRUNENTHAL+ DANES INTERNACIONAL	2.929	0.08	0.17	2,908	132
36	UCB PHARMA	2.665	0.07	0.15	2,646	120
37	SZAMA	2.218	0.06	0.13	2,202	100
38	3M	1.896	0.05	0.11	1,882	85
39	JUSTESA IMAGEN	1.418	0.04	0.08	1,408	64
40	MALLINCKRODT	0.687	0.02	0.04	682	31
41	GRIFOLS	0.315	0.01	0.02	313	14
42	ENZIMAS	0.036	0.00	0.00	36	2
43	SOCFA (SCANDIPHARMA)***	0.000	0.00	0.00	0	0
44	OTSUKA PHARMACEUTICAL(****)	0.000	0.00	0.00	0	0
45	R.P.SCHERER (**)	0.000	0.00	0.00	0	0

2) Integración del capital de los laboratorios pertenecientes a CILFA por la compra de acciones de Farmalink.

De lo anterior se desprende que el capital de CILFA es de USD 1.440.000 (4.800 acciones por USD 300). En el siguiente cuadro se detalla los importes totales y el valor de las cuotas (12 cuotas iguales y consecutivas) que integró cada laboratorio:

LABORATORIO	VENTAS US\$ +000	PARTICIPACION EN LA MUESTRA	DISTRIBUCION US\$ 1,440,000	IMPORTE DE CADA CUOTA US\$
Roemmers	309,035	25.02%	360,278	30,023
Phoenix	109,030	8.83%	127,109	10,592
Gador	108,210	8.76%	126,153	10,513
Beta	94,283	7.63%	109,917	9,160
Casasco	79,489	6.44%	92,669	7,722
Temis Lotalo	76,354	6.18%	89,015	7,418
Microsules y Bernabó	67,699	5.48%	78,925	6,577
Rontag	50,811	4.11%	59,236	4,936
Labinca	49,096	3.97%	57,237	4,770
Eilea	38,951	3.15%	45,410	3,784
Finadief	38,403	3.11%	44,771	3,731
Roux Ocefa	31,808	2.58%	37,082	3,090
Baliarda	27,948	2.26%	32,582	2,716
Lazar	20,967	1.70%	24,444	2,037
Gerardo Ramón	19,395	1.57%	22,611	1,884
Craveri	17,484	1.42%	20,383	1,699
Dupomar	15,505	1.26%	18,076	1,506
New Pharma	11,926	0.97%	13,904	1,159
Elisium	10,893	0.88%	12,688	1,057
Raymos	9,429	0.76%	10,992	916
Disprovent	8,512	0.69%	9,923	827
Casa Rubio	7,359	0.60%	8,579	715
Bajer	5,661	0.46%	6,600	550
Richet	5,205	0.42%	6,068	508
Aviston	4,651	0.38%	5,422	452
Dallas	4,408	0.36%	5,139	428
Teva Tuteur	1,894	0.15%	2,208	184
Richmond	1,850	0.15%	2,157	180
Sanitas	1,792	0.15%	2,089	174
Northia	1,589	0.13%	1,852	154
Cetus	1,588	0.13%	1,851	154
Mertens	1,216	0.10%	1,418	118
Monseirat Eclair	1,080	0.09%	1,259	105
Fabra	617	0.05%	719	60
Sintezina	327	0.03%	381	32
Aemopul	281	0.02%	328	27
Lersan	245	0.02%	286	24
Rivero	200	0.02%	240	20
<b>TOTAL</b>	<b>1,235,187</b>	<b>100.00%</b>	<b>1,440,000</b>	<b>120,000</b>

### 3) COOPERALA

La entidad dio detalles de los laboratorios que potencialmente adquirirían el 20% de Farmalink.

LABORATORIO	% PART
BAGO	22,91
SIDUS	20,21
ARMSTRONG SYNCRO	14,81
QUÍMICA MONTPELLIER	10,03
RONTAG	9,76
RAFFO	3,98
ANDROMACO	3,46
ELVETIUM	2,74
POEN	1,99
KAMPEL MARTIAN	1,63
ASOFARMA	1,57
ICN	1,19
TRB	0,86
FILAXIS	0,80
SOUBERIAN CHOBET	0,78
CASA RUBIO (OMEGA)	0,59
DOMINGUEZ	0,52
FORTBENTON	0,33
CASSARA	0,30
FECOFAR	0,22
QUESADA	0,18
INSTITUTO BIOLÓGICO ARGENTINO	0,18
DUNCAN	0,17
SPEDROG CAILLÓN	0,17
VARIFARMA	0,12
QUÍMICA MEDICAL	0,11
GEMINIS	0,11
LANPHARM	0,07

GAUTIER	0,03
DEFUEN	0,04
SKIN	0,04
FRASCA	0,03
MICROSULES	0,03
PENTA	0,02
GISCARD	0,02
TOTAL	100,00



Además de los laboratorios que se presentan en el cuadro los siguientes laboratorios también están invitados a participar: APOLO, ARCANO, AUSTRAL, AWER, BEAUTEMPS, BENITOL, BIOTENK, BLIPACK, BROBEL, CABUCHI, CACHAMAI, CÉVALLOS, DELTA FARMA, DONATO ZURLO, DR. MADAUS, GEMEPE, GEZZI, HIGATÉ, IMVI, INCAICO, INMUNOLAB, KLONAL, LAFAGE, LAVIMAR, LIOFILIZADORA AMERICANA, MAR, MAURIÑO HNOS, MENZAGHI PHARMA, NATUFARMA, ORIENTAL, PHARMOS, PRONAT, RIOPLATENSE, RUGUTAR, SHABBA, SLAPAK, TABLADA, TAURO, MEDIPHARMA, SCHWABE, EURODERM, FADA, AGRAND, PHARMATRIX, PANALAB, VANNIER, VEINFAR, VICROFER. Se prevee que la participación de todos éstos será en un ínfimo porcentaje, menor al 1% del paquete accionario. De todos modos, corresponde aclarar aquí también, que la participación de los mismos es opcional, pero que –si bien algunos de ellos han adelantado su intención de sumarse- ninguno ha documentado tal intención aún. Los porcentajes de adquisición son estimativos ya que podrán variar de acuerdo al número de laboratorios que resulten, finalmente, compradores.

En el dictamen se define a todos los actores involucrados de la siguiente forma:

**Farmaudit** es una sociedad que tiene por objetivo exclusivo el aporte de capitales, propios o terceros, ya sea en forma permanente o temporaria, a sociedades vinculadas a la industria farmacéutica, constituidas o a constituirse, excluyéndose las actividades reservadas por la Ley de Entidades Financieras. Sus accionistas son: la Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe), accionista mayoritario titular de 11.999 acciones ordinarias normativas no endosables de \$1 valor nominal y un voto por acción., y la empresa Fideliter S.A. titular de una acción ordinaria normativa no endosable de \$1 valor nominal y un voto.

**CILFA** es una asociación civil que tiene los siguientes fines: asumir la defensa de los intereses de la industria de productos farmacéuticos, de especialidades medicinales, de drogas usadas en la elaboración de los mismos, complementarias y derivadas o conexos, de capital auténticamente argentino: coadyuvar al perfeccionamiento de las técnicas, métodos y procedimientos aplicables a esta industria, como así también a su desarrollo y adelanto; afianzar y defender los principios rectores que hacen al sistema de libre economía, libertad de comercio, libre asociación y seguridad jurídica.

**COOPERALA** es una cooperativa que tiene por objeto: adquirir o producir, para distribuir entre sus asociados y no asociados en los casos que el reglamento respectivo así lo autorice, todas las drogas quimicofarmacéuticas, artículos o materiales necesarios para el desenvolvimiento propio de ello; construir; arrendar y adquirir oficinas; distribuir y/o difundir las especialidades medicinales de sus asociados y la propia que produjere; crear plantas industriales y/o laboratorios especializados para la producción de drogas químicas y

especialidades médicas; asesorar económica y jurídicamente a sus asociados y fomentar el espíritu de solidaridad entre los mismos.

**DIFARM, FARMANET Y PRODIFA** son empresas que tienen por objeto principal la inversión en sociedades o empresas constituidas o a constituirse en el país o en el extranjero, y como objeto secundario la realización de operaciones financieras. Las nombradas en segundo y tercer término son sociedades holding.

**DASA** es accionista mayoritaria de la sociedad a transferir (Prestaciones). Desarrolla como actividad principal la compraventa de medicamentos y su distribución al sistema de dispensación.

**PRESTACIONES (Farmalink)** es una sociedad que tiene por objeto las siguientes actividades: a) compraventa, intermediación y exportación de sistemas, materiales, productos y servicios de cualquier tipo y naturaleza; b) servicios de todo tipo en relación con la administración de beneficios farmacéuticos de todo y cualquier tipo y naturaleza mediante la utilización de medios electrónicos; c) desarrollo de sistemas informáticos en relación con la administración de beneficios farmacéuticos; d) el ejercicio de representaciones, mandatos, agencias, comisiones, consignaciones, gestiones de negocio y administración de bienes relacionados con el objeto social de la compañía y f) venta al por mayor de productos farmacéuticos y veterinarios. Era ya en aquel momento una empresa experimentada en prestar servicios de administración, control, auditoría e información acerca del consumo de medicamentos dentro del sistema de seguridad social público y privado de Argentina.

Al momento de su venta, la empresa realizaba dos tipos de contratos, los contratos de prestación y los contratos de administración. Los primeros son contratos entre Farmalink y las aseguradoras, en los cuales la empresa vincula a la aseguradora que la contrató con las farmacias. De esta forma el servicio que realiza Farmalink consiste en el control de la correcta prescripción de los medicamentos, procesamiento de la liquidación donde se determina el consumo mensual de medicamentos y la deuda de la aseguradora con las farmacias y por último la gestión de la cobranza. Una vez que la empresa cobra a las aseguradoras, retiene el porcentaje que le corresponde por sus servicios y se les paga a las farmacias (CNDC, 2000, p. 9-10).

Los contratos de administración consisten en la administración, control y auditoría del consumo de medicamentos demandados por los afiliados en las diferentes aseguradoras con las cuales los laboratorios tienen contratos. En este tipo de contratos Prestaciones ofrecía un servicio a la empresa titular del contrato de provisión de medicamentos, tal es el caso de los laboratorios.

En ese entonces, declararon que Farmalink se encontraba administrando, controlando y auditando el contrato firmado conjuntamente por CILFA, FARMAUDIT y COOPERALA con el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

Este contrato era un contrato de cápita que involucraba aproximadamente a 3.500.000 afiliados y una suma mensual a cargo del instituto de \$22.500.000. Esta empresa también administraba los contratos de las empresas proveedoras de medicamentos con la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza (OSEP) y el Plan Asoma con el Ministerio de desarrollo Social de la Nación.

Así, la demanda de Farmalink provenía de distintos agentes que actuaban en el mercado de salud, los laboratorios en el caso de los contratos de administración y las aseguradoras en el caso de contratos de prestación.

Entonces, por una parte, se tenía que la actividad principal de Farmalink era la de prestar el servicio de control, auditoría y administración de contratos de consumo de medicamentos con las aseguradoras. Y por el otro, las compradoras con las propias Cámaras de Laboratorios que poseían contratos con obras sociales que administraba Farmalink. “Por ello, la presente operación de concentración económica podría plantearse como una integración vertical, en el sentido que las Cámaras de Laboratorios pasan a integrar a una empresa (Farmalink) a la cual antes contrataban para administrar los contratos con las aseguradoras” (CNDC, 2000, p. 13).

Por más que aquí el dictamen reconoce que se trata de una integración vertical, luego pasa a esgrimir algunas justificaciones para la autorización de la concentración. Sostiene que los objetivos de este tipo de integración vertical generalmente están relacionados con la eficiencia, ya que la complejidad y los altos montos de dinero administrados en los contratos con las obras sociales, hacen necesario un control más directo por parte de los laboratorios.

Y sostienen que “esta operación consiste en la compra por parte de los laboratorios de una empresa de servicios, empresa ésta especializada en contratos de salud”. Según manifiestan las empresas notificantes, el propósito de esta operación es alcanzar una mayor transparencia y claridad en el registro del consumo de medicamentos por parte de los afiliados de las distintas aseguradoras, con las cuales los laboratorios tienen contratos” (CNDC, 2000, p. 14).

De acuerdo con la investigación llevada adelante por la CNDC, al momento de dicha concentración en el mercado de servicios de auditoría, control y administración de contratos de provisión de medicamentos actuaban en el país varias empresas con la siguiente participación de mercado estimada.

Empresas	Participación
AIM S.A.	24%
Prestaciones de Salud S.A	20%
Compañía de Servicios Farmacéuticos S.A.	8%
SIFAR	8%
PBM S.A.	5%
Farminte S.A.	4%
Otras	31%
Total	100%

La investigación también concluyó que no había un alto grado de concentración, el índice de Herfindahl-Hirschman era de 1145 y que en dicho mercado no existían barreras importantes a la entrada, ya que las empresas que prestan este tipo de servicios son empresas gerenciadoras o de seguros, especializadas en el manejo de contratos de consumo de medicamentos. Por lo que cualquier otra empresa gerenciadora también podría prestar este servicio.

Es decir, se concluyó que esta operación no afectaría negativamente la competencia en el mercado de administración de contratos de salud, debido a que la empresa comprada no tenía la posibilidad de ejercer poder de mercado. Además, afirmó que la compra de Farmalink estaba relacionada con el objetivo de lograr más eficiencia en la administración y control de los contratos con las obras sociales. Y que se trataba de la incorporación de una empresa especializada en prestar el servicio de auditoría y gerenciamiento de contratos, que antes eran realizados por una empresa independiente de los laboratorios.

Si bien estas conclusiones resultan a primera vista contradictorias y cuestionables, la CNDC concluyó que la operación no despertaba preocupación desde el punto de vista de la competencia, por cuanto sus efectos en el mercado no revestían entidad como para que puedan resultar en un perjuicio al interés económico general. Por lo tanto, la operación de concentración económica no infringía el Artículo 7° de la Ley 25.156 de Defensa de la Competencia, al no disminuir, restringir o distorsionar la competencia de modo que pueda resultar perjuicio al interés económico general.

Es evidente que en la actualidad la situación ha cambiado notablemente y la utilización que hacen los laboratorios de las mandatarias para controlar el accionar de las farmacias, poseer información que el resto de los agentes no tienen, y acaparar los mayores convenios del mercado restringiendo la entrada de los laboratorios de CAPGEN, configuran un mercado que dista mucho de ser competitivo.

#### **4.3.2 Otras empresas mandatarias**

Los principales laboratorios tienen a su vez otras empresas mandatarias, a través de las cuáles gerencian convenios adicionales. La mandataria Preserfar por ejemplo, que surge como resultado de la constante lucha de los grandes laboratorios por asegurarse que los medicamentos de marca no pierdan mercado frente a los genéricos no publicitados. Con la crisis económica a fines de los años 90, advirtieron que había un alto riesgo de que la demanda se vuelque a estos medicamentos debido a su bajo costo, y el bajo poder adquisitivo que tenía gran parte de la población. Entonces, un grupo de laboratorios nacionales e internacionales decidieron desarrollar lo que se conoce como el Recetario Solidario y Vale Salud, ambos proyectos para otorgar descuentos en la compra de sus medicamentos de marca. Para la liquidación de estos programas, crearon Preserfar, que fue luego creciendo e incorporando convenios con obras sociales y prepagas de todo el país<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> Según el relato oficial de los grandes laboratorios y consultoras privadas, Farmalink surgió para atender al PAMI en momentos en que dicha institución atravesaba la crisis de financiamiento de los años 1996 y 1997. En esa oportunidad, y dada la magnitud de ese cliente en el mercado de medicamentos argentino, Farmalink incluyó en el listado de proveedores a todos los laboratorios que figuraban en el vademécum de PAMI. Por su parte, Preserfar fue creada por un destacado grupo de laboratorios nacionales y multinacionales de la escena local. Su objetivo principal consistió en optimizar la oferta y viabilizar los contratos vigentes, resultando de este proceso la redefinición del listado de proveedores y productos. En este contexto, un

La gerenciadora CAMOYTE (Centro de Autorización de Medicamentos de Oncología y Tratamientos Especiales), legalmente llamado ACE Oncología, es también propiedad de grandes laboratorios como Pfizer, Roche y Novartis. Administra y audita los convenios vinculados con la venta de medicamentos especiales, que suelen tener una cobertura del 100% por parte de las Aseguradoras de Salud.

### **4.3.3 Impacto en el mercado**

De todo lo anteriormente explicado surge que la industria farmacéutica a través de sus tres principales cámaras celebra convenios marco para la dispensación de medicamentos y la liquidación de descuentos con las obras sociales y empresas de medicina prepaga más importantes del país, y que la misma industria audita y administra estos convenios a través de las mandatarias.

Si bien este esquema puede impactar de forma positiva en la reducción de costos de transacción y auditoría de la prescripción y consumo de medicamentos por parte de los agentes de seguro de salud, existen otros impactos negativos que deben ser tenidos en cuenta. El hecho de que el sistema se encuentre administrado indirectamente por los laboratorios facilita la posibilidad de intercambio de información sensible entre los agentes que forman parte de la Industria, elevando las barreras a la entrada a actores que no se encuentran integrados al mismo.

Al controlar directamente las dos principales mandatarias, la Industria controla casi la totalidad los recursos financieros de toda la cadena comercial. Ello les da a los laboratorios un fuerte poder de negociación frente a las farmacias, permitiéndoles manejar los plazos de pagos según su conveniencia.

El actual esquema de funcionamiento de los laboratorios permite establecer que las mandatarias, especialmente Farmalink, funcionan como un tipo de colusión institucionalizada, donde los laboratorios coordinan decisiones comerciales. Diferentes fuentes del mercado indican que esta práctica incluye la repartición de “cupos” de mercados.

---

importante número de laboratorios de menor envergadura quedó fuera de los convenios de seguridad social, viendo reducido su negocio a la venta libre o la prescripción sin cobertura (BDO, 2008, p. 12).

La mandataria funciona entonces como una barrera a la entrada de nuevos competidores, favoreciendo así el incremento de poder de mercado y de colusión. Esta mandataria brinda además las condiciones para favorecer la formación y funcionamiento de las actividades colusivas, facilitando la coordinación de actividades. Esto genera bajos costos de organizar el cartel, lo que también favorece la colusión.

Otro elemento que la teoría establece como favorecedor de los carteles, es la existencia de contratos de largo plazo, como pasó con el convenio entre PAMI y Farmalink.

Además,

Luego de analizar el último gran eslabón de la cadena de producción, se refuerza la teoría de que el Estado debe intervenir para desarticular esta integración vertical que durante tantos años fue silenciada y disimulada por todos los medios posibles por los grandes laboratorios. No sólo resulta cuestionable que dicha concentración haya sido autorizada en aquel momento, sino que la situación de competencia del mercado actual ha variado de forma determinante y actualmente la posesión de las empresas mandatarias por parte de los laboratorios genera y profundiza diversas fallas de mercado como la asimetría de información y diversas barreras a la entrada.

En la actualidad son los laboratorios los únicos agentes que cuentan con información completa del mercado, y con influencia a lo largo de toda la cadena productiva. Al manejar las liquidaciones de las principales obras sociales y prepagas, los laboratorios farmacéuticos que participan de las mandatarias acceden a información clave para su toma de decisiones, que el resto de los laboratorios y participantes de la cadena de valor no pueden acceder, obteniendo así una ventaja competitiva desleal.

El Estado debe necesariamente intervenir el mercado para corregir estas fallas, y que sea la autoridad pública quien cuente con información completa respecto de un mercado tan sensible y esencial para el bienestar de la población.

#### **4.3.4 Cambios en el convenio PAMI**

En diciembre del 2017, a través de la Resolución 1267 del PAMI, se anunció que se había aprobado el modelo de Convenio Específico al Convenio Marco de Cooperación y Asistencia -INSSJP N° 42/17- entre el Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJP) y la Federación Farmacéutica (FEFARA) y que se celebraría el primer Convenio Específico de Cooperación.

Este convenio contiene las siguientes cláusulas:

PRIMERA: Objeto. FEFARA otorgará al INSTITUTO el derecho de uso de los sistemas informáticos de validación en línea de la dispensa de medicamentos ambulatorios, en adelante los “SISTEMAS INFORMÁTICOS”, bajo los términos y condiciones establecidos en el “CONVENIO MARCO” y en los convenios específicos que LAS PARTES celebren, sin que ello implique erogación para alguna de ellas.

SEGUNDA: A los fines indicados en la cláusula primera, las partes acuerdan implementar de forma inmediata los “SISTEMAS INFORMÁTICOS” con el objetivo de que el servicio de validación en línea se encuentre operativo y en producción el 1º de abril de 2018, contando con un período de prueba de 60 días previos.

Esto implicaría que el PAMI dejaría de contratar los servicios de Farmalink para administrar su convenio con la Industria Farmacéutica. Tras varias rondas de negociaciones, los laboratorios cedieron descuentos adicionales para el convenio, e incluso aceptaron no cobrar por los servicios de la mandataria, pero sigue siendo Farmalink quien administra el convenio. Sin embargo, debe seguirse con atención el desarrollo de esta posible medida ya que implicaría cambios sustanciales para el sistema.



## **Capítulo 5: Debate con el “mainstream” sobre la competencia en el Mercado de Medicamentos Ambulatorios en Argentina.**

En este capítulo se busca debatir con los principales trabajos elaborados por la visión dominante del sector, respecto al nivel de competencia en el segmento de medicamentos ambulatorios. Si bien esta sección aporta al Estado del Arte y a destacar la relevancia del tema, se ha decidido plantear este debate en mayor detalle posteriormente a la caracterización del sector, y del submercado de medicamentos ambulatorios en particular. Esta decisión se basa en el nivel de complejidad y la cantidad de datos que es necesario tener para poder comprender la importancia de estudiar este segmento de forma integral y comprensiva y no sólo realizando un análisis del segmento “upstream” del mercado. Es decir, no sólo evaluando la cantidad de medicamentos de venta al público que circulan en el país, sino comprendiendo todo el entramado por detrás de ello.

Para esto, resulta interesante mostrar el mecanismo que utiliza la Industria (los laboratorios) a través de sus diferentes voces para argumentar que el mercado es altamente competitivo y que no debería cuestionarse su dinámica.

### **5.1 Debate con la Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas (FIEL)**

Uno de los trabajos más destacados escritos sobre el mercado de medicamentos en Argentina en los últimos años y con el cual se va a discutir, es el trabajo de FIEL llamado “La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina”, escrito por S. Urbiztondo, W. Cont y M. Panadeiros. FIEL se define a sí mismo como “un organismo de investigación privado, independiente, apolítico y sin fines de lucro, dedicado al análisis de los problemas económicos de la Argentina y América Latina. Fue fundada en 1964 por las organizaciones empresarias más importantes y representativas de la Argentina, a saber: la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, la Cámara Argentina de Comercio, la Sociedad Rural Argentina y la Unión Industrial Argentina”<sup>26</sup>.

---

<sup>26</sup> En principio cabe destacar que esta definición resulta como mínimo discutible, sino insostenible. Que un centro de investigación privado financiado por los grandes empresarios del país, sostenga que sus investigaciones son “apolíticas” representa una contradicción en sí misma. Resulta evidente que los trabajos que realizan tienen un claro sesgo en defensa de las prácticas empresarias, y este caso no es la excepción.

El trabajo citado tiene fecha de enero 2014, y evalúa la existencia de acuerdos colusivos al nivel de la industria farmacéutica en la Argentina en base a datos del mercado en el período 2001-2011. Y como el propio trabajo anticipa, los resultados obtenidos no sostienen la hipótesis de cartelización al nivel de laboratorios farmacéuticos sino que por el contrario, son consistentes con una hipótesis competitiva en la cual existe una fuerte competencia multi-dimensional entre ellos, observándose importantes variaciones en las participaciones de mercado de los distintos laboratorios en las clases terapéuticas más importantes, al mismo tiempo que también se verifican reducciones de precios reales y esfuerzos significativos de innovación y comercialización vía lanzamiento de nuevos productos, que a su vez se traducen en una comparación internacional de precios favorable.

El escrito de FIEL se trata de un extenso trabajo dedicado a defender la hipótesis de existencia de competencia en el mercado de los medicamentos argentino en la actualidad. Las conclusiones a las que el trabajo arriba no son sorprendidas si se tiene en cuenta que ya al inicio del documento los autores agradecen el apoyo de CILFA en el financiamiento de dicha investigación.

Respecto de los diferentes actores que intervienen en la cadena (laboratorios, distribuidoras, droguerías y farmacias), el trabajo de FIEL sostiene que, “tratándose de actividades tecnológicamente bien diferenciadas, llevadas a cabo fundamentalmente por empresas distintas (ya que la integración vertical sólo se observa de manera relevante, aunque es igualmente parcial, entre laboratorios y distribuidoras), el análisis del proceso competitivo claramente admite una fragmentación vertical: pese a que la forma en la que compiten los laboratorios entre sí no es independiente de regulaciones y prácticas comerciales en el resto de los eslabones de la cadena de valor, sostienen que el análisis de la competencia entre laboratorios puede tomar como un dato la existencia de actividades de transporte, logística, fragmentación y comercialización minoristas en las cuales se presume un proceso competitivo dinámico” (FIEL, 2013, p. 6).

Nótese que, desde el planteo inicial, el trabajo desconoce la integración vertical existente entre los laboratorios y las mandatarias. También sostienen desde FIEL que, si bien es cierto que restricciones o incidencias derivadas de desvíos o características competitivas imperfectas en el resto de la cadena vertical podrían provocar distorsiones en el proceso

competitivo al nivel de los laboratorios, la verificación de un proceso competitivo dinámico entre éstos –como el que resulta del análisis llevado a cabo en su investigación– exige de considerar este segmento conjuntamente con el resto. Si, en cambio, el estudio hubiera arrojado un problema competitivo *upstream* habría sido necesario evaluar si el origen de éste estaba relacionado con eventuales conductas o estructuras imperfectas *downstream*.

El informe de FIEL entonces plantea como objeto general examinar la naturaleza del proceso competitivo en la industria farmacéutica argentina al nivel de los laboratorios. Para ello, se basan en datos de IMS (*International Medical Statistics*), en la cual no se incluye el canal Institucional<sup>27</sup>.

Y sostienen que “no obstante este objetivo general, el estudio se organiza en torno al análisis de la hipótesis de cartelización a nivel de laboratorios, evaluando si la evidencia disponible sostiene o es consistente con la hipótesis de existencia de acuerdos colusivos a nivel mayorista, en los cuales los laboratorios coordinan no competir –o administrar una competencia mínima– para aumentar así sus beneficios de manera sostenible en el tiempo. La organización del estudio en torno a la evaluación de esta hipótesis se fundamenta técnicamente al considerar el caso argentino en el contexto de la experiencia internacional *antitrust* y tiene un doble objetivo. En primer lugar, concentrar la descripción competitiva del sector en torno a un hilo conductor que facilita la comprensión de las distintas dimensiones analizadas. En segundo lugar, aportar elementos de juicio que permitan responder de manera directa a la acusación realizada por Farmacity que actualmente pesa sobre la industria farmacéutica en un conflicto comercial bajo análisis en la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC). Se trata de la denuncia presentada a mediados de 2012 por Farmacity contra distintos actores del mercado (incluyendo centralmente a los laboratorios y sus tres cámaras empresariales), a su vez una respuesta frente a una denuncia previa (agosto de 2011) por competencia desleal contra Farmacity de

---

<sup>27</sup> Esto quiere decir que sólo se registran las ventas de medicamentos de las droguerías a las farmacias y se excluyen las ventas a instituciones públicas y privadas. Como destacan en el informe según la Encuesta de Canales 2011 realizada por IMS, las ventas por droguerías y farmacias representan en conjunto aproximadamente el 88% de las ventas totales de medicamentos (81,3% y 6,9%, respectivamente), de manera tal que las ventas institucionales representan poco más del 10% del total.

parte de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA)”. Esta denuncia se entiende en el marco de la rivalidad existente entre los grandes laboratorios y Farmacity.

Al respecto, la investigación de FIEL continúa diciendo que “en efecto, la denuncia de Farmacity ante la CNDC construye el siguiente argumento: el mercado argentino de medicamentos está cartelizado y controlado por los laboratorios, quienes a pesar de mostrar ventas atomizadas están coordinados por sólo tres cámaras (CILFA, CAEMe y COOPERALA) que pueden acordar sus actividades a través del control vertical que ejercen sobre las etapas siguientes “aguas abajo” (esto es, la distribución mayorista primaria – distribuidoras– y la distribución mayorista secundaria –droguerías–) hasta la comercialización minorista de las farmacias, lo cual es instrumentalmente facilitado por Farmalink, quien actúa como “*clearing house*” registrando ventas de las distintas farmacias acogidas al convenio PAMI” (FIEL, 2013, p. 7).

En ese sentido, más allá de los detalles instrumentales que Farmacity señala en su denuncia respecto del mecanismo por el cual existiría tal cartelización, el informe de FIEL evalúa la información de mercado que considera más relevante, y que permitiría examinar la hipótesis de la existencia de un acuerdo colusivo entre los laboratorios activos en la Argentina. Y sostiene que en ausencia de evidencia concluyente respecto de acuerdos de no competencia suficientemente explícitos que sean *per se* considerados incriminatorios, la evidencia de mercado obtenida debe contrastarse con la que correspondería a la hipótesis de cartelización. Esta hipótesis, como oposición a una situación de competencia dinámica (potencialmente cambiante e inestable), presumiblemente estaría caracterizada por la ocurrencia conjunta de varias características, entre las que se pueden destacar las siguientes: i) participaciones de mercado estables en el tiempo; ii) precios que no reflejan conductas competitivas (por ejemplo, que son inmunes a cambios legislativos que promueven una mayor competencia vía precios); y iii) mínimos esfuerzos competitivos en dimensiones que no son verificables fácilmente por los competidores (inversión promocional o publicitaria, innovación, etc.).

Y plantean los siguientes interrogantes como guía de su investigación: ¿Puede inferirse la existencia de un acuerdo colusivo si las participaciones de mercado de los laboratorios activos en el país son inestables en el tiempo? ¿Puede concluirse sobre la existencia de un acuerdo de precios si éstos no aumentan –en términos reales– cuando la demanda es mayor?

¿Pueden los laboratorios acordar precios de manera sostenible en el tiempo si, al mismo tiempo, explotan decididamente las instancias competitivas diferentes al precio – competencia por calidad, diferenciación, promoción, etc. – para obtener una mayor participación de mercado?

“Dado que los acuerdos colusivos contienen compromisos de no competir pese a que cada miembro participante tiene incentivos de corto plazo para incumplir tal compromiso y que por ende resulta central para la viabilidad del mismo poder verificar el cumplimiento de los acuerdos de manera de penalizar los desvíos, no es posible (o imaginable) que las empresas que conforman un cartel, o que acuerdan competir de manera tenue, mantengan tal comportamiento cuando sus beneficios son inestables debido a que sus ventas y participaciones de mercado también lo son” (FIEL, 2013, p. 8).

Desde FIEL plantean entonces que la verificación de la hipótesis de cartelización requiere observar que las participaciones de mercado sean estables en el tiempo, que los precios de los medicamentos sean elevados o independientes de cambios regulatorios tendientes a fomentar una mayor competencia vía precios, que los laboratorios coordinen la introducción de nuevos productos o que éstos se mantengan homogéneos en el tiempo (o con ingresos simétricos, división de mercados en estrategias *multi-market*, etc.), que los esfuerzos de promoción (y de cualquier tipo de competencia distinta del precio) sean mínimos, etc. Y, en consecuencia, que la no verificación de una sola de estas eventuales evidencias, compatibles con la hipótesis de existencia de un acuerdo colusivo a nivel mayorista, ya debilitaría significativamente la posibilidad de cumplimiento de la misma.

La inestabilidad de los *market shares* constituiría una evidencia importante para rechazar la hipótesis aun si los cambios regulatorios que promueven una mayor competencia vía precios –por ejemplo, la Ley 25.649 de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico – hubieran sido inefectivos o si los laboratorios compitieran sólo vía precios y sin innovación de productos. La efectividad de estos cambios regulatorios pro-competitivos constituiría una evidencia también tendiente a rechazar la hipótesis de cartelización (o al menos, de una “cartelización fuerte” o “relevante”) aunque los *market-shares* de los laboratorios no hubieran variado significativamente; etc. En tal sentido, anticipan, que cuanto

mayor sea la evidencia empírica contradictoria con el cumplimiento de la hipótesis de cartelización, menos creíble –más ciertamente infundada– resulta la misma.

Tras un largo desarrollo, el trabajo concluye que a la luz de la teoría económica sobre acuerdos colusivos y la evidencia doméstica e internacional, el segmento upstream de medicamentos en Argentina no luce como un mercado con alta propensión a la cartelización o a la realización de conductas anticompetitivas individuales. Entre las razones más importantes destacan:

(i) la escasa participación de productos con protección patentaria (cuya fortaleza ha sido el punto neurálgico en la mayoría de los conflictos antitrust en el segmento upstream de los medicamentos en EE. UU. y Europa) y más generalmente las escasas barreras a la entrada.

Sin embargo, aunque ciertamente no existen barreras legales a la entrada a determinados mercados (o sea, a la producción de un tipo de medicamento), se ha visto que existen barreras a la entrada construidas por los grandes laboratorios a través de limitar la participación en el convenio PAMI, y a través del desincentivo en la sustitución de marcas comerciales por parte del farmacéutico, en ambos casos operando a través de Farmalink.

(ii) el consecuentemente elevado número de oferentes activos en el mercado (a diferencia de otros casos domésticos como el de cemento o el de oxígeno líquido), agrupados en varias cámaras que se han enfrentado entre sí en distintos conflictos históricos.

Pero como ya se advirtió, el alto número de participantes en el mercado es engañoso ya que las ventas están fuertemente concentradas en pocas empresas. A su vez, el análisis debe hacerse por banda terapéutica, no simplemente contando la cantidad de laboratorios que producen en el país.

La experiencia muestra que, más allá de algunas disputas internas entre las cámaras, los roles están divididos y claros. Estos roles y “peso” tienen correlación con la participación de cada cámara en Farmalink (40-40-20-0). Se trata de un *status quo* que, aunque intenta ser cuestionado desde CAPGEN y Farmacity, aún no logra romperse.

(iii) los antecedentes mismos de la CNDC en materia de F&A en el sector, ya que la misma no ha juzgado hasta el momento que hubiera un problema de insuficiente competencia o riesgo de cartelización en la industria antes de cada fusión analizada; y

(iv) distintas características propias de los oferentes y de los productos (heterogeneidad de los productos, asimetría entre laboratorios de distinto tamaño y objetivos, etc.). Por otro lado, si bien los precios de los medicamentos tienen alta visibilidad, plantean que durante los 5 años previos habían estado sujetos a regulaciones estrictas, y que conforman sólo una de las dimensiones en las que compiten los distintos laboratorios entre sí (que son además de escasa visibilidad, como los esfuerzos promocionales, de comercialización, innovación, etc.).

Si bien es cierto que ha habido de hecho regulación en los precios, se recuerda aquí que los laboratorios han encontrado diversas estrategias para evadir dichas regulaciones.

El trabajo continúa afirmando que “en el mercado de medicamentos en conjunto se observa una escasa concentración considerando las participaciones de mercado de los distintos laboratorios individualmente (la cual igualmente sería relativamente baja si se consolidaran laboratorios en grupos económicos bajo un control accionario común o compartido) y se detecta también cierta inestabilidad en las participaciones de mercado y los posicionamientos en el ranking de ventas de los laboratorios” (FIEL, 2013, p. 10). Pero dicha afirmación cuenta con poca evidencia respaldatoria, ya que existen al menos 3 grupos económicos en el país que concentran una importante porción del mercado de medicamentos.

También concluyen que, llevando el análisis de los mercados de medicamentos al nivel 3 del IMS, luego de analizar 130 clases terapéuticas pertenecientes a 5 grupos anatómicos, se verifica que si bien la concentración de mercado aumenta al fragmentar la industria en varios mercados relevantes (esto es, los laboratorios tienen mayores market shares allí donde están presentes), también aparecen situaciones donde la inestabilidad de tales market shares es mucho más importante. Y que en general, en las clases terapéuticas en las que los precios reales de los medicamentos han aumentado, ello tampoco resulta problemático desde el punto de vista competitivo: o bien pueden explicarse por la introducción de nuevos productos y cambios de mix de productos o de laboratorios, o bien dichos aumentos están acompañados

por una fuerte inestabilidad en los market shares de los laboratorios participantes (típicamente de facturación intermedia –y no los laboratorios líderes de la industria).

Por último, sostienen que los laboratorios han demostrado continuos esfuerzos competitivos en dimensiones distintas de precios, en particular la innovación por medio del lanzamiento de nuevos productos, lo cual es inconsistente con la hipótesis de cartelización. Pero debe recordarse que en muchos casos la “innovación” de los laboratorios, era impulsada por el intento de escapar a los controles de precios más que por el incentivo a competir. Es decir, muchas veces se trató sólo de asociaciones nuevas que no cambian lo sustancial del producto, pero que con una mínima modificación les permitía presentarlo como un producto nuevo y por lo tanto con un precio nuevo. De esta forma, luego discontinuaban el producto que era objeto de control de precios por parte del Estado y dejaban en circulación el nuevo producto con un precio mayor.

Además, el lanzamiento de nuevos productos y la promoción y publicidad de los mismos, se vincula con el constante esfuerzo de los laboratorios por generar lealtad a sus marcas comerciales y limitar la circulación de los medicamentos genéricos no publicitados. Que, si bien es una forma de competir, ya se vio que la competencia con estos medicamentos genéricos no publicitados es desleal ya que constantemente limitan su crecimiento levantando barreras a la entrada como la explicada para el caso del convenio PAMI.

Es importante poder identificar los fuertes supuestos contenidos en este trabajo. Por empezar, plantean que no existe integración vertical salvo entre las distribuidoras y los laboratorios. Y no sólo existe un grado considerable de integración en algunos de los grandes grupos económicos como el Grupo Roemmers, sino que la principal integración vertical se da, como se mostró anteriormente, entre los laboratorios y las mandatarias. El impacto de esta integración tiene una relevancia destacada que es completamente ignorada en este tipo de abordajes.

Sin embargo, el no reconocimiento de estas integraciones verticales es la base sobre la cual el trabajo de FIEL se basa para plantear que es perfectamente posible analizar la competencia tomando cada segmento por separado. Y es importante destacar esta metodología ya que es la que suele guiar las investigaciones en este sector. Pese a que los debates de esta naturaleza



sin duda aportan a la discusión, ya que ciertamente es importante analizar cuántas opciones tiene el paciente cuando va a la farmacia a comprar y a qué precios, la hipótesis de esta investigación es que dicho análisis es insuficiente.

El trabajo de FIEL realiza una fuerte definición al plantear que, como se verifica un proceso competitivo dinámico entre los laboratorios (verificación que se hace en su propio trabajo), no resulta necesario analizar este segmento (laboratorios) con el resto de la cadena. El planteo metodológico sostiene que, si al analizar únicamente el segmento de laboratorios, este resulta competitivo, entonces puede tomarse como válida la realización del análisis diferenciando por cada eslabón. Sin embargo, en base a lo desarrollado a lo largo del presente trabajo de investigación, se sostiene que el planteo de FIEL es claramente inválido. Como se advirtió previamente, operando a través de las mandatarias, de su influencia en las farmacias y en los médicos, y a lo largo de toda la cadena de producción, los laboratorios tienen una gran influencia en el mercado. Por lo tanto, no se los puede analizar en su accionar únicamente como productores de medicamentos. Son también como quienes manejan las distribuidoras, fijan los márgenes de las droguerías y farmacias, y tienen a su cargo la validación de las recetas y administración de los más importantes convenios farmacéuticos del país.

Sin embargo, desde FIEL sostienen que sólo en el caso de registrarse un problema de competencia *upstream* hubiese sido necesario revisar conductas o imperfecciones *downstream*. Por el contrario, en la presente investigación se levanta el supuesto de que se puede realizar un análisis acabado de la competencia en el mercado de los medicamentos, poniendo el foco únicamente en la oferta final de los laboratorios. Es por esto, que se caracterizó y debatió el sector incluyendo entre otras cosas, el rol clave que juegan las mandatarias en el circuito de aprobación y pago de los medicamentos ambulatorios, que impacta directamente en la competencia *upstream* del mercado.

El rol de las mandatarias en el mercado es un tema que prácticamente no ha sido abordado por trabajos de investigación en la Argentina. Los grupos concentrados del sector se esfuerzan especialmente para que no se pongan estas empresas en el foco de la discusión, que no sean cuestionadas, buscando desviar constantemente la discusión al único plano donde puede percibirse una aparente competencia.

Al respecto del trabajo aquí debatido, desde FEFARA ya habían manifestado que “la industria se ha adelantado al ataque de la Defensa de la Competencia y encargó, en el año 2013, un documento al equipo FIEL”. Dejando también clara su postura respecto al rol que juega esta investigación desarrollada por FIEL.

## **5.2 Debate con el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)**

Un segundo trabajo que se encuentra en la misma línea es el titulado “Evolución de la Estructura del Mercado Farmacéutico Argentino ante un Contexto de Cambio Regulatorio Análisis de los Determinantes de Competencia en Seis Clases Terapéuticas”, escrito por Daniel Maceira y Alfredo Palacios, integrantes del CEDES. El trabajo fue elaborado durante el año 2013 y publicado en 2014, y tal como exhibe el documento en su presentación, contó con el aporte de la Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA).

El trabajo plantea que “dada la demanda por avances tecnológicos que contribuyan a una vida más extensa y plena, la innovación en nuevas drogas hace de este sector uno de los más dinámicos en términos de investigación y desarrollo. Asimismo, la necesidad de hacer estos productos accesibles a la población fomenta el debate sobre políticas de regulación y acceso a medicamentos, que se reproducen con particularidades en cada contexto nacional. Más allá de ello, el sector farmacéutico no muestra ser un todo homogéneo, sino que se encuentra conformado por un amplio abanico de clases terapéuticas cuyas características requieren de un tratamiento particular. Los diferenciales de necesidad y cronicidad de los motivos de consumo de cada grupo reflejan patrones de comportamiento muy disimiles, tanto desde la perspectiva del usuario como desde la de los profesionales de la salud, que en la gran mayoría de los casos determinan los espacios de demanda” (CEDES, 2014, p. 3).

Sostienen entonces, que esto último (el amplio abanico de clases terapéuticas con características particulares) debería orientar la toma de decisiones en política pública, como también fomentar la elaboración de conductas regulatorias no-homogéneas, donde las potenciales acciones –y la significatividad de su impacto- varía ampliamente. Estas incluyen, por ejemplo, regulaciones para orientar la prescripción (como es el caso del Programa Médico Obligatorio) o el consumo (Ley de Genéricos), financiamiento para fomentar el

acceso a sectores rezagados económicamente (Programa Remediar), y desarrollos productivos propios (producción pública de medicamentos) para abastecer las necesidades de los establecimientos públicos provinciales y municipales de salud.

En este sentido, el trabajo del CEDES propone ‘‘separarse de la mirada generalista del sector para concentrarse en las características propias de un grupo seleccionado de seis clases terapéuticas para el periodo 2005-2012: Analgésicos, tranquilizantes, drogas para el tratamiento de la úlcera péptica, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), reductores del colesterol y los triglicéridos, y drogas para el tratamiento de la hipertrofia prostática benigna. Cada una de estas clases terapéuticas representa tramos particulares del mapa de medicamentos en Argentina, tanto por su diversidad tecnológica, su estructura de concentración y competencia, como por los determinantes de su demanda y el rol que la reputación y el precio juegan al momento de establecer pautas de consumo’’ (CEDES, 2014, p. 3).

Esto ya deja ver que el trabajo, al igual que el planteado por FIEL, va a poner la lupa en la competencia upstream, sin considerar ninguna otra variable respecto a la dinámica del sector.

Y continúa: ‘‘En particular, la última década fue testigo de fuertes innovaciones en materia de política de medicamentos. Producto de la crisis desencadenada en 2002, la capacidad del Estado para adquirir productos y servicios se vio fuertemente afectada, particularmente en aquellos con mayor contenido importado. Ello derivó en riesgos de desabastecimiento, desafíos a los esquemas de protección social en salud existentes, y un incremento del gasto de bolsillo de las familias. Varias de las políticas mencionadas anteriormente fueron producto de este delicado contexto macroeconómico e institucional. Este estudio propone avanzar en esta dirección, aportando al debate algunos elementos que posibiliten analizar la correlación entre las políticas ejecutadas a nivel nacional y el potencial impacto que podrían haber tenido las mismas sobre los grupos terapéuticos escogidos’’ (CEDES, 2014, p. 4).

Asimismo, siguiendo la literatura empírica sobre estimación de funciones de demanda, el trabajo propone complementar el análisis de estadística descriptiva con el uso de modelos econométricos, con la finalidad de medir las funciones de demanda en las seis clases terapéuticas escogidas. La cuota de mercado de cada producto/marca/laboratorio (definida

como la proporción de ventas sobre el total de su grupo) se encuentra determinada por las preferencias de los individuos (usuarios y profesionales), quienes eligen un producto por sobre cualquier otra alternativa.

El trabajo llega a dos conclusiones interesantes. La primera es que las clases terapéuticas asociadas con eventos agudos de salud o enfermedades más riesgosas para la vida se identifican con respuestas menos significativas por parte de los consumidores ante aumentos de precios (demandas relativamente inelásticas). Por el contrario, productos farmacéuticos vinculados con dolencias leves o crónicas generalmente cuentan con reacciones más significativas ante aumentos de precios (demandas relativamente elásticas).

La segunda es que en general, los precios no muestran ser determinantes significativos al momento de definir participaciones de mercado, a diferencia de factores asociados con mecanismos de diferenciación de producto. Ellos facilitan el desarrollo de lealtad y adherencia a productos, aún con precios relativamente más elevados (CEDES, 2014, p. 5).

Si bien estas conclusiones son importantes y aportan al estudio del mercado, nuevamente se trata de un análisis que recorta como objeto de estudio únicamente el comportamiento de la oferta y demanda en el último eslabón de la cadena. No menciona todo el circuito de publicidad desde los laboratorios hacia los médicos, que determina el accionar de éstos. Expresa como motivo la “percepción de calidad”, cuando en realidad, se estima que pese a que existe una lealtad a la marca generada a través de la publicidad, una importante parte de las prescripciones médicas están orientadas por los médicos en base a los regalos y “acuerdos” que tienen con los laboratorios, y no por una convicción profesional de superioridad de una marca por otra. Como se viene advirtiendo, gran parte del consumo en el segmento de medicamentos ambulatorios es orientado por los médicos. La percepción de calidad que mencionan está ampliamente asociada a las recomendaciones de los médicos, y no se basa en información completa por parte del paciente/consumidor. Y como el mismo trabajo concluye, tampoco son los precios el mayor determinante del consumo. Son los propios laboratorios que están por detrás de los médicos, quienes recomiendan marcas comerciales a los pacientes.

El trabajo continúa diciendo que “se observa que los precios promedio del sector han crecido a una tasa inferior a la inflación en términos reales, en la medida que se los compara con el índice de precios al consumidor para el periodo 2005-2012 bajo estudio. Sin embargo, la comparación entre precios promedio de cada grupo y el surgido de las cuatro presentaciones/marcas más vendidas presenta movimientos idiosincráticos particulares. Ellos se encuentran asociados a los niveles de competencia de cada clase, los que a su vez se ven influidos por la antigüedad del mercado, el número de drogas activas presentes en cada clase, y la capacidad de diferenciación de laboratorios y marcas” (CEDES, 2014, p. 5).

Esta definición respecto al aumento promedio de los precios oculta las sistemáticas maniobras que han llevado adelante los laboratorios en los últimos años para realizar aumentos encubiertos de precios. Maniobras que tal como se explicó, van desde cambios de presentación y discontinuación de productos, hasta falsas innovaciones que permiten relanzar como nuevos productos, con nuevo precio, medicamentos ya existentes. Por eso es necesario estudiar con mucho cuidado las fuentes de información de las cuales surgen estos índices.

Por último, sostienen que “a partir de estas conclusiones, y más allá de extender los resultados alcanzados a otras clases terapéuticas, surge como potencial agenda de trabajo encontrar espacios de colaboración regulada que potencie la competencia en los mercados con mayores niveles de concentración, facilite el control de medicamentos genéricos y normalice satisfactoriamente la estructura de drogas y productos disponibles a través del PMO. Un espacio particular para el desarrollo de esquemas específicos de articulación y regulación se sitúa en el Programa Remediar, ampliando la capacidad para garantizar medicamentos orientados hacia los más necesitados. En todo caso, las morfologías particulares de las diferentes clases terapéuticas deben ser analizadas a fin de brindar prioridad a mecanismos de intervención eficaz” (CEDES, 2014, p. 6).

Como puede verse, si bien el trabajo incluye algunas variables y el vínculo con políticas públicas, dando un paso más que FIEL hacia un análisis comprensivo del mercado, nuevamente, quedan por fuera algunos puntos claves como la integración vertical del sector, principalmente entre los laboratorios y las mandatarias. Tampoco incluyen el rol de la “promoción” a través de la cual los laboratorios direccionan el consumo. Esto último, pueden hacerlo en la medida que los consumidores sigan teniendo información incompleta

sobre la verdadera diferencia, o mejor dicho, sobre el nivel de homogeneidad, que existe entre las marcas comerciales más caras y las de los genéricos no publicitados. Es decir, mientras no se haga efectiva la Ley de Genéricos ni se promocióne su uso.

### **5.3 BDO Argentina**

También se incorpora al debate el informe de la consultora BDO “Laboratorios e industria Farmacéutica. Reporte sectorial” del año 2013. El informe de BDO realiza una caracterización del sector, y destaca el rol predominante de los laboratorios en el mecanismo de formación de precios.

Este informe, sigue en términos generales la línea de FIEL y CEDES al afirmar que se trata de un mercado competitivo y al desconocer que los principales medicamentos de marca, propiedad de los grandes laboratorios, son también medicamentos genéricos que se benefician del desarrollo tecnológico alcanzado por otras compañías. En este sentido, sostienen que “El ambiente en que se desarrolla la industria farmacéutica se caracteriza por ser altamente competitivo. Las compañías líderes compiten con la diferenciación de producto y el desarrollo de drogas que presentan mayor potencial (“laboratorios innovadores”). A su vez, estas empresas se enfrentan a una fuerte competencia por parte de laboratorios que producen medicamentos genéricos. Estos invierten escasos recursos en I&D, y se benefician con la producción de drogas cuyas patentes han expirado, o aprovechan los vacíos legales existentes en este aspecto (laboratorios “no innovadores”). En este caso, ofrecen productos a precios inferiores, debido a una menor estructura de costos, lo cual dificulta aún más la situación para las firmas innovadoras. Finalmente, toda la industria farmacéutica compite con otras formas de cuidado de la salud, debiendo demostrar que sus productos son potencialmente superiores a dichas alternativas” (BDO Argentina, 2013, p. 7).

Si bien también desconoce otros problemas como el de la integración vertical, realiza un aporte interesante al abordar, al menos de forma superficial, una de las principales fallas de este mercado, que es la asimetría en la información. Sostiene que “el mercado de medicamentos presenta estructuras de competencia imperfecta. En este caso, la asimetría de información, la heterogeneidad de los productos y la relativa escasez de oferentes, reducen el grado de competencia efectiva en el mercado” (BDO Argentina, 2013, p. 7).

Menciona muy brevemente a las mandatarias, sin resaltar el conflicto que implica que los mismos laboratorios que forman parte de los convenios, sean quienes los gerencian y auditan. Al igual que los anteriores trabajos, no se incluye información relevante sobre el circuito de financiamiento establecido por los laboratorios en relación con estos convenios, a través de los cuales logran transferir parte de los riesgos a las farmacias. Tampoco mencionan las barreras que ponen para el desarrollo de los genéricos no publicitados.

Sólo propone analizar la concentración en el sector, distinguiendo por grupo anatómico o clase terapéutica. Por lo que también aquí, se toma las ventas en el último eslabón de la cadena (farmacias) como único indicador de concentración económica.

Lo anteriormente dicho, aplica también para el informe realizado por KPMG (KPMG, 2014) sobre la Industria Farmacéutica. Describe a grandes rasgos el sector, analiza la evolución de las ventas, el peso de las importaciones/exportaciones, participación en las ventas según origen de capital de los laboratorios, etc. Y aunque reconoce que se trata de un mercado altamente concentrado, donde los primeros 20 laboratorios (13 de ellos de capitales nacionales) representan alrededor del 67% de la facturación total, sólo aborda la problemática analizando las ventas finales del sector.

#### **5.4 IMS Health**

IMH Health es la consultora más importante en temas de salud. Para analizar el mercado utiliza una Clasificación Anatómica que es el resultado de una elección efectuada por un grupo de especialistas de la industria farmacéutica. Siguiendo este criterio, en el trabajo de IMS Health (2011) de 3509 páginas, se realiza un análisis detallado por clase terapéutica/segmento, mostrando las ventas y porcentajes de mercado por especialidad medicinal y laboratorio. Se analiza tanto la participación de cada una de estas en el mercado como la porción de mercado de cada especialidad medicinal, es decir cada marca o producto diferente, dentro de su clase terapéutica. Detalla las unidades vendidas de cada una y la participación de mercado que eso representa, presentan informes anuales, etc.

También muestran nuevos productos y productos no comercializados durante el período; sumario de clases terapéuticas en unidades y valores; descripción de nuevos

productos/formas y modificaciones, datos de nuevos productos por clase terapéutica, por laboratorio, por valores y unidades; datos de venta de los principales laboratorios y principales productos; lista de cambios y correcciones de precios, ranking de laboratorios por clase terapéutica, etc. En definitiva, se dedica también a analizar la concentración horizontal del mercado farmacéutico, en base a cientos de submercados.

### **5.5 Otras investigaciones**

Los trabajos referenciados anteriormente son algunos de los más significativos y referenciados dentro del sector. Pero existen numerosos trabajos que abarcan temáticas vinculadas a la producción de medicamentos que no siguen esta línea. Sin embargo, la mayoría de ellos, si bien no se encuentran alineados con las principales ideas por detrás de trabajos como el de FIEL, se limitan a descripciones más superficiales del sector.

Este es el caso por ejemplo del informe de la Asociación de Agentes de Propaganda Médica (AAPM) sobre la Industria Farmacéutica del año 2009, que si bien representa una fuente interesante para la obtención de datos, se limita a presentar la cantidad de empresas que operaban en ese año en el país, el origen de sus capitales, su agrupación en las diferentes cámaras empresarias del sector, agrupamiento por grupo económico, la distribución del mercado y la evolución del mercado en ingresos y unidades. También realizan un análisis de la concentración de las ventas, que, aunque resulte en información es de gran relevancia para el debate, se limita al análisis upstream del mercado. Dar estas discusiones en los términos que plantea la industria es necesario, ya que, como este mismo informe muestra, existe una concentración preocupante que no dejan ver los informes realizados por intelectuales más orgánicos a las empresas. Sin embargo, la hipótesis de la presente investigación es que ese recorte del mercado no es suficiente para comprender la dinámica de funcionamiento y competencia del sector.

En otros de sus informes, AAPM sí realizan un aporte más contundente a esta discusión. Se trata del “Informe de Análisis. Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica”, donde abordan los diferentes procesos de fusiones y adquisiciones de los últimos años, del 2000 al 2011, y su



impacto en el empleo del sector, donde constatan un claro proceso de concentración a favor de los principales grupos farmacéuticos. A pesar de que este tema en particular no es abordado en la presente tesis, su debate es también crucial para contribuir al análisis de la competencia del sector, y se considera complementario al presente trabajo.

También resulta interesante tener en cuenta los informes que son oficiales, como el que publicó en 2016 el Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas, sobre cadenas de valor sobre “Salud, farmacia y equipamiento médico”. En la segunda sección sobre Farmacia, brinda datos interesantes para el análisis general del sector, en particular respecto a la formación del precio y el esquema de financiamiento. Pero salvo ese aporte, las mismas críticas realizadas a los informes de BDO y KPMG aplican para este.

En la misma línea, el trabajo “Complejo Farmacéutico. Serie “Complejos Productivos”, 2015” realizado por la Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, si bien menciona los rasgos y actores más importantes, y brinda datos útiles, no realiza ningún aporte adicional. Brinda datos sobre la balanza comercial del sector, evolución de ventas, empleo y salario, menciona rápidamente el marco institucional del sector (ANMAT, INAME, ANLIS) y plantea muy brevemente y de forma muy general algunos de los desafíos del sector. Sólo mediante un gráfico y algunas pocas referencias expone la dinámica del mercado de los medicamentos. Menciona a las mandatarias, pero sólo como las administradoras de los convenios. Tampoco hace mención del circuito de financiamiento de los convenios a través del traslado de riesgo de los laboratorios hacia las farmacias, el poder de determinación de precios de los laboratorios dentro de la cadena, etc.

En términos generales, la mayoría de los trabajos que se escriben sobre la Industria Farmacéutica presentan una estructura muy similar: presentan la industria a nivel global, luego una caracterización a nivel local, comercio exterior (datos de exportaciones/importaciones), datos del empleo asociado, mención y descripción a groso modo de los actores, en algunas se incluye el funcionamiento de la cadena de actores y los márgenes de precio, y suele agregarse algún dato de evolución de facturación y concentración por laboratorio. Según el estudio, se analiza más en profundidad la concentración por banda terapéutica, o por laboratorio, o por origen de capital, etc.

## **5.6 Investigaciones complementarias de la presente tesis**

Hay algunos trabajos que se citan a lo largo de esta tesis, que resultan investigaciones complementarias a la actual. Varios textos de Federico Tobar se incorporaron al análisis y han sido aportes valiosos, ya que el diagnóstico y propuestas del presente trabajo siguen una línea similar a la que él ha propuesto a lo largo de los años en diferentes textos.

Otro trabajo muy interesante es el del Centro de Estudios para el cambio Estructural (CECE, 2017), que además de brindar información importante, cuestiona de fondo el funcionamiento del sector y en particular el accionar de los laboratorios y su poder determinante en la cadena de valor. Cuestiona también que no haya bases públicas centralizadas sobre la evolución de los precios y destacan el importante rol del Estado como demandante. Advierte sobre la existencia de integración vertical entre producción y comercialización mayorista y aborda, al menos en mayor profundidad que el resto, el rol de las mandatarias y su modus operandi. Sus autores sostienen que el Estado debería tener un rol más efectivo como regulador de precios, aunque sin entrar en detalles de cómo debería hacerlo.

Si bien realizan también el análisis de concentración más típico por banda terapéutica, lo hacen luego de haber advertido todo lo previamente mencionado, lo que permite tomar ese análisis como un dato más y no el único para analizar la concentración y competencia en el sector.

Otro trabajo importante y cuya investigación es complementaria a la presente, es el de la CEPAL “La industria argentina frente a los nuevos desafíos y oportunidades del siglo XXI”. En la sección sobre la industria farmacéutica argentina, brinda un interesante aporte para debatir el sector, con lineamientos similares a los aquí presentados. Resalta el rol fundamental que juega el Estado en este sector, tanto como agente regulador como en su rol de consumidor. Aborda el tema de los medicamentos genéricos, brindando algunos lineamientos importantes que se incorporaron en la presente tesis, como es la necesidad de avanzar en los estudios de bioequivalencia para brindar mayor confianza e impulso a los medicamentos genéricos.

Reconoce y resalta el entramado de poder y maniobras que la industria implementa para mantener el predominio de sus productos de marca en el mercado e incorpora una sección de recomendaciones de medidas para el sector. Estas últimas, sin embargo, se encuentran más vinculadas al desarrollo estratégico de la industria y no a la forma de regularla, por lo que se presentan como complementarias a las medidas propuestas en la presente tesis. Proponen como lineamientos de acción llevar diferentes medidas a cabo con el objetivo de aumentar exportaciones, sustituir importaciones, avanzar en la producción de medicamentos biotecnológicos y medicamentos para patologías nacionales y regionales, así como la ya mencionada de trabajar sobre la bioequivalencia. También realiza aportes interesantes en su caracterización del sector sobre la dinámica empresarial, empleo y salarios del sector, comercio internacional, y el rol de la innovación en el mismo.

## **Capítulo 6: Propuesta de regulación del Mercado de Bienes para la Salud en Argentina**

En la actualidad los precios de los medicamentos en Argentina se encuentran desregulados. Cuando se registran “desvíos” o “fallas” del mercado, la única herramienta admitida por el liberalismo es la legislación antimonopolio, que en Argentina es regulada por la Ley de Defensa de la Competencia N° 25156. A grandes rasgos este tipo de legislación tipifica los comportamientos que atentan contra el “buen funcionamiento” del mercado y establece las multas o medidas correspondientes según la gravedad del hecho. Por tanto, se argumenta que, si la CNDC cumple correctamente su rol, no hay motivos para introducir mayores regulaciones en los mercados ni para que el Estado intervenga en la asignación de los recursos realizada por el mercado, ni en la distribución de la renta a lo largo de las cadenas de valor. En definitiva, consumidores bien informados y mercados competitivos gracias al cumplimiento al pie de la letra de la legislación antimonopolio serían el pasaporte al éxito para cualquier gestión liberal que decida “regular” el funcionamiento de los mercados de comercio interior. (Kodric y Langer, 2018, p 70). Pero como se ha explicado anteriormente, esta investigación no adhiere a dicha hipótesis y considera que la propuesta de regulación liberal difícilmente de resultados en la realidad, motivo por el cual se presenta una propuesta de regulación más completa y compleja, que se considera más realista para la generación de un impacto en el mercado.

A su vez, se sustenta en el entendimiento del acceso a la salud como un derecho y en particular la consideración de los medicamentos como “bienes meritorios”, es decir bienes que forman parte del capital social de una sociedad. Los bienes tutelares o meritorios son imprescindibles para el conjunto de la población, independientemente de su ingreso (DJII, p. 19). Por lo tanto, su acceso debe ser protegido y no depender únicamente de la capacidad individual de adquirirlo.

Como se mostró previamente, durante algunos años de la gestión de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner como presidenta, los precios eran regulados, principalmente mediante acuerdos con las cámaras de laboratorios. Si bien no se contaba con un marco regulatorio que avalara u obligara al sector privado a cumplirlo, durante mucho tiempo se logró cierta regulación “de hecho” del mercado. En octubre del año 2015, cuando la alianza Cambiemos gana las elecciones presidenciales, el panorama cambia rotundamente. Referentes del partido

PRO declararon públicamente que durante su gestión se eliminarían los controles de precio hechos por la Secretaría de Comercio. Desde ese momento, se dio una virtual desregulación de los precios y todos los acuerdos vigentes dejaron de ser cumplidos por el sector privado.

A esta altura del desarrollo, ha quedado en evidencia que se trata de un mercado de gran complejidad, donde intervienen una gran cantidad y variedad de actores, y con vínculos muy fuertes con el Estado. Por eso, se considera un aporte importante y original poder pensar la regulación del mercado de una forma comprensiva, integral, teniendo en cuenta múltiples aristas, y no simplemente focalizando en el precio final que llega al consumidor. Esto se encuentra en línea con la hipótesis original de esta investigación que sostiene que el abordaje de este mercado mediante el análisis únicamente de la oferta y demanda en el canal de distribución minorista (las farmacias) lleva a conclusiones y diagnósticos incompletos y erróneos.

El diagnóstico realizado hasta aquí permite avanzar hacia una propuesta integral de regulación del mercado, como la que se presentará a continuación. La elaboración de esta propuesta se apoya en discusiones y producciones intermedias del equipo de Salud de la Secretaría de Comercio durante los años 2014 y 2015.

Se comienza el capítulo con un repaso de la historia reciente de la regulación de precios en el mercado de medicamentos de Argentina, para luego presentar la propuesta de regulación sugerida para el futuro. Se ha decidido concentrar en tres grupos las propuestas de regulación. El primer grupo incluye a todas las fallas de mercado vinculadas con la *asimetría de la información*. El segundo grupo aborda de lleno la *regulación de los precios en el mercado*, con el objetivo de limitar el poder de determinación de los precios que ejercen los laboratorios, e incluye una propuesta de Ley para regular los precios de venta al público del sector (precios finales). En este caso se opta por incluir otros Bienes para la Salud, no sólo los medicamentos. En el tercer grupo se aborda toda aquella regulación vinculada al *rol directo del Estado*, no ya como agente regulador, sino como agente activo en la oferta y demanda de medicamentos. Dicho esquema propuesto para clasificar las propuestas de regulación es otro de los aportes originales de la presente investigación.

## **6.1 Historia reciente de la Regulación de Precios en el Mercado de Medicamentos de Argentina**

En el presente apartado se hará un breve recorrido por las formas de regulación de los precios de este mercado en la última década en Argentina. Se comienza por repasar la gestión de Guillermo Moreno, quien fuera el Secretario de Comercio Interior de Argentina desde octubre 2006 hasta diciembre 2013.

Durante su gestión, el control de los precios de los medicamentos consistía básicamente en la presentación de listas de medicamentos por parte de los laboratorios, a las cuales el Secretario les autorizaba un determinado porcentaje de aumento. Mediante este acuerdo, se autorizaba una suba anual promedio del 12%, con aumentos diferenciados según el segmento al que pertenecía cada medicamento (masivos, selectivos y premium). La división de los medicamentos en estos tres segmentos era fija, y no uniforme, por lo que productos similares podían quedar agrupados en distintos segmentos, o incluso presentaciones del mismo medicamento, y por lo tanto recibir diferente aumento de precio. A la larga, este acuerdo provocó una importante distorsión de precios entre presentaciones de la misma droga de diferentes laboratorios e incluso dentro del mismo laboratorio, producto del establecimiento de bandas y la imposibilidad de modificar la clasificación inicial de productos. Durante su gestión también se utilizó la iniciativa de ‘‘canasta de bienes congelados’’, que consistía en un grupo de medicamentos que no variaban sus precios.

Otra de las principales fallas que presentaron dichas regulaciones, era que los laboratorios desarrollaban estrategias para evadir estos porcentajes a través de las llamadas ‘‘transformaciones’’ (cambio de presentaciones con aumentos de precio) y lanzamiento de nuevas asociaciones. Ambas maniobras, que serán explicadas en mayor detalle en el siguiente apartado, profundizaban aún más las distorsiones de los precios relativos.

El inicio de la nueva gestión en diciembre 2013, con Augusto Costa como Secretario de Comercio, se encontró con un panorama muy conflictivo con esta industria, dado que la misma desoyó el pedido del recientemente asumido Secretario de esperar un tiempo para sentarse a revisar los precios del sector, e incurrió en una suba desmedida e inconsulta de precios en el trascurso de diciembre 2013 y hasta fines de enero de 2014, con aumentos

promedios de 23%. La cámara de laboratorios genéricos (CAPGEN) fue la única exceptuada de esta conducta. Es así como, desde el comienzo, la relación con el sector estuvo marcada por la tensión.

La nueva gestión explicó a la Industria que tenía dos objetivos principales: lograr pautas de aumento consensuadas entre la Secretaría y la Industria, y corregir las distorsiones entre precios relativos del mercado. Se buscaba asegurar que las modificaciones de precios futuras no limitaran la accesibilidad de la población a los medicamentos, pero que a su vez derivaran en una situación sostenible para la industria. En febrero de 2014 se logró el primer acuerdo con la industria respecto a los precios del sector, que fue aplicado en marzo.

○ **Acuerdo Marzo 2014**

Incluyó sólo los medicamentos ambulatorios (excluyó tratamientos especiales y venta libre). Obligó a retroceder los precios al 31-12-2013, y partiendo de allí se autorizó un aumento del 4% promedio por laboratorio. El aumento máximo permitido por producto fue del 25% respecto del 01-12-2013.

A mediados de año, los laboratorios incumplieron este acuerdo y comenzaron a subir los precios. En un período de dos semanas la gran mayoría de los laboratorios aumentaron alrededor de un 4% sus precios. Esto derivó en dos medidas tomadas por la SC:

- I. **Se inició una investigación en la CNDC por “colusión de precios”.** Esta se sumó a una investigación abierta unos meses antes para analizar la estructura y funcionamiento de los mercados de medicamentos. Durante el año 2014 la CNDC citó a prestar declaración testimonial a cerca de 150 laboratorios, cámaras de laboratorios, a las principales prepagas del país, a las principales mandatarias, droguerías y distribuidoras.
  
- II. **Aplicación de la Ley de Abastecimiento,** a través de la Res. 90/2014 se obligó a los laboratorios a retrotraer sus precios a los valores del 07/05/2014 y congelarlos por 90 días.

Según esta resolución, se había verificado que los precios sugeridos de venta al público de los principales laboratorios farmacéuticos, en proporciones superiores al 70% de sus

productos en el caso de los laboratorios con mayor participación en el mercado, pertenecientes a CILFA, CAEMe y COOPERALA, experimentaron subas de valores que, en promedio, se ubicaban en el 3% y 4%. Dichos aumentos se concentraron entre el 13 de mayo y el 26 de mayo de 2014, involucrando alzas corroboradas en 39 de los 45 laboratorios farmacéuticos más importantes en facturación del país.

Bajo los argumentos de que la disponibilidad de medicamentos a precios razonables resulta elemental para el resguardo del derecho a la salud para usuarios y consumidores, el aumento generalizado en un corto período de tiempo y en valores similares por parte de los principales laboratorios farmacéuticos del país, el Secretario de Comercio estableció la retrocesión transitoria del precio de venta de todos los medicamentos cuya comercialización se encontraba autorizada en el territorio nacional, a los valores vigentes al día 7 de mayo de 2014.

- **Acuerdo Septiembre 2014**

Este acuerdo fue el primero luego del congelamiento establecido por la resolución citada. Incluyó a la totalidad de los medicamentos. Permitió un aumento de 4% promedio por laboratorio con máximos de 5% por producto. Para aquellos medicamentos cuyo aumento acumulado entre 01-12-2013 y 02-09-2014 fue superior a 25% el aumento máximo autorizado fue del 3%.

En esta oportunidad, se realizó una pauta diferenciada para los laboratorios representados por CAPGEN, a los que se les permitió aumentar siguiendo un esquema definido, de acuerdo con la diferencia de precio que cada producto tenía respecto a la marca líder con la que competían.

- **Acuerdo Diciembre 2014**

Incluyó a la totalidad de los medicamentos. Permitió un aumento de 3% lineal.

Este porcentaje surgió de la primera aplicación del IPF (Índice de Precios Farmacéutico), también llamado “la polinómica”. Esta fórmula contemplaba las principales variables de la industria y estaba compuesta por dos bloques:

- Bloque I: IPCNu (30%) y Factor de Política Económica\* (20%)



Este bloque representaba las variables que se vinculan con la evolución del resto de la economía y con el contexto político. Contemplaba la accesibilidad del medicamento por parte de la población y la aplicación de políticas de precios.

➤ Bloque II: Compuesto por la "estructura de costos " del sector.

Incluía al tipo de cambio (10%), al coeficiente de variación salarial (15%) y el Índice de Precios de Productor (25%). Se tomaban en cuenta aquí las características propias del sector farmacéutico.

\*El Factor de Política Económica representaba la única variable discrecional del índice. La variación era igual a la del IPCNu, pero en determinadas coyunturas y según los objetivos de política económica podía modificarse.

A fines del 2014 se acordó hacer pautas trimestrales para el año 2015 en base a los resultados indicados por esta polinómica:

○ **Acuerdo Enero 2015**

Se autorizó un 3% de aumento de forma lineal, que se autorizó a fines de enero, pero se vio reflejado en el mercado los primeros días de febrero. Este aumento cubrió los incrementos de costos ocurridos hasta diciembre 2014.

○ **Acuerdo Abril 2015**

Se autorizó un aumento del 2% para las grandes empresas y 2,6% a PyMEs. El pedido de esta diferenciación había sido elevado por COOPERALA que solicitó que al número que se autorice, se agregue un 30% a las pequeñas y medianas empresas. Este aumento contempló los aumentos de costos de enero y febrero de 2015.

○ **Acuerdo Julio 2015**

Se autorizó un 3% lineal, con máximos de 4% para aquellos productos/presentaciones cuyos precios promedios se encontraban muy por debajo del promedio. Se aplicó aquí la “tasa de ajuste” para corregir precios relativos. El aumento del 3% correspondió a los aumentos de costos que tuvieron los laboratorios en los meses de marzo, abril y mayo de 2015.

○ **Acuerdo Agosto 2015**

Se autorizó un 3% de aumento y se aplicó tanto la tasa de ajuste (1% adicional para las presentaciones relegadas), como la diferenciación para PyMEs (1% adicional para estas empresas).

Si bien la siguiente pauta trimestral debía ser en octubre porque se habían acordado aumentos trimestrales para el año 2015, se acordó dar un nuevo aumento en agosto para ayudar a las empresas a hacer frente a los aumentos salariales<sup>28</sup>.

**Resumen de aumentos 2014-2015:**

Fecha	Aumento autorizado	Aumento autorizado Dic 13 = 100
Marzo 2014	4,0%	104,00
Septiembre 2014	4,0%	108,16
Diciembre 2014	3,0%	111,40
Enero 2015	3,0%	114,75
Abril 2015	2,0%	117,04
Julio 2015	3,0%	120,55

**Tasa de Ajuste**

Como se mencionó anteriormente, la gestión anterior de la Secretaría de Comercio (SC) implementó diferentes segmentos (masivos-selectivos-premium) para definir los aumentos de precios otorgados. En muchos casos, drogas idénticas o incluso diferentes presentaciones de la misma especialidad medicinal quedaron en diferentes segmentos, y fueron teniendo diferentes aumentos, lo que provocó una distorsión de precios relativos.

---

\*\* Los sindicatos de los trabajadores del sector son FATSA y AAPM.

Para corregir esto, junto con el acuerdo general de julio 2015, se propuso una “tasa de ajuste”: todas aquellas presentaciones cuyo precio sea menos del 50% del precio promedio de la droga, tuvieron un aumento extra de un punto. Se implementó para las 100 drogas más importantes, permitiendo reducir progresivamente la brecha entre precios relativos.

Más allá de los acuerdos de precio, durante todo el año se fueron haciendo excepciones de aumento, ya sea porque algunos laboratorios habían respetado los acuerdos con la SC y no aumentaron durante el cambio de gestión, quedando sus aumentos atrasados respecto al resto (en general estos casos fueron todas multinacionales o laboratorios generistas), o porque eran laboratorios chicos o en una situación financiera complicada.

Durante la gestión, además, se advirtieron las maniobras de transformaciones anteriormente mencionadas y se prohibieron, por lo que los laboratorios vieron limitado su accionar en ese sentido. Por ejemplo, en vez de aumentar el precio de una presentación de 28 comprimidos, ésta se discontinuaba (se dejaba de producir) y se lanzaba una nueva de 30 comprimidos a un precio superior por comprimido.

Esto era posible porque, si bien toda nueva presentación de un medicamento necesita la aprobación de la ANMAT antes de ser comercializada, los laboratorios suelen solicitar varias presentaciones (cantidad de capsulas, ml, etc.) al momento de registrar el medicamento en la ANMAT. Por lo tanto, cuando quieren cambiar de presentación no tienen que atravesar nuevamente todo el proceso de aprobación ya que tienen esas variadas posibilidades de presentaciones ya aprobadas.

Esa es actualmente la única autorización que se necesita, no existe ningún estudio sobre el impacto de lanzar un nuevo producto farmacéutico en el mercado desde el punto de vista económico, desde el punto de vista del acceso a la salud.

En un aporte para desincentivar esta práctica, en 2014 la ANMAT, mediante la Disposición N° 3829/2014, actualizó el arancel de mantenimiento en el Registro de Especialidades Medicinales (REM) cuyo valor estaba establecido sin modificaciones desde antes de la creación de la ANMAT (1992). Se estableció allí que el arancel para el mantenimiento en el REM Comercializadas devengará un monto anual único de \$4.500 pesos argentinos por cada certificado, que se hará efectivo por año vencido. Y que el arancel para el mantenimiento en

el REM No Comercializadas devengará un monto anual de \$3.000 pesos argentinos por cada certificado, que se hará efectivo por año vencido.

A continuación, se presentan algunos ejemplos de transformaciones llevadas a cabo durante los años 2014-2015:

Producto	Presentación	Precio	Precio a granel	Fecha Lanz	Var.	Producto	Presentación	Precio	Precio a granel
<b>GINAL CENT</b>	Vag. Caps. Blandas x 12	\$150,59	\$12,55	27/6/2014	<b>50%</b>	GINAL CENT	Vag. Caps. Blandas x 6	\$50,20	\$8,37
<b>SERTAL PERLAS</b>	10mg Perlas x 10	\$26,30	\$2,63	29/7/2014	<b>45%</b>	SERTAL PERLAS	10mg Perlas Caps. Blandas x 20	\$36,38	\$1,82
<b>BLAVIN</b>	10mg Comp. x 60	\$326,00	\$5,43	1/4/2014	<b>29%</b>	BLAVIN	10mg Comp. x 20	\$84,50	\$4,23
<b>SIMULTAN TRIPLE</b>	160mg /12.5/10mg Env. x 28	\$350,00	\$12,50	13/6/2014	<b>26%</b>	SIMULTAN A 160/10	160mg /10mg Comp. x 28	\$277,63	\$9,92
<b>ZYPREXA ZYDIS</b>	10mg Tab. Dispers. x 28	\$1.301,84	\$46,49	18/6/2014	<b>22%</b>	ZYPREXA ZYDIS	10mg Oral Tab. x 14 Disol. Inst.	\$532,49	\$38,04
<b>BUSCAPINA PERLAS</b>	Caps. Blandas x 20	\$52,60	\$2,63	25/6/2014	<b>18%</b>	BUSCAPINA PERLAS	Caps. Blandas x 10	\$22,33	\$2,23
<b>ASEPTOBRON N CAMELOS</b>	Caram. x 9	\$37,50	\$4,17	5/8/2014	<b>11%</b>	ASEPTOBRON N	Caram. x 10	\$37,54	\$3,75
<b>LYRICA</b>	150mg Caps. x 30	\$561,00	\$18,70	1/7/2014	<b>11%</b>	LYRICA	150mg Caps. x 28	\$473,60	\$16,91
<b>GASTROMAX 20</b>	20mg Comp. x 30	\$64,06	\$2,14	25/6/2014	<b>10%</b>	GASTROMAX 20	20mg Comp. Gastorres x 28	\$54,48	\$1,95

A pesar de que se lograron cortar estas prácticas, advirtiéndolo a los laboratorios que los aumentos por unidad se considerarían aumentos no acordados, los laboratorios encontraron otras formas de aventajarse de los acuerdos, por ejemplo, mediante la utilización de promedios simples y no ponderados. Es decir, aumentando por encima del promedio aquellos productos con mayor venta y por debajo, o incluso reduciendo el precio de aquellos con poca tirada o discontinuados. Esta maniobra fue también advertida y se comenzaron a implementar aumentos fijos (por ejemplo 4% para todos los productos por igual) o aumentos con máximos y mínimos (por ejemplo, 4% promedio, con aumentos máximos de 6% y mínimos de 2%).

En conclusión, más allá de algunos casos particulares, fue luego de la aplicación de la Ley de Abastecimiento en junio 2014 que la Industria decidió no volver a romper los acuerdos de precios mantenidos con la SC. A partir de entonces, se logró que no actúen sin previa consulta, algo que llevó varios meses de fuertes disputas. Pero lo cierto es que todos estos acuerdos, no tenían ningún respaldo legal, ya que más allá de la mencionada Ley de Abastecimiento que permite actuar en casos particulares, en Argentina no existe ninguna ley que ampare o permita la regulación de precios de medicamentos o bienes para la salud.

Al final de la gestión, todos los laboratorios estaban cumpliendo los acuerdos alcanzados con la SC y se había logrado establecer el IPF como la guía para estos aumentos, y la Tasa de Ajuste como una herramienta válida para la corrección de precios relativos.

Tras el cambio de gobierno en diciembre de 2015, la nueva gestión decidió disolver todos los acuerdos de precios que se mantenían con la Industria, y desde entonces, no rigen acuerdos o pautas para la variación de precios de los mismos.

### **6.1.1 Evolución de precios**

Dada la complejidad del tema, no se pretende abrir el debate sobre la medición y evolución de los precios de los medicamentos. Sin embargo, en la propuesta de regulación que se presenta en el Capítulo 5 de la presente tesis, se destaca la importancia de avanzar hacia la conformación de bases oficiales de información, que sean completas, actualizadas, y permitan un real monitoreo del sector y sus precios por parte de Estado.

Sin embargo, para brindar una mínima referencia, se ve a continuación:

## Evolución de indicadores de la Industria Farmacéutica. 2003-2016

Año	Ventas	Variación	Unidades	Variación	Precio promedio (USD ofic.)	Variación	Precio promedio (USD par.)	Variación	Precio promedio (Pesos)	Variación	IPREREM
2003	1545		346		4,47				13,1		
2004	1808	17%	387	12%	4,67	5%			13,6	4%	
2005	2039	13%	405	5%	5,03	8%			14,7	8%	4%
2006	2285	12%	443	9%	5,16	2%			15,8	8%	7%
2007	2681	17%	485	9%	5,53	7%			17,2	9%	3%
2008	3242	21%	511	5%	6,34	15%			20,0	17%	9%
2009	3332	3%	525	3%	6,35	0%			23,7	18%	15%
2010	4018	21%	588	12%	6,83	8%			26,7	13%	14%
2011	4923	23%	651	11%	7,56	11%	7,04		31,3	17%	12%
2012	5577	13%	681	5%	8,19	8%	6,45	-8%	37,4	20%	14%
2013	5713	2%	711	4%	8,04	-2%	5,20	-19%	44,4	19%	17%
2014	5201	-9%	689	-3%	7,55	-6%	5,10	-2%	62,1	38%	19%
2015	5756	11%	724	5%	7,95	5%	5,22	2%	74,9	21%	23%
2016	5555	-4%	728	0.6%	7.63	-4%	7,63	46%	114	53%	46%

Nota: en gris datos de IMS; IPREREM: Índice de precios del Programa Remediar

Fuente: CECE, sobre INDEC, IMS, MSAL NACION y BANCO CENTRAL

### 6.1.2 Modificación del Decreto 150/92

Otra de las medidas relevantes que se tomó durante la presidencia de la Dra. Cristina Fernández de Kirchner, frente a la falta de alternativas asequibles de abastecimiento de medicamentos para el Estado (debido a los sobrepuestos y la cartelización en licitaciones públicas) fue la modificación del Decreto 150/1992 para habilitar al Ministro de Salud a disponer la importación de medicamentos frente a determinados escenarios.

Concretamente, se agregó la excepcionalidad de que el Ministerio de Salud adquiriera especialidades medicinales importadas, que no se hallen inscriptas en el REM, provenientes de los Países incluidos en el Anexo I o II de dicho Decreto, para su utilización en el marco de Programas Sanitarios, en los siguientes casos:

(i) cuando no exista disponibilidad en el mercado interno de especialidades medicinales o farmacéuticas inscriptas en el REM. En este caso, el Ministerio requerirá a la autoridad

responsable del programa y/o a la ANMAT un informe circunstanciado sobre la disponibilidad de las especialidades medicinales o farmacéuticas respectivas.

(ii) cuando fueran declarados desiertos o fracasados los procedimientos de contratación administrativa para la adquisición de especialidades medicinales o farmacéuticas inscriptas en el REM, por ausencia de ofertas o cuando éstas, a criterio del Ministerio de Salud, no resultaran convenientes.

Esta modificación se realizó mediante la Resolución Conjunta 412/2015 del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y 698/2015 del Ministerio de Salud, que modifica la reglamentación del Decreto 150/92<sup>29</sup>.

La Resolución también agrega que “acreditados los supuestos previstos en los apartados (i) y (ii), la Secretaría de Comercio del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas deberá intervenir en forma previa y vinculante respecto de la conveniencia y razonabilidad económica de la contratación”.

Se buscó con esta medida ampliar la oferta disponible para las compras del Estado ante eventuales urgencias. Este mecanismo prevé que la ANMAT haga un control lote a lote cada vez que se importen medicamentos por esta vía excepcional, asegurando así la total seguridad sanitaria respecto a los mismos.

El Decreto 150/1992 cumple un rol determinante en el sector, y es necesario mantenerlo en constante debate y actualización en función de los escenarios internacionales cambiantes. Debe además funcionar como una herramienta que dote a los gobiernos de alternativas de abastecimiento frente a fallas de mercado que puedan atentar gravemente contra el acceso de la población a la salud.

## **6.2 Asimetría de la Información e Información Incompleta**

Esta primera parte se concentra en analizar algunas de las principales fallas en el mercado de medicamentos en Argentina vinculadas con la *asimetría de la información* entre los actores

---

<sup>29</sup> Mediante dicha resolución se sustituye el Artículo 1° de la Resolución Conjunta N° 470 del ex – Ministerio de Economía y Obras y Servicios Públicos y N° 268 del ex – Ministerio de Salud y Acción Social, reglamentaria del Decreto 150/92, y se incorpora las mencionadas excepciones a través del inciso e).



privados, y entre el sector privado y público. Esto incluye la asimetría refiere a la asimetría o diferencia en el grado de información que posee el médico respecto del paciente. Si bien es entendible que se establezca una relación de agencia, donde el paciente delega en el médico debido a su mayor conocimiento específico, puede darse la situación en que el agente médico empiece a considerar variables que no afectan positivamente los intereses del paciente, sino los suyos o bien los de la institución, y que éstos comiencen a pesar mucho en la decisión: entonces la relación de agencia se torna incompleta. Por ejemplo: prescribir medicamentos de marcas que le otorgan beneficios en especies (inscripción a congresos, viajes, etc.), recitar a la consulta innecesariamente, indicar estudios superfluos que le reditúan alguna participación monetaria (o no indicar los necesarios por los costos que le significarían al prepago del cual él es empleado) incluir pacientes en protocolos que está adhiriendo, dar altas indebidamente precoces para liberar camas, etc.). Esta situación supone un comportamiento oportunista del agente, que acarrea un costo para el principal y que se denomina pérdida residual, que puede entenderse como la diferencia entre el bienestar o utilidad potencial que alcanzaría el principal en el supuesto de un comportamiento óptimo del agente, y el que realmente ha alcanzado (Vassallo, Sellanes y Freylejer, 2003, p. 19).

A su vez, incluye la problemática de *información incompleta* por parte del Estado. Por detrás de esta propuesta, se encuentra la hipótesis sostenida en la presente investigación, respecto a la necesidad de que el Estado cuente con información completa del mercado para el mejor diseño de políticas públicas vinculadas a la salud y la economía política del país.

Algunos trabajos incluyen a la *incertidumbre* como una falla de este mercado, en particular la Incertidumbre respecto a la incidencia y gravedad de la enfermedad y la Incertidumbre respecto a la eficacia y efectividad de los tratamientos (Vassallo, Sellanes y Freylejer, 2003, p. 16). En el presente trabajo no se ahondará en este aspecto.

Se considera entonces al Estado como un agente que participa activamente del mercado. Que en este caso es relevante, no sólo por lo mencionado en su rol de institución regulatoria, sino porque como se verá en la tercera parte, es un agente de enorme importancia como demandante en el mercado, y, aunque en menor medida, como oferente. En este sentido, es esencial que el Estado tenga información completa para la toma de decisiones. Pero no sólo

para planificar eficientemente su demanda y oferta, sino también para el diseño eficiente y eficaz de políticas públicas en el sector.

“Los laboratorios son quienes poseen más y mejor información, en tanto que el enfermo y consumidor final se ubica en el extremo opuesto. Entre estos dos, se encuentra un profesional que cumple un rol fundamental de intermediación y es, en esencia, el verdadero agente decisor en la compra. En efecto, en la mayoría de los casos (a excepción de la compra de genéricos o de medicamentos de venta libre) la decisión de consumo de un determinado medicamento, su marca y dosificación, no es tomada por el consumidor final sino por el médico. Éste cuenta con conocimientos suficientes para reducir dichas asimetrías, aunque no es ajeno a la existencia de promociones, publicidades y diferentes mecanismos de incentivos por parte de la oferta” (BDO, 2013, p. 7).

Cabe mencionar que no se sostiene aquí la hipótesis de que mejorar los problemas de información en el mercado sea suficiente para garantizar que se imponga el precio más bajo, ya que no se está frente a un mercado de competencia perfecta. Por el contrario, en un contexto de desigualdad en la distribución de la renta a lo largo del proceso de producción y comercialización, estas ideas pueden terminar legitimando precios que aseguran beneficios extraordinarios para algunos actores concentrados (Kodric y Langer, 2018, p. 69). Por lo que, aun cuando se mejore el acceso a la información sobre los precios finales, se debe también cuestionar y mejorar el entendimiento sobre dichos precios.

Es en este sentido que la propuesta de regulación aquí esbozada, y en particular la propuesta de una ley para la regulación de los precios, propone como objetivo de largo plazo avanzar hacia una mayor transparencia y control a lo largo del proceso de producción y comercialización. Esto permitiría garantizar que los precios, aun cuando estén regulados, no oculten tasas extraordinarias de ganancia a costa de restringir el acceso a la salud, sino que se trata de precios compatible con una estructura de costos y ganancia media del mercado.

Sin esperar que se llegue a la situación extrema planteada por Adam Smith sobre una sociedad de productores y consumidores simples donde todos conocen y utilizan las mismas técnicas de producción y conozcan el costo que requiere su elaboración, sí se propone avanzar en la información con la que el Estado cuenta, para poder cumplir su rol regulador de una forma más informada y eficiente.

### **6.2.1 Vademécum Nacional de Medicamentos**

Una de las particularidades de este mercado es que los precios de venta al público son transparentes e uniformes. Es decir, cualquiera puede tener acceso a ellos, y son los mismos a lo largo de todo el país, lo cual facilita la tarea de mejorar el acceso a la información sobre los mismos

Hasta el año 2014 las únicas fuentes de precios eran dos empresas privadas, Kairos y Alfabet. Estas empresas tienen páginas web donde cualquiera puede consultar gratuitamente los precios, pero también ofrecen el servicio de bases de datos. Este servicio tiene un costo mensual que habilita a sus usuarios pagos a descargar de sus páginas las bases de datos con todos los precios de todos los medicamentos en diferentes fechas. Según el plan que uno pague, puede hacerlo de forma diaria, semanal etc. Si no se cuenta con este acceso exclusivo, sólo se puede chequear online el precio vigente y de a un precio a la vez.

Cuando las farmacias procesan una receta y toman el precio online, éste es tomado de la base Kairos, por lo que la misma funciona como si fuese una fuente oficial de los precios legítimos en el mercado. Sin embargo, es una empresa privada que restringe el acceso del manejo de toda esta información a quienes pueden pagar por el servicio. Esto deja una vez más en manos de empresas privadas el manejo de la información del mercado y al Estado sin contar con una información de esa talla.

Para avanzar con la regulación de esta situación, en 2014 la ANMAT creó mediante la Disposición 5039/2014 el Vademécum Nacional de Medicamentos (VNM). Para esto se basó en dos registros ya existentes que eran el Listado Oficial de Medicamentos Actualmente Comercializados (LOMAC) y el Vademécum Farmacológico ANMAT, que contenía la información sobre los prospectos de los medicamentos inscriptos en el Registro de Especialidades Medicinales (REM). Se creó esta nueva herramienta con información sincronizada y actualizada y contiene datos adicionales que hasta entonces no estaban a disposición de los consumidores, tales como: condición de venta, fórmula cualitativa y cuantitativa, prospecto actualmente comercializado, número de troquel y GTIN (Global Trade Item Number), entre otros, así como también el precio de venta sugerido al público<sup>30</sup>.

---

<sup>30</sup> El VNM brinda entonces los siguientes datos identificatorios característicos: titular del certificado de inscripción en el REM, número de certificado de inscripción en el REM, nombre comercial, nombre genérico, forma farmacéutica,

Sin embargo, como los precios no son competencia de ANMAT, este dato podía ser completado de forma optativa.

Entonces, si bien el VNM había incorporado el PVP como un dato más a completar, en un principio sólo había un 10% de los datos de precios cargados. Esto propició la intervención de esta Secretaría de Comercio que dispuso sacar la Resolución 215/14 que obliga a los laboratorios a cargar todos los PVP en el VNM y mantenerlos actualizados. Para esto se basó la Ley N° 24.240 que tiene por objeto la defensa del consumidor o usuario, y en antecedente tales como que la Corte Suprema de Justicia De La Nación ha sostenido que “la fiscalización estricta de la comercialización de productos medicinales constituye una potestad estatal indelegable, que tiende a evitar que esta actividad derive en eventuales perjuicios para la salud pública” (Fallos 318:2311).

Además, cabe destacar que uno de los motivos por los cuales las autoridades consideraron importante contar con esta herramienta, era para que sea útil a la promoción de los medicamentos genéricos y a la educación y práctica respecto de la Ley de Genéricos. En este sentido, se dispuso la posibilidad de que en el buscador uno pudiera filtrar tanto por el nombre genérico de la droga como por el nombre comercial. Incluso se puso en primera línea el nombre genérico para fomentar que sea lo primero que el usuario escriba y así acceda a la información de todas las marcas comerciales que ofrecen dicha droga.

## **Propuesta**

La creación del VNM representó un importante paso en la regulación de la información y administración de la misma por parte del Estado. Pero para que realmente cumpla el rol de fuente oficial de los precios de medicamentos en Argentina, debe avanzarse hacia un esquema donde las farmacias tomen de esta base de datos los precios para la validación y autorización de las recetas, reemplazando a las bases privadas que se utilizan en la actualidad.

---

concentración, presentaciones, envase primario, envase secundario, fórmula cualitativa y cuantitativa, condición de venta, prospecto actualmente comercializado, número de troquel, GTIN (Global Trade Item Number), precio de venta sugerido al público, entre otros. (Disposición 5039/2014 de ANMAT).

## **6.2.2 Bases de datos sobre el Consumo Nacional de Medicamentos**

Actualmente la información respecto al consumo nacional de medicamentos ambulatorios y de venta libre se encuentra monopolizada por los laboratorios farmacéuticos quienes acceden a la misma a través de 2 medios: i) Consultoras privadas, y ii) la Validación y Liquidación de Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga que a través de todo el circuito previamente explicado brinda información del segmento de medicamentos ambulatorios.

### **i) Consultoras privadas**

Respecto al primer canal, las empresas involucradas son IMS Health y Cid Latina, que realizan relevamientos y estudios del mercado a través de información entregada por las principales droguerías y cadenas farmacéuticas del país. Debido a la concentración de ventas en pocas droguerías, estas estimaciones logran tener un alto nivel de cobertura de las ventas, aunque no consideran las institucionales. Quienes acceden a estos estudios de mercado, reciben información de forma mensual, que incluye todas las presentaciones y permite su desagregación geográfica.

El problema en este caso es que, por política de ambas empresas, ninguna comercializa sus productos a organismos públicos. Por lo tanto, quienes diseñan las políticas públicas dependen de la información parcial de algunas obras sociales públicas como el PAMI. Ello plantea una situación de asimetría de información entre el sector privado y el público.

### **Propuesta**

Establecer la obligatoriedad para las consultoras privadas del mercado farmacéutico de ofrecer sus productos a los gobiernos nacionales y provinciales, bajo las mismas condiciones que lo hace al sector privado.

Esta propuesta si bien es necesaria y de fácil y rápida aplicación, no es suficiente para que el Estado cuente con toda la información que necesita ya que no incluye información sobre las

ventas en el canal institucional ni sobre los medicamentos especiales. Además, si bien es importante acceder a información de este tipo que cuenta con un valor agregado por las empresas en la elaboración de análisis de los datos, el Estado no tiene forma de corroborar la veracidad de dicha información.

## **ii) Almacenamiento de la información durante la Validación y Liquidación de Recetas con cobertura de Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga**

Actualmente, cuando un paciente con cobertura social entrega una receta a la farmacia para comprar un medicamento ambulatorio, esa receta es validada de forma instantánea a través de un sistema online y automáticamente se generan todos los datos vinculados a la receta y son enviados a las mandatarias. Al hacerse esa validación online, se genera un ticket de esa validación, que se adhiere a la receta. Las recetas son luego enviadas a COFA/FEFARA, cada 15 días aproximadamente. Estas cámaras son las encargadas de juntarlas y enviarlas a las mandatarias, que si bien ya tienen los datos que le llegaron en el momento de la validación, luego tienen que hacer la auditoría física de la receta. Si la auditoría es correcta, luego la mandataria genera las notas de crédito para la farmacia en función de la cantidad de recetas aprobadas.

Existe un caso donde el circuito de la información es diferente, y es el caso de la Provincia de Buenos Aires. Allí, los datos que se generan en el momento de la validación de una receta, antes de ser enviados a la mandataria pasan por un servidor del propio Colegio de Farmacéuticos de la provincia, dejándoles toda la información de los medicamentos dispensados.

## **Propuestas**

Lo que se propone en primer lugar, es extender un modelo similar al de la Provincia de Buenos Aires al resto del país. Reconfigurar el recorrido de toda la información que se genera en el momento de la validación, y que el mismo debe obligatoriamente pasar por un servidor de propiedad estatal, antes de ser enviado a las mandatarias. Así, se puede almacenar toda la información que se genera al momento de la validación, en todas las farmacias del país.

Esto permitiría avanzar en la información con la que cuenta el Estado sobre la dispensa de los medicamentos ambulatorios en todo el país, como dato fundamental para el diseño de políticas sanitarias y económicas. Por ejemplo, al saber las cantidades de cada medicamento que se consumen en el país, se podría contar con información certera del impacto de los aumentos de precios y orientar mejor los incentivos y créditos públicos, la producción pública de medicamentos, realizar análisis de competitividad, etc.

El circuito también debe incluir a las droguerías ya que, en el caso de los medicamentos especiales, estos no pasan por el canal de las farmacias. Si bien no son muchas unidades es importante que queden registradas todas las ventas de medicamentos que se realicen por las distintas vías.

Esta medida daría al Estado acceso inmediato a la información de dispensa de medicamentos ambulatorios, un privilegio con el que actualmente sólo cuentan las mandatarias. Sin embargo, sigue sin contemplar la información vinculada a los medicamentos de venta libre y los que se compran vía licitaciones. Además, tampoco permite hacer frente al problema de las recetas que son “trabadas” por las mandatarias.

Esta propuesta podría complementarse mediante el establecimiento de entrega obligatoria de información trimestral sobre unidades vendidas para la totalidad de laboratorios farmacéuticos y droguerías que operan en el país. Que, si bien implica un importante esfuerzo de seguimiento y una dificultad para la verificación de la información, permite completar la información que el Estado necesita.

### **6.2.3 Medicamentos genéricos**

La Ley 25.649 tuvo un impacto considerablemente positivo tras su promulgación. Sin embargo, este fue perdiendo fuerza con el paso de los años, y lo cierto es que en la actualidad la implementación de la misma no es controlada, ni sancionado su incumplimiento. Lógicamente esto deriva en un bajo impacto de la medida, y su bajo cumplimiento no tiene posibilidades de ser revertido si no se exige el cumplimiento de la norma y se aplican las sanciones correspondientes.

En una entrevista realizada en 2017, Marcelo Peretta, Secretario General del Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFYB), destaca que “desde el año 2008 hasta el presente, la industria farmacéutica viene estimulando a los médicos para que prescriban remedios por marca, desoyendo la obligación que tienen de hacerlo por el principio activo”, y advirtió que “hasta hemos detectado y secuestrado recetarios de prepagas, pre impresos con la frase “no autorizo el cambio de marca” en franca violación de la Ley. En 2002 (cuando se aprobó la Ley) y hasta 2007 (momento en que cambió el Ministro a cargo) el índice de prescripción correcta alcanzaba el 80%, mientras que ahora no supera el 15%, gracias al ‘eficiente’ trabajo de la industria farmacéutica marcara” (Peretta, 2017).

Desde este sindicato solicitan además que, en caso de sanciones, estas “recaigan en el propietario de la farmacia, y no en el profesional farmacéutico”, ya que es el empleador el que suele impedir al profesional, en relación de dependencia, cumplir su obligación de devolver la receta hecha por marca y de registrar la falta sanitaria en el libro recetario. “El dueño de la farmacia suele orientar la venta hacia el producto más caro, por los mayores márgenes comerciales; por eso debería pensarse una forma de premiar a la farmacia que dispense el producto más económico, como sucede en otros países”.

Al respecto, Ginés Gonzales García, ex Ministro de Salud de la Nación, ha destacado que “la política de utilización de medicamentos por su nombre genérico planteó y sigue planteando la necesidad de jerarquizar la competencia por calidad y precio en desmedro del soporte publicitario o los incentivos no éticos”. Además, “La prescripción por nombre genérico es una política que no genera gasto alguno para el Estado que la imponga, aunque su ausencia implica altos costos sociales. Estos costos para la sociedad surgen de la falta de competencia por precios” (González García, 2015).

Asimismo, González García destaca que el fortalecimiento y extensión de la prescripción por nombre genérico a la Seguridad Social, presenta ventajas económicas y terapéuticas frente a otras alternativas:

Ventajas económicas de la prescripción por nombre genérico:

- Reducción del gasto para consumidores, terceros pagadores y el Estado.
- Favorece la transparencia y el funcionamiento del mercado.



- Ruptura de los monopolios/oligopolios de marcas.
- Favorece la competencia por precios y elección del mismo por el consumidor final (paciente).
- Permite a los consumidores optar por marcas de menor precio, y la misma calidad garantizada por la agencia regulatoria (que es modelo a nivel mundial).

Ventajas sanitarias de la prescripción por nombre genérico:

- El médico prescribe medicamentos, no vende marcas.
- Transmiten información farmacológica.
- Son las utilizadas en la formación profesional y en las publicaciones científicas.
- Disminuye la posibilidad de confusión y accidentes.
- Los pacientes conocen qué están consumiendo, en términos de componentes activos (no marcas).

Federico Tobar por su parte, destaca que “La promoción del uso de medicamentos genéricos demostró ser una política efectiva para reducir el gasto y mejorar el acceso a los medicamentos. Los países que optaron por favorecer estrategias de promoción de genéricos verificaron que los medicamentos se comercialicen en el mercado nacional a precios entre un 35% y un 50% inferiores a los de los productos de referencia” (Tobar, Drake y Martich, 2012, p. 458).

## **Propuestas**

Como se explicó anteriormente, en la actualidad la implementación de la Ley 25.649 no es controlada, ni sancionado su incumplimiento por lo que se registra un bajo impacto de la medida. En este sentido, la prioridad debe ser avanzar en medidas y sanciones destinadas a imponer el cumplimiento de dicha norma. Esto puede hacerse mediante una detallada y estricta reglamentación de las sanciones y el establecimiento de un sistema de control e inspecciones a lo largo de todo el país.

Actualmente existe un Proyecto de Ley (expediente 770-D-2016) que propone modificar esta Ley para eliminar definitivamente la opción de adicionar el nombre comercial (o marca) del

medicamento en las recetas. Esto también sería un paso fundamental para avanzar en la promoción y cumplimiento de la práctica profesional responsable.

La siguiente propuesta se trata de la necesidad de realizar de forma sostenida campañas de información. Al respecto, el artículo 8 de la Ley en cuestión sostiene que el Poder Ejecutivo Nacional, a través del Ministerio de Salud, es el organismo encargado de controlar el cumplimiento de esta Ley y en este marco deberá especialmente diseñar campañas de difusión masiva respecto de los beneficios que reviste el uso de las denominaciones genéricas en las prescripciones médicas. Además, en el artículo 10 plantea que el Poder Ejecutivo Nacional debe promover, en forma conjunta con las organizaciones médicas, farmacéuticas y odontológicas y todas aquellas reconocidas en el arte de curar, los mecanismos que aseguren una amplia comunicación, información y educación sobre los medicamentos genéricos. Asimismo, deberán realizar las acciones que sean pertinentes a los efectos de que en todas las universidades del país y en las áreas vinculadas a la formación de conocimiento en ciencias de la salud sea incorporado, dentro de las respectivas currícula, el estudio de la investigación y transferencia de conocimientos sobre la temática abordada en la Ley.

Otra de las formas de atacar esta asimetría en la información, es mediante la regulación de la promoción y publicidad de los medicamentos. Es decir, limitando la publicidad de los medicamentos de venta libre en medios masivos de comunicación, y limitando la promoción de medicamentos por parte de los laboratorios hacia los médicos. Respecto a este segundo caso, se encuentra vigente la Resolución 627/2007 que aprueba las "Buenas Prácticas de Promoción de Medicamentos de Venta Bajo Receta" por parte de los laboratorios productores, que regulan la promoción destinada a los profesionales facultados para prescribir o dispensar medicamentos de venta bajo receta. Sin embargo, la Resolución debería ser discutida nuevamente y resultar en una más estricta regulación, que contemple medidas de control y sanción, para que sea efectivamente cumplida.

De esta forma, se podrían desactivar algunos de los mecanismos que los laboratorios utilizan para direccionar el accionar de los profesionales encargados de la prescripción de productos farmacéuticos. Esto podría fomentar una mayor prescripción por nombre genérico, y el manejo por parte de estos profesionales de forma más objetiva de la información.

También podrían desarrollarse incentivos a la prescripción de los medicamentos genéricos no publicitados por parte de los médicos, utilizando los mismos mecanismos que utilizan los grandes laboratorios. Por ejemplo, a través del otorgamiento de premios, por parte de los seguros de salud, a quienes prescriban frecuentemente estos medicamentos.

Otra medida posible sería la de establecer que los Agentes del Seguro de Salud sólo realicen reintegro a las recetas que cumplen con los requisitos establecidos por la Ley de Genéricos. En este sentido, en 2002 mediante la Resolución 163/2002, la Superintendencia de Servicios de Salud estableció que “los descuentos establecidos a favor de los beneficiarios en medicamentos en la modalidad ambulatoria, sólo serán reconocidos y aplicados por los Agentes del Seguro de Salud respecto de aquellas recetas que se emitan por nombre genérico del principio activo”. Sin embargo, este decreto fue derogado mediante la Resolución N° 331/2004 de la Superintendencia de Servicios de Salud, donde se establece que los Agentes del Seguro de Salud deberán suscribir contratos de Prestación de Servicios Farmacéuticos destinados a los beneficiarios del Sistema Nacional del Seguro de Salud, respetando las previsiones dispuestas en la Ley N° 25.649.

Por eso se sostiene que se debería avanzar hacia una nueva reglamentación que prohíba a los Agentes del Seguro de Salud reintegrar recetas que estén en infracción con la Ley. Y debería comenzar por llevarse esto a cabo con los agentes vinculados al Estado como es el caso del PAMI. En este sentido, también pueden plantearse estrategias con la AFIP para avanzar hacia la regularización de esta situación, donde todo el circuito de liquidación sigue funcionando a pesar de estar incumpliendo una Ley.

Los riesgos de esta medida son que mucha gente se quede sin sus medicamentos a tiempo porque sus recetas pierden validez. Por lo tanto, hay que buscar la forma de que una medida de este tipo sea implementada de forma progresiva, y sea acompañada de una adecuada comunicación desde el Estado hacia todos los actores involucrados.

La transformación del sistema de reintegros podría incluir avanzar hacia un sistema de “fijación de precios para el recobro”, donde se fija valores máximos de reconocimiento o precios de reembolso. Esto podría favorecer la competencia entre las distintas presentaciones y los precios tenderían hacia el valor de referencia establecido (Tobar, 2011, p. 24). Dicho

esquema podría funcionar siempre y cuando se cuente con un sistema eficiente para el establecimiento y actualización del precio de referencia.

Además, para que los profesionales farmacéuticos, a cargo de la dispensación de los medicamentos, tengan incentivos a promocionar su venta, es necesario también avanzar en modificar la presente situación con Farmalink, mediante la cual se retrasa el pago de las recetas asociadas a medicamentos genéricos no publicitados. Podría a su vez comenzar a debatirse la figura de pago por “consulta profesional” al farmacéutico, la que podría ser un incentivo para aumentar la frecuencia de sustitución.

Otras medidas que se han propuesto se vinculan con avanzar hacia el trámite simplificado (“Fast Track”) de registro de nuevos medicamentos genéricos, los incentivos fiscales y la posibilidad de la dispensación fraccionada (Tobar, 2011, p. 11).

Si bien esto por sí sólo no garantiza el completo empoderamiento de los pacientes ni garantiza consumidores perfectamente informados al momento de decidir su compra, representa el primer paso hacia una práctica médica más transparente y ética. Para complementarla, es necesario desarrollar una estrategia comunicacional masiva destinada a los consumidores para que conozcan sus derechos y la realidad detrás de la diferenciación de marcas.

En marzo 2015 se realizaron algunas iniciativas en este sentido, entre el Ministerio de Economía y Finanzas Públicas, ANMAT y el Ministerio de Salud, donde se realizaron videos promocionales para promocionar el uso de medicamentos genéricos<sup>31</sup>. Sin embargo, esto no fue suficiente ya que deben hacerse campañas permanentemente y de forma cooperativa con otros actores del sector.

#### **6.2.4 Mandataria**

Tal como se advirtió a lo largo del trabajo, uno de los problemas más importantes y urgentes de abordar en este sector es el de la integración vertical. Los laboratorios han logrado captar desde la producción y distribución hasta la administración de los convenios. Son los únicos

---

<sup>31</sup> [https://www.youtube.com/watch?v=AyJg8q\\_vxyY&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=AyJg8q_vxyY&feature=youtu.be)

agentes que cuentan con información completa del mercado, y con influencia a lo largo de toda la cadena productiva.

Además, tal como denunciaron ya desde FEFARA, las notas de crédito de los laboratorios se han convertido en “cuasi monedas”. Son instrumentos de pago a través de los cuales los laboratorios obtienen el control del circuito por donde transitan los recursos financieros de toda la cadena del medicamento. También denuncian el hecho de que las farmacias tienen como imposición comprar a 10 días de plazo y pagar en efectivo, a la vez que cobran a 45/50 días mediante estas “cuasi monedas”. Es decir, los laboratorios logran transferir a las farmacias costos y riesgos financieros por convenios en los cuales ellas no se encuentran ni siquiera incluidas. Pero a través de este circuito diseñado por los laboratorios, las farmacias dependen financieramente de las notas de créditos de los mismos, por lo que terminan “atadas” financieramente a los laboratorios.

A esto se suma que las principales droguerías del país que concentran gran parte de las ventas del mercado ambulatorio, no compran medicamentos genéricos, debido a la mejor relación costo-beneficio que le dan los medicamentos de marca al tener un mejor precio por volumen, y debido a las condiciones crediticias que los principales laboratorios les ofrecen. De esta manera, el farmacéuta no recibe ninguna motivación de aplicar el descuento de obra social/prepaga a un medicamento genérico ya que en tal caso no podrá usar la nota de crédito para cancelar deuda. Ello atenta fuertemente contra la rentabilidad de los laboratorios genéricos ya que los obliga a contar con redes de distribución propias, y ofrecer fuertes bonificaciones en el punto de ventas, a fin de asegurarse el abastecimiento y motivar al farmacéuta a dispensar sus productos.

Por otro lado, los laboratorios fijan los precios de venta al público, así como el precio y la oferta de medicamentos con las obras sociales, las empresas de medicina prepaga, los hospitales y otros organismos relacionados con la salud. Mediante las mandatarias les ofrecen a estas empresas descuentos, a través de las gerenciadoras, que aplican a la parte financiada por estos agentes (40%) y, a cambio, acuerdan su no interferencia en el sostenimiento del mercado de marcas. Al mismo tiempo, un importante número de laboratorios de menor envergadura queda fuera de los convenios de seguridad social, viendo reducido su negocio a la venta libre o la prescripción sin cobertura (CEPAL, 2013, p. 137).

A su vez, al ser los mismos laboratorios los propietarios de las mandatarias, empresas encargadas de auditar la emisión y facturación de las recetas que paga la Seguridad Social, estos obtienen casi la totalidad de la información sobre las transacciones del mercado. Si bien los laboratorios niegan que esta información sea compartida desde las mandatarias hacia los laboratorios asociados, es imposible verificar esa información. Y en base a los comportamientos que algunos de los más importantes laboratorios han demostrado a lo largo de la historia, se considera altamente probable que esta información esté siendo utilizada por ellos para obtener ventajas sobre el resto de los competidores.

Ya en 2014, la CNDC afirmó que la organización, la administración y auditoría de la dispensación de medicamentos a afiliados de Agentes del Seguro de Salud, y en particular el control de dicho sistema por parte de la industria, podría estar afectando la competencia en los mercados involucrados de la salud, y recomendó al Secretario de Comercio iniciar un expediente a los efectos de investigar particularmente esta cuestión en el marco de una investigación del mercado más amplia que se venía llevando adelante (Expte. N.º S01:0019490/2014 (C.1486), caratulado: "Investigación del Mercado de Medicamentos Para Uso Humano Y Las Relaciones Verticales De La Industria) (CNDC, 2014, p. 22-25)".

### **Propuestas**

En la sección de Asimetría de Información, se esbozaron algunas propuestas para que el Estado acceda a mayor información sobre la dispensación de medicamentos. Estas medidas darían al Estado acceso inmediato a la información de dispensa de medicamentos ambulatorios, un privilegio con el que actualmente sólo cuentan las mandatarias.

Sin embargo, esto no es suficiente, ya que se debe romper con las barreras a la entrada impuestas a los laboratorios genéricos, que quedan por fuera de los principales convenios del país. Además, debe garantizarse la eliminación de prácticas como el tratamiento diferenciado en la auditoría de las recetas, dependiendo del laboratorio productor del medicamento involucrado.

El Estado debe recuperar el rol de negociador y administrador de los convenios, empezando por el PAMI y otras obras sociales públicas. Cuando se trate de contratos entre privados, de

todas formas, se puede velar por el cumplimiento de prácticas competitivas a través, por ejemplo, de la CNDC.

En este sentido, la primera medida urgente que debe tomarse en este eslabón es la de apartar a los laboratorios de la administración y auditoría de los convenios. Para reemplazarlos, pueden considerarse varias alternativas, a ser implementadas en diferentes etapas.

Un dato importante es que las farmacias también son actores que podrían brindar este servicio ya que tienen un sistema propio de auditoría. Tal como se explicó anteriormente, el PAMI ya firmó un convenio con FEFARA para la posible provisión de servicios de auditoría. Si bien aún no se ha implementado, deja en evidencia que es una opción a ser considerada. Trabajar con las farmacias, en base a un sistema que ya está en funcionamiento, puede ser un interesante primer paso para romper el statu quo actual. Sin embargo, darle esa herramienta a otro actor privado, no sería la correcta solución a los problemas de asimetría de información del mercado y mucho menos a la problemática de información incompleta del Estado.

Otra opción sería que el Estado directamente tome el control mediante la creación de una mandataria pública. Esta podría ir gradualmente quitándole funciones a las privadas, apoyándose en el Comité Ejecutivo y Consejo Asesor que se propone crear en el siguiente apartado. Por ejemplo, para la auditoría de las recetas, Farmalink terceriza parte del servicio a las empresas Atos/Imed<sup>32</sup>. El Estado podría comenzar utilizando el mismo mecanismo y tercerizando parte de las tareas operativas.

Esta intervención o control estatal por parte del Estado de las mandatarias, permitiría avanzar en la desintegración vertical del sector, y en desactivar el control que ejercen los laboratorios sobre el circuito financiero de la cadena.

También se debe discutir la integración vertical entre los laboratorios y las droguerías, y prohibir la exclusión de sus servicios a los laboratorios “generistas”, al menos para aquellas que tienen cuotas de mercado relevantes.

---

<sup>32</sup> En las mandatarias más chicas las auditorías de recetas se hacen de forma manual, pero para el caso de Farmalink, que es la más grande, se cuenta con una máquina especializada que escanea la información agilizando todo el proceso.

### **6.3 Regulación de Precios en el Mercado de Medicamentos de Argentina: Propuesta de Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud**

Las diferentes particularidades del mercado de medicamentos que se vienen desarrollando, configuran un mercado donde el precio no es el principal regulador. Tiene mayor influencia la estructura global del mercado (poder adquisitivo de la población, formas de financiación, protección por patentes, cobertura de la seguridad social, acceso a nuevos medicamentos, morfología de los segmentos de mercado, etc.), que las estructuras de costos. Hay una alta diferenciación de producto y existen muchos submercados, y en varios casos con características monopólicas u oligopólicas (González García, 2015).

A su vez, la baja elasticidad-precio acentúa la posibilidad de cargar altos precios sobre medicamentos, especialmente en los medicamentos bajo receta, donde la complejidad de las patologías y el riesgo implícito generan una alta valoración por parte del paciente (Godoy Carranza, 2007). Es decir, acentúa la posibilidad de que los laboratorios realicen prácticas de colusión tacita.

Diferentes característica y configuraciones del mercado analizado muestran un mercado que funciona de forma colusiva, donde la competencia no se vincula variables relacionadas con el precio y con la cantidad comerciada. Ese tipo de acuerdos tiene una implicancia económica clara, ya que está dirigido a obtener un resultado en el cual los precios son mayores y las cantidades menores que en el correspondiente equilibrio sin colusión (Coloma, 2002, p. 68).

Tras realizar el diagnóstico del mercado de medicamentos en Argentina, esta investigación plantea que es necesario la intervención del mercado para mejorar su eficiencia y aumentar la competencia en el mismo. Como se ha mostrado, esta intervención puede justificarse utilizando el marco teórico neoclásico ya que se encuentran varias fallas de mercado.

Si bien poder hacer un diagnóstico utilizando dicho marco teórico es uno de los objetivos de la presente investigación, cabe mencionar que debe cuestionarse la idea de que las intervenciones en el mercado deben únicamente a reestablecer los mecanismos del mercado autorregulado, como plantean el espectro teórico más liberal. Este planteo no suele tomar en cuenta características reales de los mercados y sus dinámicas y no permitiría por sí sólo introducir cambios reales en el mercado. Es por eso, que se plantea aquí una propuesta de



regulación para el corto y mediano plazo, donde el Estado juega un rol central con intervenciones directas en algunos casos, como en la determinación de los precios.

A continuación, se presenta una propuesta de Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud. Es importante destacar que son numerosos los países, tanto de América Latina<sup>33</sup> como de Europa y el resto del mundo que tienen regulados los precios en el sector de medicamentos. Las formas de regulación del sector son variadas: regulación de márgenes de comercialización, precios de ingreso al mercado, porcentaje máximo de actualización anual, regulación del precio de salida de laboratorio, establecimiento de precios máximos, entre otras.

Argentina debe avanzar hacia la sanción de una Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud. El objetivo principal de dicha Ley debe ser asegurar la provisión de medicamentos en el mercado local a precios accesibles para el consumidor y sostenibles para la industria. Esto incluye asegurar la provisión de medicamentos a precios en línea o por debajo de los precios internacionales, proteger al paciente y al médico de tergiversaciones en la información, resguardar las finanzas de los sistemas de salud públicos y privados, y evitar maniobras de colusión y precios oligopólicos.

Se ha optado por incluir en la propuesta de regulación a un espectro de bienes que exceden los medicamentos, abarcando todo el mercado de Bienes para la Salud (BS) cuya producción, distribución y comercialización se encuentra a cargo del Sector Farmacéutico, bajo las siguientes definiciones:

- a) *Bienes para la salud*: incluye tanto a los medicamentos como a las materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, tecnologías médicas, insumos y productos médicos.

---

<sup>33</sup> Por ejemplo, la Ley N° 10.742, sancionada en Brasil en el año 2003, que establece normas de regulación del sector farmacéutico, con la finalidad de promover la asistencia farmacéutica a la población, a través de mecanismos que estimulen la oferta de medicamentos y la competitividad del sector; y la Ley de Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos de Uso Humano promulgada en Ecuador en el año 2005, que entre otras cosas establece los precios de los medicamentos al consumidor, a través del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano.

- b) *Sector farmacéutico*: involucra a todos los actores que intervienen en diferentes etapas de la cadena productiva como las farmacias, distribuidoras, droguerías, productores de bienes para la salud (tanto productores de capital nacional como extranjero, cuyas producciones se desarrollen en el país o se importen desde el exterior), sean de carácter público o privado.

A continuación, se presenta una propuesta de los lineamientos generales que se proponen deberían constituir la Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud.

La propuesta aquí presentada es pensada en una primera etapa para regular principalmente los aumentos, utilizando precios de referencia en vez de, por ejemplo, el establecimiento de precios máximos en base al costo de producción o la tasa de retorno. Si bien estas aparecerían como opciones más eficientes ya que permitirían asegurar que no se están validando tasas de ganancia extraordinarias, el diagnóstico del mercado indica que no sería de sencilla aplicación en el corto plazo. Se propone aplicar estos criterios en una segunda etapa de la regulación de precios, para algunos medicamentos particularmente relevantes (ya sea por su difícil sustitución o por su alto volumen de venta), y para la fijación de precios de medicamentos nuevos<sup>34</sup>.

La Ley debe establecer como objetivos de la política del Estado Nacional: fomentar el derecho y acceso a la salud, entendiendo a los BS como bienes sociales de acceso universal en condiciones de equidad; garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los mismos; fomentar las actividades y la competitividad de los mercados asociados a la comercialización, distribución y producción de estos bienes; y promover, incentivar e instruir a la población acerca de su uso racional.

La Ley debería crear un Comité Ejecutivo para la Regulación del Mercado de Bienes para la Salud, y un Consejo Nacional Asesor. En cuanto al Comité Ejecutivo, este debería estar conformado por representantes del Ministerio de Salud y Ministerio de Producción y cumplir con las siguientes funciones:

---

<sup>34</sup> También en una segunda etapa debe complejizarse el debate sobre los nuevos medicamentos registrados, intentando limitar las llamadas pseudoinnovaciones y las innovaciones que encarecen los tratamientos.

- a) Definir las directrices y procedimientos para la regulación económica del mercado de BS, a fin de promocionar el acceso de la población a este bien social de manera equitativa, en particular a quienes se encuentran en condiciones de vulnerabilidad.
- b) Fijar precios máximos para los registros de nuevos BS en base a criterios fármaco-económicos que aseguren al paciente y al sistema de salud una mejora en su acceso y calidad.
- c) Fijar precios máximos de los BS existentes.
- d) Determinar cuando exista una situación que amerite la aplicación de un procedimiento especial para el urgente abastecimiento por parte de la Administración Pública de BS.
- e) Monitorear e informar a los organismos correspondientes sobre el mercado de BS y realizar las denuncias que estime necesarias ante otros organismos.
- f) Solicitar, para el cumplimiento de sus funciones, toda aquella información que considere necesaria como aquella relativa a estructuras de costos y rentabilidad.

En cuanto al Consejo Nacional Asesor para la Regulación del Mercado de Bienes para la Salud, debería estar integrado por representantes del Ministerio de Salud, ANMAT, el Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva, el Ministerio De Industria, el Instituto Nacional de Tecnología Industrial (INTI) y el Ministerio De Hacienda. Podría tener las funciones de asesorar al Comité Ejecutivo en el diseño de las directrices y procedimientos para la regulación económica del mercado de BS, y de emitir dictámenes (no vinculantes) cuando fuese requerido por el Comité Ejecutivo.

En cuanto a la regulación de los precios, la propuesta sería diferenciar según tipo de medicamento. Para los medicamentos de venta libre y ambulatorios se propone trabajar una pauta trimestral de variación de precios, que se base en un Índice de Precios Farmacéuticos (IPF). Los medicamentos de tratamientos especiales se regularían a través de la estimación de su Precio de Referencia Internacional, no pudiendo estos medicamentos exceder ese valor de referencia.

La Ley debería contemplar además un claro procedimiento sancionatorio.

## **Parte I: Regulación del precio de entrada de nuevos productos y presentaciones para Medicamentos de Venta Libre y Ambulatorios**

Para establecer dichos criterios se diferenciaría entre aquellos medicamentos que representan un nuevo producto (incluye los que son drogas ya existentes, pero con nueva forma farmacológica), nuevas especialidades medicinales que compiten en un mercado ya existente (es decir, copias que ingresan al mercado) y aquellos que son nuevas presentaciones de productos ya existentes

### **Grupo 1: Bienes que representan un nuevo producto.**

Para definir el precio de estos productos, el Comité Ejecutivo debería tomar en cuenta

- Precios de referencia internacional<sup>35</sup>
- Aporte novedoso del producto
- Nivel de sustitución del producto.

Estos nuevos productos se verán afectados por la pauta de actualización sólo si al momento de aplicación de la misma, llevan tres meses de comercialización.

Cuando se trate del lanzamiento de nuevas asociaciones o combinaciones de drogas ya existentes, el Comité revisará el precio de los nuevos productos teniendo en cuenta que:

- El precio no podrá ser superior al gasto que haría el paciente si debiera comprar los medicamentos por separado.
- El costo de comprar los medicamentos por separado será estimado mediante la suma del precio promedio por granel de los principios activos asociados o combinados del mercado, al momento del lanzamiento del producto.

### **Grupo 2: Nuevas especialidades medicinales que compiten en un mercado ya existente**

En este caso se trata de nuevos productos que se lanzan al mercado para competir con otros productos similares que ya se encuentran en circulación. Por ejemplo, cuando un laboratorio

---

<sup>35</sup> Si bien la utilización de Precios de Referencia Internacional es principalmente recomendada para los medicamentos monopólicos o medicamentos con alta comercialización internacional (Tobar, 2011, p. 65), es una herramienta útil, al menos hasta que el Estado cuente con información suficientes sobre los costos involucrados en el proceso de producción.

lanza el medicamento amoxicilina 500mg con su propia marca, esta entra como una copia, en un mercado previamente existente.

En estos casos el Comité debe tener en cuenta que:

- El precio de los nuevos productos no puede superar el precio promedio de los medicamentos con los que compiten.

### **Grupo 3: Nuevas presentaciones de productos ya existentes**

Como se advirtió anteriormente, una de las formas a través de la cual la Industria suele sortear la regulación propuesta por el Estado, consiste en lanzar nuevas presentaciones de productos ya existentes, a precios por unidad mayores. Por lo tanto, cuando se comience a comercializar una nueva presentación de un producto ya existente, el Comité deberá autorizar su precio, y para ello se tendrá en cuenta que:

- El precio de las nuevas presentaciones no puede superar al precio a granel de las presentaciones existentes.
- Para determinar el precio de las presentaciones existentes se hará un promedio de las presentaciones que se registren como comercializadas en la ANMAT.

## **Parte II: Fijación de pauta de variación trimestral de precios para Medicamentos de Venta Libre y Ambulatorios**

En este caso, para medicamentos que no son nuevos y ya circulan en el mercado, se propone trabajar en base a pautas de aumento de precios para los Bienes de la Salud de forma trimestral.

En experiencias pasadas, al utilizar pautas de aumentos por promedio simple, las empresas han aprovechado la flexibilidad que esta otorga para hacer “trampas” con el promedio. Es decir, dejaban congelados o reducían los precios de presentaciones discontinuadas o con muy bajas ventas y aplicaban grandes aumentos a sus productos más vendidos. Por este motivo, debe considerarse incluir en las pautas aumentos máximos y mínimos, o establecer que sean aumentos uniformes para todos los productos. Por ejemplo, una pauta podría acordar el

aumento máximo de 3% para cada producto, sin importar el aumento total por laboratorio, que debería ser como máximo de 3%.

Además, se debe trabajar coordinadamente con la ANMAT para identificar productos discontinuados que siguen apareciendo en las bases públicas, y también para limitar el lanzamiento de nuevas presentaciones que no tengan una justificación desde el punto de vista sanitario.

En casos donde la dispersión de precios dentro de un mismo producto o respecto de los precios internacionales sea muy elevada, el Comité podrá optar por tomar medidas específicas para corregir estas situaciones.

El ajuste de precios se guiaría por el Índice de Precios Farmacéutico (IPF), a ser elaborado por el Comité. Este índice debería tener dos componentes de igual peso relativo:

**Bloque I:** IPCNu y Factor de Política Económica

Este bloque representa las variables que se vinculan con la evolución del resto de la economía y con el contexto político. Contempla la accesibilidad al medicamento por parte de la población y la aplicación de políticas de precios.

- *IPCNU (30%)*

Fuente: Indec.

- *Factor Política Económica (20%)*

Fuente: El factor de política económica podría estar definido por el Secretario de Comercio en base al contexto político-económico. En principio, es idéntico al IPCNu medicamentos, pero el Secretario podría modificarlo en base al contexto y estrategia de política económica. Se trata del único componente “discrecional” del índice.

**Bloque II:** Compuesto por la "estructura de costos " del sector, donde se tiene en cuenta características propias del sector. Debería incluir:

- *Variación del tipo de cambio.*

Fuente: Banco Central de la República Argentina.

- *Coefficiente de variación salarial*

Fuente: Indec.

- *Índice de precios de productor*

Fuente: Indec.

Definir la ponderación para la estructura de costos es una tarea muy compleja debido a que existen medicamentos con estructuras de costos radicalmente diferentes. Principalmente cuando se compara un medicamento de producción nacional y uno que se importa como producto terminado. La principal tarea sería acordar una estructura de costos promedio que funcione en una primera instancia, para luego avanzar hacia pautas diferenciadas que permitan captar mejor la complejidad y diversidad del sector.

El motivo por el cual se propone tomar el CVS y no AAPM y FATSA es para que el esquema no valide la cantidad de recursos que destina la Industria a la promoción de sus productos.

### **Parte III: Establecimiento de precio máximo de medicamentos para tratamiento especiales**

Los medicamentos especiales (oncológicos, HIV, etc.) presentan una baja prevalencia en la población, pero un alto impacto desde el punto de vista económico. Su demanda se encuentra en constante crecimiento debido a nuevas indicaciones y a la mayor expectativa de vida de las personas. El gasto destinado a estos tratamientos especiales se encuentra en constante crecimiento, y lo seguirá estando a medida que surgen nuevos productos.

El precio de estos medicamentos en nuestro país se encuentra en muchos casos por encima de otros países de la región, e incluso de países con poder adquisitivo mayor que el nuestro. Casi la totalidad del gasto en medicamentos para tratamientos especiales recae en las obras sociales, prepagas e instituciones y organismos públicos.

La negociación de la modalidad, precio, forma y plazo de compra es hecha por cada uno de estos organismos en forma individual. Ello genera que las condiciones de compra de dichos medicamentos vayan variando de acuerdo al poder y forma de negociación de cada uno de los participantes.

Dado que los principales medicamentos de este rubro se encuentran bajo patente o poseen tecnologías de difícil acceso (biotecnológicos), esto genera mercados monopólicos donde el poder de negociación suele ser desparejo, permitiendo a los laboratorios fijar libremente su precio y obtener rentas extraordinarias. Por lo tanto, la oferta de nuevos productos suele estar concentrada en un sólo oferente, incluso en los casos en que se hubiera vencido la protección otorgada por una patente de invención. Ello perjudica seriamente las finanzas de las aseguradoras de salud y prepagas, especialmente de aquellas más chicas poniendo en riesgo su normal operatividad.

El accionar de la Industria en estos casos es tan irresponsable como en el resto. En general se trata de medicamentos cuyo inicio en tiempo y forma del tratamiento, así como la continuidad del mismo sin interrupciones, impacta notoriamente en la evolución del paciente. El no contar con la medicación en el tiempo indicado o interrumpir el tratamiento sin que medie una causa justa, impacta desfavorablemente, generando un deterioro de la calidad de vida y hasta de muerte prematura. Los laboratorios utilizan estas condiciones para abusar de los precios y condiciones de compras de las instituciones. De allí, la importancia de avanzar en el establecimiento de precios máximos para este segmento.

Además, la industria farmacéutica utiliza diferentes estrategias para conseguir mejores precios y financiación de lo que el Estado pretende ofrecer. Una de las prácticas frecuentes que utilizan, es la de dejar desiertas las licitaciones, para obligar a que las compras se hagan a través de la modalidad de compra directa. De esta forma cobran a 30 días, y no algunos meses más tarde como puede pasar con una licitación. Y una vez que consiguen que sea a través de compras directas, en muchos casos ofrecen precios muy por encima de los precios de referencia otorgados por la SIGEN<sup>36</sup> o del precio de la última compra realizada del mismo bien.

Actualmente, mediante la Ley 26.991 de la Nueva Regulación de las Relaciones de Producción y Consumo, el Secretario de Comercio puede establecer precios máximos<sup>37</sup>. Si

---

<sup>36</sup> La Sindicatura General de la Nación es el órgano rector del sistema de control interno del Estado Nacional y realiza acciones para la mejora de la gestión de la Administración Pública y de las empresas con participación accionaria estatal.

<sup>37</sup> De hecho, esto sucedió durante el 2015 cuando el Ministerio de Salud pidió la intervención de la Secretaría de Comercio ante esta situación de abuso de precio por parte del Laboratorio Fresenius. En marzo de dicho año Ministerio de Salud había abierto una compra directa para la compra de Cisplatino, donde el único laboratorio que ofreció abastecer el stock que necesita es el Laboratorio Fresenius, y lo hizo a un precio de \$177.94. Este precio era 71% superior al último precio de



bien hoy existe esta herramienta, no debería tratarse de situaciones de emergencia donde la intervención se hace como último recurso y ante el riesgo de emergencia sanitaria. Todos los medicamentos especiales deben contar con un seguimiento permanente en cuanto a su precio y abastecimiento en el país.

Por eso, la Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud debería incluir el establecimiento de precios máximos para este segmento, a ser establecidos por el Comité Ejecutivo, con ayuda del Consejo Asesor. Existen diferentes fuentes que pueden tomarse como referencia para determinar este precio. Una de ellas puede ser la Guía Internacional de Indicadores de Precios de Medicamentos de Management Sciences for Health, que se elabora con la ayuda de la OMS y diferentes gobiernos que brindan información<sup>38</sup>. También la Organización Panamericana de la Salud brinda interesante información que puede utilizarse como referencia.

Una vez definidas las fuentes, puede establecerse la metodología para definir el Precio de Referencia Internacional (PRI) por granel para cada mercado relevante. En caso de encontrarse algún precio por encima del PRI, este deberá retrotraerse hacia ese nivel. Los precios máximos podrían también ser revisados en una base trimestral.

Otra herramienta que se viene desarrollando en el resto del mundo y que debe comenzar a debatirse y eventualmente incorporarse, es la de “riesgos compartidos”. Estos son procesos de transferencia de riesgo, que se enmarcan en una tendencia global de crecimiento del gasto sanitario, que amenaza la financiación sostenible de los sistemas de salud. En la lógica de estos acuerdos ya no sólo se regula el precio, sino que el mismo se encuentra vinculado con la efectividad y calidad del medicamento/tratamiento. Básicamente se trata del pago por efectividad, de un precio final que se determina en función del efecto que el medicamento

---

referencia de SIGEN que era \$104, y 178% superior al precio de la última compra hecha en abril 2015 a Laboratorio Internacional Argentino. En este caso, la Secretaría resolvió establecer el precio de SIGEN como precio máximo del Cisplatino hasta que el Ministerio de Salud logre el abastecimiento necesario. Lo hizo a partir de una resolución basada en la Ley 26.991 de la Nueva Regulación de las Relaciones de Producción y Consumo.

<sup>38</sup> Esta guía se publica desde 1986 y desde 2000 con la colaboración de la OMS. Provee precios de referencia en el mercado internacional, a los cuales debe sumarse otros factores como transporte y financiación para llegar a su precio real (adicional estimado en 10%). La base de datos la mantiene Management Services for Health, una organización internacional sin fines de lucro (<http://mshpriceguide.org/es/home-3/>)

obtiene sobre el paciente. En general se trata de enfermedad raras, cuyos tratamientos son muy caros y no siempre efectivos.

Por último, remarcar que el establecimiento de precios máximos de referencia internacional debe aplicar también para el caso de los medicamentos que se importaban bajo la modalidad de “uso compasivo” previamente a su circulación en el país. Se trata de medicamentos que se autoriza a importar por parte de usuarios particulares, ya que no circulan en el país (ANMAT, s.f.c). Cuando estos finalmente comienzan a ser comercializados localmente, su precio no debería exceder el que los usuarios se encontraban pagando anteriormente.

#### **6.4 El Estado como oferente y demandante**

Esta tercera parte dentro de la estrategia de regulación propuesta abarca las principales aristas vinculadas a la intervención directa del Estado en el mercado. No ya como regulador de otros actores, sino del Estado en su rol de oferente y demandante de medicamentos (incluido aquí su rol como financiador).

Principalmente se destaca su rol actual como demandante, a través de las compras públicas y de convenios como el PAMI, en los que el Estado cubre porcentajes importantes (a veces hasta 100%) de las compras de los afiliados. El rol del Estado como oferente, a través de los laboratorios de producción pública, si bien es aún marginal, es también importante destacarlo debido al potencial que representa.

##### **6.4.1 Producción Pública de Medicamentos**

El debate sobre la producción pública de medicamentos no será extensamente desarrollado, ya que en Argentina no se cuenta con importante experiencia, y menos aún con fuentes de información específica sobre el segmento. Como se verá, se trata de un sector muy heterogéneo y poco coordinado que necesita ser reestructurado y repensado para que pueda jugar un rol clave en el mercado de medicamentos en el mediano plazo.

Para este apartado, el trabajo coordinado por Daniel Maceira en 2010, “Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos”<sup>39</sup>, brinda información que permite abordar los principales debates del sector.

Es importante destacar que “son pocos los laboratorios públicos que cuentan con la aprobación de ANMAT. Las fuentes consultadas difieren significativamente acerca del número de instituciones que pueden considerarse como laboratorios públicos de producción sistemática de productos farmacéuticos, y su capacidad instalada no ha sido profundamente estudiada, reconociéndose algunos esfuerzos aislados al respecto (Apella, 2005, Biblioni, et al, 2004)” (Maceira, 2010, p. 14). De la información disponible hasta la realización de este estudio se desprende que estos laboratorios se han desarrollado en forma desigual, la mayoría con habilitaciones provinciales, pero sin habilitación nacional, por lo tanto, ajustados a diferentes marcos normativos (Maceira, 2010, p. 14).

La creación del programa Remediar (2002) y del Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos (2008) (Res. 286/2008, Min. Salud), fueron dos antecedentes importantes en la promoción de la producción pública de medicamentos orientada al abastecimiento de los programas nacionales. Los laboratorios de producción pública habrían estado hasta entonces abocados en su mayor parte a satisfacer una demanda acotada a las necesidades de los efectores locales. Ésta última iniciativa mencionada, consistió esencialmente en apoyar esfuerzos tendientes a que tanto las plantas públicas como los productos farmacéuticos manufacturados por ellas se encuentren aprobados por la ANMAT (Maceira, 2010, p. 14).

#### **6.4.1.1 Ley 26.688 de Provisión Pública de Medicamentos y Vacunas**

En 2011 se sancionó la Ley 26.688 de provisión pública de medicamentos y vacunas, la cual fue reglamentada recién tres años más tarde en julio del año 2014. En la misma, se declara de interés nacional la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas y productos médicos, entendiendo a los

---

<sup>39</sup> Este trabajo fue realizado con el apoyo de una Beca “Ramón Carrillo – Arturo Oñativia” para Proyectos Institucionales, otorgada por el Ministerio de Salud de la Nación, a través de la Comisión Nacional Salud Investiga.

mismos como bienes sociales, y establece al Ministerio de Salud como autoridad de aplicación. Es objeto de la Ley promover la accesibilidad de medicamentos, vacunas y productos médicos y propiciar el desarrollo científico y tecnológico a través de laboratorios de producción pública.

En esta Ley, se establece que son considerados laboratorios de producción pública, los laboratorios del Estado Nacional, Provincial, Municipal y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de las Fuerzas Armadas y de las instituciones universitarias de gestión estatal. En la misma, se instituye un régimen de producción pública de medicamentos, materias primas, vacunas y productos médicos, cuyos objetivos son:

- a) Establecer un registro de los laboratorios de producción pública, que debe contener como datos mínimos situación de funcionamiento, capacidad instalada y condiciones registrales;
- b) Establecer como marco de referencia de la producción de medicamentos la propuesta de medicamentos esenciales<sup>40</sup> de la Organización Mundial de la Salud. La programación de la producción pública estará orientada a elaborar medicamentos que respondan a las necesidades epidemiológicas de nuestro país teniendo como marco de referencia la propuesta de medicamentos esenciales de la Organización Mundial de la Salud (OMS);
- c) Definir prioridades en líneas estratégicas de producción teniendo en cuenta los perfiles epidemiológicos y estacionales de las regiones de nuestro país;
- d) Promover la provisión de medicamentos, vacunas y productos médicos que demande el primer nivel de atención en el marco de la estrategia de atención primaria de la salud;
- e) Promover la investigación, desarrollo y producción de medicamentos huérfanos;
- f) Promover su articulación con instituciones académicas y científicas y organizaciones de trabajadores y usuarios;

---

<sup>40</sup> Medicamentos esenciales: Son aquellos medicamentos que satisfacen las necesidades prioritarias de salud de la población. Se seleccionan teniendo en cuenta su pertinencia para las necesidades de salud pública, las pruebas de su eficacia y seguridad, y su eficacia comparativa con respecto al costo. Los medicamentos esenciales deben estar disponibles en los sistemas de salud en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con garantía de la calidad e información adecuada, a un precio que tanto los pacientes como la comunidad puedan pagar. La aplicación del concepto de medicamentos esenciales ha de ser flexible y adaptable a muchas situaciones distintas; cada país es responsable de la determinación de los medicamentos que se consideran esenciales, y esta debe revisarse periódicamente (OPS, 2011).

- g) Promover una mejor utilización de los recursos disponibles en cada ámbito institucional, evitando la superposición de producción. La Autoridad de Aplicación ordenará la producción con el propósito de evitar la superposición productiva. Los recursos se utilizarán para fomentar la especialización de los laboratorios de producción pública y la diversificación de la misma de modo que, progresivamente, se dé respuesta a la demanda federal;
- h) Promover compras centralizadas de insumos, en la medida que permitan condiciones más favorables para la adquisición. Los mecanismos para la promoción de compras centralizadas de insumos se acordarán en el ámbito del Consejo Federal De Salud (COFESA<sup>41</sup>);
- i) Promover la investigación y docencia, así como la formación y capacitación de recursos humanos;
- j) Promover la investigación, producción y desarrollo de principios activos vegetales y fitomedicamentos, priorizando las especies autóctonas del país.

También sostiene que el Ministerio de Salud debe promover acuerdos con otros ministerios nacionales y en el marco del COFESA con las autoridades competentes de las jurisdicciones, para establecer criterios y prioridades en la asignación de los recursos presupuestarios y coordinar la ejecución del régimen previsto en dicha Ley.

Esta Ley, todavía se encuentra en una etapa muy primitiva de su aplicación, que cuenta con algunos desafíos como la necesidad de coordinar su aplicación con las provincias para poder lograr una política coherente a lo largo del país.

#### **6.4.1.2 ANLAP**

La Ley 27.113 fue sancionada en diciembre de 2014, promulgada de hecho en enero de 2015, y reglamentada (parcialmente) en mayo del mismo año mediante el Decreto 795/2015. Declara de interés nacional y estratégico la actividad de los laboratorios de producción pública dedicados a la investigación y producción pública de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos. Es autoridad de aplicación el Ministerio de Salud de la Nación.

---

<sup>41</sup> El COFESA fue creado en 1981 mediante la Ley N° 22.373.

Su objetivo es promover la actividad de los laboratorios de producción pública, y propone:

- a) Promover la investigación y el desarrollo científico, tecnológico e industrial de los laboratorios de producción pública;
- b) Fortalecer el rol de los laboratorios de producción pública en el sistema de salud;
- c) Propiciar programas y políticas públicas que prioricen la accesibilidad de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos, considerados como bienes sociales;
- d) Orientar la producción y el abastecimiento de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos al subsector público de la salud y a organismos o instituciones sin fines de lucro;
- e) Promover el intercambio y la cooperación entre los laboratorios de producción pública a nivel regional e internacional.

Es conocida en el ambiente como la “Ley ANLAP”, ya que crea la Agencia Nacional de Laboratorios Públicos (ANLAP), organismo descentralizado en la órbita del Ministerio de Salud de la Nación, con autarquía económica, financiera, personería jurídica propia y capacidad de actuación en el ámbito del derecho público y del privado.

Entre sus principales funciones y facultades, plantea que la ANLAP debe garantizar el cumplimiento de los objetivos previstos en la Ley 26.688, diseñar las políticas públicas de investigación y producción pública de medicamentos, definir prioridades en líneas estratégicas de producción, coordinar, en el marco del COFESA, las políticas públicas nacionales y provinciales destinadas a los laboratorios de producción pública, etc.

La Ley detalla el funcionamiento propuesto para la agencia y las responsabilidades del directorio, el presidente y el vicepresidente, y establece que la ANLAP debe ser asistida por un comité consultivo que tendrá como función colaborar y asesorar en todo lo concerniente a política pública de producción, investigación y desarrollo de medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos.

También debe ser asistida por un comité ejecutivo, que tendrá como función coordinar la implementación de las políticas nacionales en materia de producción pública de

medicamentos, materias primas para la producción de medicamentos, vacunas, insumos y productos médicos; investigación y desarrollo y estará integrado, con carácter ad honórem, por los representantes de los laboratorios de producción pública nacionales, provinciales, municipales, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, de las fuerzas armadas y de las instituciones universitarias de gestión estatal.

Establece que los recursos operativos de la ANLAP provendrán de las partidas presupuestarias asignadas, por los bienes que sean transferidos a la ANLAP por otros organismos estatales, e ingresos provenientes de la gestión misma del organismo.

Mediante la Resolución N° 2011/2015 del Ministerio de Salud se transfirió el ‘Programa Nacional Para La Producción Pública De Medicamentos, Vacunas Y Productos Médicos’ creado bajo Resolución N° 286 en 2008 a la dependencia de la ANLAP.

#### **6.4.1.3 Situación actual**

Actualmente existen unos 34 laboratorios de producción pública de medicamentos con dependencia de los distintos niveles jurisdiccionales, nacional, provincial o municipal. De ellos, 20 participaron de la conformación de la red nacional de laboratorios públicos en 2007 y 15 fueron relevados por el Ministerio de Salud de la Nación en 2009, a través una encuesta administrada por el Programa Nacional de Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos. Sin embargo, sólo 12 de los laboratorios cuentan con la habilitación otorgada por la ANMAT, y tres de estos últimos no han inscripto ningún producto en el registro nacional. Esto es un dato relevante ya que los laboratorios que no tienen autorización de la ANMAT, no pueden trasladar su producción fuera del ámbito provincial.

La mayoría de los laboratorios fueron habilitados después de la crisis del año 2001, con las excepciones del Laboratorio Central de Salud Pública de la Provincia de Buenos Aires y del Complejo Médico Churruca Visca de la Policía Federal Argentina, habilitados en la década de 1990. De los 12 laboratorios públicos de medicamentos habilitados por ANMAT, 9 han inscripto productos en el Registro Nacional, arrojando un total general de 151 genéricos registrados entre los años 1993 y 2009. El 62% del total de productos inscriptos se concentra

en un solo establecimiento: el Laboratorio Farmacéutico Conjunto de las Fuerzas Armadas (Maceira, 2010, p. 56).

Los laboratorios de producción pública de medicamentos se dividen, institucionalmente en tres grandes grupos (Maceira, 2010, p. 125):

- Organismos estatales: depende de un órgano estatal superior, sus empleados son estatales, su organigrama se estructura de acuerdo con el organigrama oficial, recibe un presupuesto anual que depende de la esfera nacional o provincial y se rigen por la Ley de Compras del Estado. Las decisiones últimas dentro de la organización, la mayoría de las veces, son tomadas por el órgano estatal superior.

- Sociedades del Estado: el laboratorio es propiedad del Estado provincial o municipal; los recursos humanos que este adquiere no son empleados estatales, sino que son empleados del propio laboratorio; no cuenta con un presupuesto mensual, sino que se auto-sustenta con las ventas que sea capaz de gestionar él mismo; se rige según su propio estatuto y se auto-gestiona a partir de éste. Las decisiones son tomadas por el directorio y sus empleados de manera autónoma.

- Universitarios: dependen de las universidades nacionales como ser la de La Plata o Córdoba. El grado de autonomía que cada laboratorio obtenga respecto de la estructura universitaria depende de los acuerdos que cada uno realice con las autoridades respectivas. Según dicho acuerdo, el presupuesto provendrá de la Universidad, o bien será un órgano autosustentable a partir de las ventas que realicen. La autonomía para la toma de decisiones obedecerá también según lo acordado con las autoridades. En este sentido, dependiendo de los niveles de autonomía, su organización será similar a los organismos estatales o a las sociedades del Estado.

Uno de los objetivos del fomento de la producción pública, es influir indirectamente en el precio de los medicamentos en el mercado. Es una vía para que el Estado ponga precios de referencia en el sector. Pero, además, al tratarse de producción que no está única o principalmente planificada en función de obtener ganancias como es en el caso de los privados, también pueden proponerse otros objetivos como el de cubrir líneas de producción huérfanas. La Ley 26.688 define como medicamentos huérfanos, a aquellos que siendo de



elevado interés terapéutico y científicamente viables, no están disponibles por diferentes causas o circunstancias. Se trata de la falla de mercado de mercados “incompletos”, que se da por donde hay ausencia de oferentes, aun cuando existe demanda, debido a que la demanda no es suficiente para que una empresa se decida a satisfacerla. En general se da cuando su producción no tiene una rentabilidad esperada suficiente.

### **Propuestas**

La investigación dirigida por Maceira destaca algunos de los principales desafíos para el sector. El primero se vincula con los grandes desafíos de eficiencia productiva, ya que muchas veces estos laboratorios incurren en costos no necesariamente competitivos, y tienen un menú excesivamente amplio de producción, no enfocado a líneas huérfanas. Persiste entonces una necesidad de profundizar los procesos de administración y gestión, más allá de la incorporación tecnológica, a fin de reducir costos y facilitar la planificación.

También se destaca que, para comprender la cultura organizacional de los laboratorios públicos, se debe tener en cuenta la escasez y discontinuidad que caracterizó a las políticas públicas para este sector, llevando a que cada uno desarrolle sus propias estrategias de desarrollo. Este desarrollo también dependió siempre en gran medida de la colaboración y el apoyo de los gobiernos a los que responden. Es por esto que algunos laboratorios han logrado una mayor escala de producción y distribución, mientras que otros se han quedado en laboratorios de pequeña escala con una producción que cubre las necesidades locales con distribución y tránsito provincial. Es decir, existen importantes desigualdades productivas entre los laboratorios de producción pública de medicamentos.

La investigación advierte que los diferentes estadios madurativos de la producción no permiten unificar los objetivos planteados para desarrollar políticas productivas conjuntas, estrategias de mercado que operen como reguladoras de precios, o un sistema de aprovechamiento conjunto mediante la transmisión de conocimiento tecnológico. Esto dificulta mucho el intercambio o la planificación coordinada.

Por lo que es necesario, ante todo, avanzar en dimensionar el potencial de la red de laboratorios de producción pública, profundizar los estudios sobre la actual composición del

sector y los recursos con los que se cuentan, para luego avanzar hacia una planificación estratégica del sector y sus recursos, teniendo en cuenta sus complejidades y diferentes niveles de desarrollo de los actores. Alcanzar una más eficiente y estratégica planificación para el sector demanda a su vez repensar las responsabilidades entre los diferentes niveles del Estado (nacional, provincial y municipal).

La producción debe ser planeada estratégicamente, y en línea con las políticas sanitarias del país. Por lo que, si se apunta hacia una política de salud pública inclusiva, estos laboratorios deberían dar prioridad a la producción de medicamentos a los que la población más careciente no tiene acceso.

Además, se debe potenciar el rol de estos laboratorios en temas específicos como es la producción de medicamentos huérfanos, que no son desarrollados por el sector privado por no generar suficiente rentabilidad. Estos laboratorios deben cumplir un rol social, cubriendo aspectos que no puede esperarse que cubra el sector privado.

En conclusión, y en línea con la propuesta integral que se presenta en el presente trabajo, se considera que desde el Estado se debe otorgar mayor nivel de institucionalización a las redes y acuerdos entre laboratorios públicos. Se debe impulsar la producción de los laboratorios de producción pública y el planeamiento conjunto y estratégico para el sector. Y para que esto sea posible, las diferentes leyes y reglamentaciones establecidas deben ser efectivamente soportadas con suficientes recursos y apoyo político.

#### **6.4.2 Coordinación de compra pública de medicamentos**

Actualmente las compras públicas de medicamentos se realizan en forma atomizada. El Estado asigna una enorme cantidad de recursos a la compra de medicamentos y bienes para la salud, y es de hecho el principal cliente para la mayoría de las empresas privadas del sector. Sin embargo, al hacer estas compras de forma no coordinada, pierde un enorme potencial de capacidad de negociación de precios. Además, se genera un alto grado de dispersión entre los precios que paga por ejemplo el Estado Nacional y una provincia chica y con bajos recursos. El primero tiene mayor poder de negociación y consigue precios notablemente

inferiores. Los laboratorios aplican aquí lo que se conoce como discriminación de precios, donde una empresa tiene poder para cobrar precios diferentes a grupos de clientes diferentes.

En el interior del país sucede además que suelen comprarse medicamentos a través de intermediarios que adicionan altísimos márgenes, derivando en precios finales muy elevados. A esto se suma que los montos en que compran suelen ser pequeños, y se trata de provincias o instituciones con poca liquidez o incluso escasas garantías de pago para ofrecer. Por lo que las condiciones de financiación son aún más severas.

Frente a este panorama, resulta indispensable avanzar hacia mecanismos de coordinación en las compras de los medicamentos y bienes para la salud. Esto es especialmente importante para la compra de medicamentos especiales, que son aquellos con mayor impacto y donde la oferta suele estar muy concentrada.

### **Propuestas**

Existen varios caminos que el Estado podría emprender en función de mejorar la situación actual, que, si bien pueden pensarse como opciones diferentes, se proponen aquí como escalones o etapas a seguir.

El primer paso que las autoridades públicas deberían dar, tanto a nivel nacional, provincial y municipal, e incluyendo a todas las instituciones públicas, es el de centralizar y compartir la información respecto a su oferta y demanda. Crear una base común, de fácil acceso, con información de precios y cantidades, que sirva desde un comienzo como una referencia para todas aquellas instituciones y dependencias del Estado que realicen compras a lo largo del país. Actualmente no existe un fácil acceso a información de precios de referencia, y suele partirse de precios pagados anteriormente, lo cual no garantiza que se trate de precios justos. Esta base de información permitiría elaborar un diagnóstico de la situación de compras públicas en el país, paso indispensable para avanzar hacia una segunda etapa de mayor coordinación.

En una segunda fase entonces, se debería avanzar hacia la coordinación y centralización de la gestión de las compras de medicamentos y bienes para la salud. La centralización incluiría la compra de medicamentos para programas públicos, hospitales e instituciones públicas y

obras sociales nacionales y debería dar la opción de adherir a otras obras sociales, prepagas e instituciones privadas. Esta es una estrategia indispensable, para disminuir el gasto público en medicamentos, reducir las distorsiones de precios a lo largo del país, y así resguardar las finanzas del sistema y sus actores.

### 6.4.3 PAMI

El PAMI se encuentra hace varios años en una delicada situación económica y financiera. Se estima que a partir del año 2011 se rompió el equilibrio entre ingresos y egresos, debido a que los egresos crecieron a un ritmo mayor al de sus fuentes de ingresos (aportes y contribuciones). Esto ha generado una deuda millonaria del PAMI con la Industria Farmacéutica. Entre los motivos por los cuales aumentaron los egresos se encuentran:

- Aumento de afiliados por moratoria previsional. Actualmente el PAMI tiene alrededor de 5 millones de afiliados, de los cuales una importante parte ingresaron después del 2003.
- Incremento de usuarios activos debido a mejoras de cobertura.
- Cambios de protocolo (nuevos medicamentos y tratamientos más caros)
- Aumentos de precio de medicamentos, insumos, prestaciones, etc.

Los gastos del PAMI vinculados a medicamentos representan un 30% de sus gastos y se dividen en tres grupos que representan aproximadamente un tercio cada uno:

- 1) **Tratamientos especiales:** PAMI compra entre el 50-60% de los medicamentos especiales que se venden en el país.
- 2) **Ambulatorios:** son el resto de los medicamentos que el PAMI, como obra social, cubre a sus afiliados. Para definir su precio, el convenio de PAMI con la Industria establece descuentos sobre el PVP.
- 3) **Resolución 337:** mediante esta resolución el PAMI entrega hasta 5 medicamentos en forma gratuita a aquellos afiliados que se encuentran en situación de “vulnerabilidad económica”. En estos casos el Instituto no sólo se hace cargo del descuento habitual en medicamentos, sino que también cubre la parte que le correspondería pagar al afiliado.

Al comienzo sólo eran entregados medicamentos cuyas drogas se encontraban en un vademécum supervisado por el PAMI y a partir del 2011 este se amplió a una gran cantidad de nuevas drogas. En el 2011, los medicamentos dispensados a través del Convenio 337 ya representaban casi el 6% del total del mercado farmacéutico y el 40% del total de la demanda de medicamentos del PAMI.

La entrega gratuita de medicamentos ha mejorado el acceso y el cumplimiento de los tratamientos, generando una transferencia indirecta de recursos a un sector socioeconómico postergado. Sin embargo, su implementación y crecimiento ha generado dos grandes problemas:

- **Sobrecosto.** Dado que los médicos pueden elegir la marca que deseen prescribir, no reciben ningún incentivo a prescribir las alternativas más económicas. Ello ha generado que las compras del PAMI sean de productos más caros que el promedio del mercado.
- **Desfinanciamiento de las farmacias.** Como fue explicado anteriormente, el circuito de pago de PAMI genera una carga financiera muy importante para las farmacias.

Al paciente recibir como bonificación un porcentaje del PVP (por ejemplo 40% de cada medicamento) y no una cantidad fija de plata por tipo de medicamento (por ejemplo, \$80 por la cobertura de amoxicilina 500mg, no importa cuál sea la marca que se compre), la diferencia de precios entre productos similares, pero de diferente marca comercial, se reduce en términos absolutos. Ello hace que el paciente pierda los incentivos a cambiar el producto por uno más económico.

Por ejemplo:

<i>Medicamento</i>	<b>PVP</b>	<b>Descuento PAMI del 80%</b>	<b>Monto a pagar por el paciente</b>
<i>A</i>	\$400	\$320	\$80
<i>B</i>	\$200	\$160	\$40

Por lo que una diferencia que en principio es de \$200 (\$400 - \$200) al comprarse a través de PAMI, pasa a ser una diferencia de sólo \$40 (\$80 - \$40). Si bien en términos relativos la diferencia se mantiene, en términos absolutos se reduce notoriamente, desincentivando la sustitución. Si PAMI en cambio cubriera por ejemplo \$100 por este medicamento no importa la marca (fijación de precio para el recobro) el paciente al optar por la marca A debe abonar una diferencia de \$300, mientras que al optar por la opción B sólo abonaría el diferencial de precio de \$100. Este modelo de reintegro incentiva la sustitución por marcar más barata, y no fomenta el mercado de marcas.

Con el esquema actual, si bien para el paciente optar por la marca A puede tener un bajo impacto, y tiene la opción de elegir, para el PAMI el impacto es más relevante ya que abona todo el diferencial, y no elige qué marca debe consumir el paciente, no determina la demanda. Es decir, en este ejemplo, el PAMI cubriría \$320 en lugar de \$160.

### **Propuestas**

En este caso, el Estado juega un rol fundamental como financiador del consumo de medicamentos. El convenio PAMI resulta de enorme importancia e impacto para el Estado, aún si no se trata de compras que el mismo realiza de forma directa. Es indispensable revisar el convenio PAMI, su modalidad y vademécum. Es decir, debatir el rol y aporte de cada uno de los actores, así como la modalidad de la cobertura. Si bien debe existir la opción de justificar la cobertura de medicamentos más caros (medicamentos genéricos publicitados) para aquellos casos donde haya una justificación médica, se debe desincentivar el financiamiento de los mismos en casos que no sea necesario.

Además, debe avanzarse en incluir a los laboratorios “genéricos” y a las farmacias en la discusión del mismo. En cuanto a la Resolución 337, debería avanzarse hacia un Vademécum cerrado, donde el PAMI establezca qué drogas incluye, y comprarlas vía licitación.

Se reitera también la mencionada necesidad urgente de apartar a los laboratorios de la administración de este convenio.

### **6.5 Resumen de propuestas**

### Asimetría de la Información e Información Incompleta

Ámbito de la Regulación	Ítem	Problema/s principal/es	Propuesta/s
ANMAT/ Ministerio de Salud de la Nación	Vademécum Nacional de Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base de datos oficiales desactualizada y con un rol marginal en el circuito de pago</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento del Vademécum Nacional de Medicamentos como única base válida para la obtención de precios para la validación y autorización de las recetas</li> </ul>
ANMAT / Ministerio de Salud de la Nación	Bases de datos sobre el Consumo Nacional de Medicamentos - Consultoras privadas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso restringido del Estado a los informes de las consultoras privadas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de la obligatoriedad para las consultoras privadas del mercado farmacéutico de ofrecer sus productos a los gobiernos nacionales y provinciales, bajo las mismas condiciones que lo hacen al sector privado</li> </ul>
ANMAT / Ministerio de Salud de la Nación	Bases de datos sobre el Consumo Nacional de Medicamentos – Información almacenada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Información almacenada directamente en las mandatarias, sin acceso para el Estado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollo de un circuito de información que permita al Estado el almacenamiento de la información de forma inmediata sobre los medicamentos dispensados durante la validación y liquidación de recetas</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de entrega obligatoria de información trimestral sobre unidades vendidas (laboratorios farmacéuticos y droguerías)</li> </ul>
Ministerio de Salud de la Nación	Medicamentos genéricos - Ley 25.649 de “Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico”	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bajo nivel de cumplimiento de la Ley</li> <li>• Falta de sanciones por incumplimientos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fortalecimiento de medidas y sanciones para el cumplimiento de dicha norma, mediante monitoreo y control, y un eficiente régimen de sanciones por incumplimiento</li> <li>• Modificación de la Ley para eliminar definitivamente la opción de adicionar el nombre comercial (o marca) del medicamento en las recetas</li> </ul>
Poder Ejecutivo / Ministerio de Salud de la Nación / Secretaría de Comercio	Medicamentos genéricos – Información pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de información por parte de los consumidores</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Campañas públicas de información</li> <li>• Fortalecimiento de mecanismos que aseguren amplia comunicación, información y educación sobre los medicamentos genéricos</li> </ul>



Ministerio de Salud de la Nación / Secretaría de Comercio	Medicamentos genéricos – Promoción médica	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Influencia de los laboratorios sobre los profesionales de la salud en la prescripción de medicamentos, mediante la promoción directa de sus productos a los médicos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Mayor limitación y regulación de la promoción médica</li> </ul>
Ministerio de Salud de la Nación	Medicamentos genéricos – Incentivos a la prescripción por nombre genérico	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Falta de incentivos en la prescripción de medicamentos genéricos no publicitados</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Sistema de premiación a profesionales de la salud que los prescriban</li> <li>•Debate sobre la incorporación de la figura de pago por “consulta profesional” al farmacéutico</li> </ul>
Ministerio de Salud de la Nación / Superintendencia de Servicios de Salud	Medicamentos genéricos - Sanciones	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Reintegro por parte de los Agentes del Seguros de Salud a recetas que incumplen la Ley</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Prohibición a los Agentes del Seguro de Salud de reintegrar recetas que estén en infracción con la Ley</li> </ul>
Secretaría de Comercio / Ministerio de Salud de la Nación	Empresas Mandatarias - Integración vertical	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Integración vertical entre laboratorios y mandatarias</li> <li>•Tratamiento asimétrico en la liquidación de recetas de medicamentos genéricos no publicitados</li> <li>•Sostenimiento del “mercado de marcas”</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Apartamiento de los laboratorios de las mandatarias</li> <li>•Intervención o control estatal de las mandatarias</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acceso exclusivo de los laboratorios a información sobre cantidades dispensadas</li> <li>• Control por parte de los laboratorios del circuito financiero de la cadena, mediante las notas de crédito</li> </ul>	
Secretaría de Comercio / Ministerio de Salud de la Nación	Droguerías	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exclusión por parte de las grandes droguerías a los laboratorios "generistas"</li> <li>• Falta de incentivos al farmacéutico en la dispensación de medicamentos que circulen por fuera de este circuito</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prohibición a las droguerías de la exclusión de sus servicios a los laboratorios "generistas"</li> </ul>

### Regulación de Precios en el Mercado de Medicamentos de Argentina

Ámbito de la Regulación	Ítem	Problema/s principal/es	Propuesta/s
Ministerio de Producción / Ministerio de Salud de la Nación	Regulación de precios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de un marco institucional para la regulación de precios de los medicamentos y otros bienes para la salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud</li> </ul>

### El Estado como oferente y demandante

Ámbito de la Regulación	Ítem	Problema/s principal/es	Propuesta/s
Ministerio de Producción / Ministerio de Salud de la Nación	Producción Pública de Medicamentos – Diagnóstico	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Heterogeneidad en capacidades productivas dentro del sector</li> <li>• Ineficiencia productiva</li> <li>• Dificultad para unificar objetivos de políticas productivas conjuntas</li> <li>• Falta de planificación estratégica y apoyo institucional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realización de un detallado diagnóstico de la actual composición y recursos del sector</li> <li>• Mejoramiento de la eficiencia productiva</li> <li>• Impulso a la producción de los laboratorios de producción pública y el planeamiento conjunto y estratégico para el sector</li> <li>• Mayor institucionalización y recursos dedicados al sector</li> </ul>
Ministerio de Producción / Ministerio de Salud de la Nación	Coordinación de compras públicas de medicamentos – Información pública	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de información sobre compras públicas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Base común de información de precios y cantidades de las compras públicas, de fácil acceso para actores públicos</li> </ul>

Ministerio de Producción / Ministerio de Salud de la Nación	Coordinación de compras públicas de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Compras públicas atomizadas que disminuyen el poder de negociación del Estado como demandante</li> <li>• Sobreprecios en medicamentos y bienes para la salud en el interior del país</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de mecanismos de coordinación y centralización de las compras de los medicamentos y bienes para la salud entre diferentes áreas y agencias del Estado Nacional, con opción de adhesión para los Estados provinciales y otros agentes</li> </ul>
PAMI / Secretaría de Comercio	PAMI - Precios	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sobrecosto en la compra de medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Revisión del convenio PAMI, su modalidad y vademécum</li> </ul>
PAMI	PAMI – Actores del convenio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Excluye a los laboratorios “generistas” y farmacias</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inclusión de los laboratorios “generistas” y las farmacias en la discusión del convenio</li> </ul>
PAMI	PAMI – Vademécum	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Resolución 337</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecimiento de un Vademécum de medicamentos cerrado, adquiridos mediante licitaciones</li> </ul>

## 7. Conclusiones

Los diversos submercados de medicamentos diferenciados a lo largo de la investigación pueden ser caracterizados según sus respectivas estructuras y dinámicas de mercado:

i) mercados en los que existe una empresa dominante (monopolio, monopsonio, liderazgo en precios o en cantidades), estructuras principalmente vinculadas con los Medicamentos de Alto Costo;

ii) mercados en los que existe algún tipo de competencia, donde ninguna empresa es capaz de determinar por sí misma los precios y las cantidades, incluyendo los mercados de competencia perfecta. Este tipo de mercado está principalmente vinculado a los medicamentos de Venta Libre, aunque también se encuentran casos en los medicamentos ambulatorios.

iii) mercados en los que existe colusión, donde existen varias empresas teóricamente independientes pero cuyo accionar en la determinación de las variables de equilibrio se lleva a cabo de manera conjunta. Este tipo de mercado se ve especialmente vinculado a los medicamentos bajo receta.

Si bien se optó por no hacer un análisis de concentración horizontal, se ha analizado diferentes características del mercado que facilitan la formación y ejecución de prácticas colusivas. Se sumó además el caso de las mandatarias que funcionan como una práctica de colusión institucionalizada. Todas estas prácticas y acuerdos buscan que la competencia esté desligado de los costos y se puedan establecer precios mayores que los correspondientes a una situación de equilibrio.

El trabajo se ha focalizado en abordar algunas de las principales fallas del mercado, como la información asimétrica, mercados imperfectos (colusión), mercados imperfectos y diferenciación de productos.

Se vio a lo largo de la investigación los diferentes factores que favorecen a la colusión en este mercado, y que la inelasticidad de la demanda de estos bienes juega un rol importante. Si bien existen medicamentos que son perfectamente sustituibles entre sí, en la práctica,

debido al poder del mercado de “marcas”, la demanda tiene a ser inelástica y el nivel de sustitución por medicamentos más baratos bajo.

La alta concentración de la industria y la existencia de barreras a la entrada de nuevos competidores también favorece al incremento de poder de mercado y de colusión. En este mercado las barreras de entrada identificadas se asocian principalmente a barreras legales (patentes) y otras barreras artificiales (mandataria, convenios).

Adicionalmente, los bajos costos de organizar el cartel, especialmente a través de cámaras empresarias muy poderosas, trabajando coordinadamente en las mandatarias, también favorecen a su formación. La existencia de contratos de largo plazo, como el convenio con el PAMI y otras obras sociales, suma a favorecer la formación de carteles ya que favorece la “fidelización de los clientes”, llevando a una situación de reparto implícito entre los actores del mercado. Y cuando estos contratos incluyen cláusulas de rescisión, esto hará que una cierta porción de la clientela se vea momentáneamente “cautiva” de su actual proveedor, y les quitará incentivos a las restantes firmas para desarrollar estrategias de captación de clientes a través de reducciones de precios o mejoras en la calidad o en las condiciones de venta de sus productos (Coloma, 2002, p. 57).

Se ha visto como, al contar con poder de mercado, las empresas fijan precios con márgenes de ganancias por encima del equilibrio, restringiendo el poder adquisitivo de los consumidores. Lo que en este caso significa, restringiendo el acceso a la salud de una parte de la población, debido a los altos precios establecidos. Se ha planteado también que la existencia de mercados concentrados o de competencia imperfecta, representa en la mayoría de los mercados un fenómeno inherente a la dinámica de funcionamiento del modo de producción capitalista, y no una excepción a la regla (un desvío de la competencia perfecta). Por lo que los instrumentos brindados por la economía neoclásica para “corregir” los desvíos en los mercados, son considerados insuficientes y poco realistas.

En línea con este planteo, la propuesta de regulación aquí esbozada, si bien toma algunos de esos elementos, propone una regulación que tiene en cuenta las diferentes complejidades y realidades del mercado, así como la capacidad institucional para ejecutarla. Piensan a la política económica como exitosa cuando logra restituir el libre funcionamiento de los

mercados en aquellos casos excepcionales en los que esto no estuviera ocurriendo. Sin embargo, esta investigación plantea que esto difícilmente funcione ya que apuntan a un modelo ideal que es inalcanzable e insostenible en el marco del actual sistema capitalista.

Como se ha mostrado a lo largo del trabajo, los desafíos más inmediatos vinculados al mercado de medicamentos no se asocian tanto con su disponibilidad o su calidad, sino mucho más con el acceso de la población a precios asequibles<sup>42</sup>, y con el mayor y mejor acceso a la información sobre los mismos por parte de los consumidores y del Estado. En base a este diagnóstico es que se delinearon las propuestas de regulación aquí esbozadas. Se considera a estas medidas como un aporte a la elaboración de una agenda de políticas públicas que aborde los problemas más urgentes y necesarios, sin considerarlas sin embargo suficientes, frente a la totalidad de las tareas pendientes en el sector.

La mayoría de las propuestas planteadas incluyen medidas concretas que pueden ser tomadas de forma inmediata; y en aquellos casos en los que no parece posible o conveniente avanzar hacia el fondo de la cuestión de inmediato, se proponen etapas y pasos a seguir. En este último caso, se parte del supuesto de que el Estado argentino no cuenta actualmente con una amplia capacidad de regulación y fiscalización, más allá de las vinculadas a aspectos estrictamente sanitarios. Es indispensable, entonces, profundizar el marco institucional que atañe a este mercado, para ir progresivamente desplazando las regulaciones “de hecho” hacia regulaciones basadas en capacidades formalmente otorgadas al Estado. Lo que también permitiría afrontar debates y transformaciones estructurales fundamentales, y no enfocarse únicamente en el abordaje de políticas públicas que responden a necesidades “urgentes”.

Por ello, la propuesta de política de precios de los medicamentos es pensada en una primera etapa para regular principalmente los aumentos, utilizando precios de referencia en vez de, por ejemplo, el establecimiento de precios máximos en base al costo de producción o la tasa de retorno. Estas últimas son opciones válidas y, teóricamente, hasta más adecuadas; sin embargo, no parece sencillo en la actualidad avanzar hacia este tipo de regulación. Se propone aplicar estos criterios en una segunda etapa de la regulación de precios, para algunos

---

<sup>42</sup> Los precios de los medicamentos constituyen un componente central en la determinación del acceso. Se ha utilizado el neologismo “asequibilidad” como traducción del inglés *affordability* para hacer referencia a la relación entre los precios que deben pagar la población y sus ingresos (Tobar, s.f., p. 1)

medicamentos particularmente relevantes (ya sea por su difícil sustitución o por su alto volumen de venta), y para la fijación de precios de medicamentos nuevos.

Las propuestas presentadas para mejorar el manejo de la información con la que cuenta el Estado para el diseño de las políticas públicas sectoriales, tanto sanitarias como económicas, constituyen otro ejemplo de esta estrategia progresiva. Al respecto, las acciones aquí planteadas deberían derivar en la obtención de toda la información necesaria para el monitoreo de los precios y cantidades de los medicamentos. El primer paso sería establecer como obligatorio la utilización del Vademécum Nacional de Medicamentos por parte de las farmacias para validar las recetas; esto permitiría contar con todos los precios perfectamente actualizados y disponibles diariamente. Adicionalmente, podría limpiarse la base de datos de productos circulantes simplemente exigiendo la notificación de los productos cuya producción se discontinúa. El cruce de la información sobre precios con la que atañe a cantidades a obtenerse a través de las mandatarias bajo control estatal (en alguna de las formas propuestas) sería una segunda etapa en la construcción de una base de datos pública y completa. Podrían entonces ponderarse los datos, obteniendo información sobre el impacto real de las variaciones de precios en el segmento ambulatorio. Se han propuesto también vías para la obtención de datos sobre cantidades dispensadas de medicamentos de venta libre y de alto costo, que completarían el rompecabezas.

Lo dicho refiere a un Estado que parece no poseer actualmente todas las capacidades necesarias para enfrentar los numerosos y complejos desafíos que impone este mercado. Justamente por esto, las propuestas esbozadas apuntan a fortalecer tanto sus capacidades de regulación como su poder de monitoreo y fiscalización, primer paso indispensable para construir un Estado capaz de ejecutar políticas públicas de forma efectiva.

No se trata únicamente de avanzar en mecanismos de regulación, sino de mejorar significativamente la capacidad de monitoreo y fiscalización de las regulaciones, así como la correcta implementación de los regímenes sancionatorios. Como se ha expuesto en este trabajo, hay un camino recorrido en el que se han establecido importantes regulaciones hoy vigentes en el país, pero por controles insuficientes o por incumplimientos no sancionados, su efectividad es débil y sin el impacto esperado.



La implementación de las políticas de regulación propuestas requiere una mejor coordinación entre los actores públicos en su diseño, aplicación y monitoreo. La propuesta de Ley de Regulación del Mercado de Bienes para la Salud aquí planteada incluye diferentes actores como parte del Comité Ejecutivo y del Consejo Asesor. Esta instancia, si bien no de forma exclusiva, puede funcionar como un marco institucional de fomento del debate y coordinación de la estrategia entre los diferentes ministerios y agencias nacionales. Igualmente relevante es la necesidad de coordinar y generar consensos con las autoridades provinciales a lo largo del país.

También se considera fundamental generar y aprovechar todo espacio posible de coordinación de estas medidas a nivel regional, con otros Estados que enfrentan problemáticas y desafíos similares. Tanto para incorporar las lecciones aprendidas en países que han comenzado este camino anteriormente, como para incorporar información, bases de datos de precios, etc., ya desarrolladas. Debe realizarse un diagnóstico de las capacidades existentes en la región en materia de regulación, y partir de allí para planificar los pasos a seguir. Principalmente en el segmento de los MAC (medicamentos especiales) urge la necesidad de comenzar a tomar medidas coordinadas, ya que su alto costo y creciente influencia en el gasto de salud acarrea un importante riesgo para los sistemas públicos y privados de salud.

En cuanto al mercado en sí mismo, se ha destacado que los grandes laboratorios nacionales y extranjeros cuentan con la capacidad de articular la cadena aguas abajo, combinando diversas estrategias de influencia y condicionamiento de los otros agentes (CEPAL, 2013, p. 136). Han logrado construir barreras a la entrada y posicionarse como los comandantes de la cadena de valor, operando a través de las mandatarias, de su influencia sobre las farmacias, médicos, su integración con las distribuidoras, el control de los convenios con la seguridad social, etc. Por lo tanto, no se los debe analizar en su accionar únicamente como productores de medicamentos, sino como actores determinantes en todos los aspectos en este mercado.

En particular, se ha destacado que debe comenzar a debatirse de forma urgente el rol de las mandatarias en el mercado -tema prácticamente no abordado por otros trabajos de investigación-. Los grupos concentrados del sector se esfuerzan especialmente para que no se pongan estas empresas en el foco de la discusión, para evitar su cuestionamiento. Por ello,

estos actores intentan desviar constantemente la discusión al único plano donde puede percibirse una aparente competencia, como es el segmento *upstream* del mercado.

Se ha visto también que, por la forma en que el circuito de fijación de precios se encuentra diseñado, todos los actores privados involucrados en la cadena (laboratorios, droguerías, farmacias, mandatarias) tienen sus ingresos directamente atados a los precios de los medicamentos y, por lo tanto, se benefician de las respectivas subas. Así, el conjunto del sector ejerce resistencia a los controles de precios y a la promoción de la sustitución por medicamentos más baratos (los medicamentos de segundas marcas incorrectamente llamados “genéricos”). Para romper con esta sinergia se debe avanzar en discutir el modelo de cobro en las farmacias y los convenios, así como también los mecanismos de márgenes fijos que hoy existen “de hecho” en la cadena.

La necesidad de no seguir reproduciendo el mal uso del término “genérico” es otra de las conclusiones relevantes de este trabajo. Si bien, dada la actual legislación nacional, la diferenciación entre genéricos y similares no es siempre necesaria<sup>43</sup>, sí resulta especialmente importante romper con la mala práctica de asociar a los medicamentos genéricos con las “segundas marcas”. Esto sólo logra alimentar el mercado de marcas, la diferenciación excesiva e idiosincrática, y el impacto positivo en las ventas de las inversiones en publicidad, en base a información falsa ampliamente difundida.

Ciertamente, varios debates y cuestiones que también deberían incluirse al momento de repensar el sector han quedado por fuera de esta investigación y constituyen líneas para trabajos futuros. Por ejemplo, la trazabilidad de los medicamentos, la receta electrónica y la historia clínica digital, o el debate sobre las patentes (Ley de Patentes N° 24.481 y el rol del INPI). En cuanto al sector de las prepagas, éste se encuentra estrechamente vinculado a este mercado y sus actores, y su regulación comparte algunos desafíos similares, como la distribución de los respectivos “aportes” o los convenios que establecen con las farmacias.

Tampoco se abordó aquí un plan para el desarrollo industrial del sector, algo que debería pensarse conjunta y coordinadamente con los objetivos aquí planteados. Entre otros temas,

---

<sup>43</sup> En esta tesis no se hace hincapié en la diferenciación entre similares y genéricos. Sin embargo, se advierte en la necesidad de incentivar las pruebas de bioequivalencia. También debería plantearse para el mediano plazo la discusión sobre las legislaciones nacionales existentes.

debería considerarse el rol de las importaciones de medicamentos terminados. Si bien se considera la sustitución de importaciones y el estímulo a la producción local como objetivos claves para una estrategia de desarrollo de la industria nacional, también se reconoce que en un mercado tan sensible como el de los medicamentos el gobierno debe poder contar con la opción de importarlos en caso de ser necesario. Al respecto, se mencionó la necesidad de mantener en constante debate y actualización el Decreto 150/1992, en función de los escenarios internacionales cambiantes y para dotar a los gobiernos de herramientas eficaces en caso de fallas de mercado que puedan atentar gravemente contra el acceso de la población a la salud.

De igual manera, no se consideró en este trabajo el diseño de políticas públicas focalizadas, como podrían ser aquellas vinculadas a incrementar el acceso a la salud de los sectores más vulnerables, tal como lo fue el Programa Remediar. En cualquier caso, se asume que todas las propuestas de regulación aquí esbozadas brindan un marco indispensable para el diseño y ejecución de aquellas.

La experiencia de dejar el mercado de medicamentos liberado, sin intervención estatal, ya ha demostrado su fracaso en Argentina y América Latina, resultando generalmente en aumentos de precios con caída de consumo (Tobar, 2008, p. 2). Dado que se trata de un mercado imperfecto, no puede dejarse a los mismos las decisiones de producción de bienes y servicios relacionados con una cuestión tan crucial para un país como la salud de su población. En especial considerando a los medicamentos como bienes meritorios que mejoran la calidad de vida de la población que no tiene otra cobertura que la pública (DJII p 58). Además, tal como se ha remarcado a lo largo del trabajo, los mecanismos de asignación de recursos a través del “mercado” se basan en criterios de eficiencia, pero no incorporar criterios de equidad. Por lo que debe necesariamente haber una respuesta institucional frente a las múltiples imperfecciones del mercado de medicamentos. El Estado tiene la responsabilidad de establecer procedimientos eficaces que permitan garantizar la calidad, evitar la ineficiencia y promover la equidad.

Sin embargo, en la actualidad, el panorama político y económico ha vuelto a plantear la liberación del mercado como estrategia para mejorar la competitividad del sector, lo cual está llevando nuevamente a configurar un mercado prohibitivo para una gran parte de la población

del país. En ese sentido, el armado de una agenda para una regulación eficaz del mercado farmacéutico local, en línea con la constante búsqueda de garantía del derecho de acceso a la salud, resulta una tarea imprescindible y urgente. Este trabajo intenta contribuir en esa dirección.

## **Anexo 1**

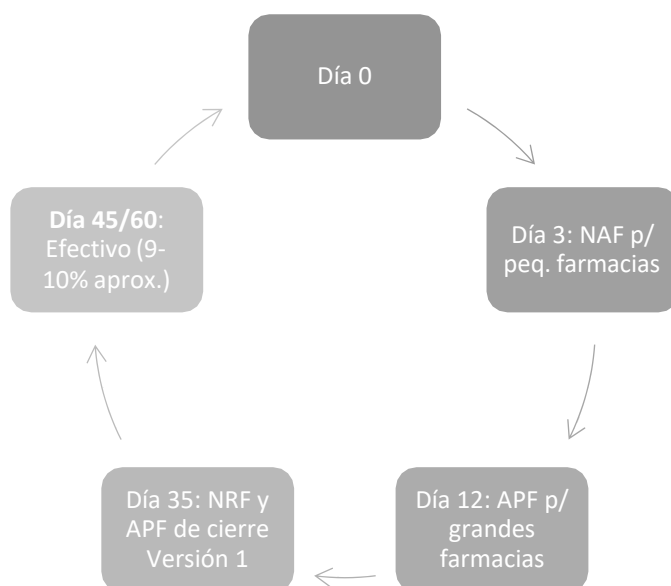
### **Preguntas frecuentes en las entrevistas semiestructuradas realizadas a representantes de laboratorios de producción de medicamentos en Argentina**

- 1) ¿Su laboratorio pertenece a alguna cámara de laboratorios? ¿A cuál?
- 2) ¿Qué tipo de medicamentos vende?
- 3) Explique su vínculo con la mandataria Farmalink.
- 4) Indique cómo impacta el sistema establecido de mandatarias en su negocio.
- 5) Explique su vínculo con las farmacias.
- 6) Explique su vínculo con las obras sociales y prepagas.
- 7) Explique su vínculo con la ANMAT.
- 8) Indique si su laboratorio tiene participaciones en otras empresas vinculadas del sector, como distribuidoras, droguerías o mandatarias.
- 9) ¿Dónde informa las variaciones de precios de sus medicamentos?
- 10) ¿Cómo determina sus competidores más directos?
- 11) ¿Cómo varía el precio de venta que sale de su laboratorio hasta el que llega a público?
- 12) ¿Forma parte del convenio PAMI? Si la respuesta es no, ¿Por qué no?
- 13) ¿Cuáles son las regulaciones públicas que más impacto tienen en su negocio?
- 14) ¿Qué fuentes de información utiliza para mantenerse informado respecto del sector?

## Anexo 2

### Proceso de pago del convenio PAMI a las farmacias

Los afiliados a PAMI suelen recibir un descuento en la compra de medicamentos ambulatorios. En los casos donde se aplica la Resolución 337 la cobertura pasa a ser del 100%. Uno de los aspectos más relevantes que deben ser analizados con relación a este convenio, es el funcionamiento de su proceso de pago. A continuación, se presenta un esquema simplificado del mismo:



Se toma como día 0 del proceso de pago cuando comienza el proceso, que se repite cada 15 días, y es cuando Atos/Imed (contratada por Farmalink) recibe las recetas de todas las entidades. Tras recibirlas, la primera nota de crédito que se genera es la **NAF (Nota de Anticipo a Farmacias)** y se emiten dentro de las 72 horas hábiles posteriores. La NAF es un anticipo que hace la industria a las farmacias, a través de la cual les adelantan parte del descuento “aportado” por los laboratorios al convenio PAMI, que es de un 24% sobre el PVP del medicamento dispensado.

Las NAF constituyen un adelanto sobre las **Notas de Recuperación de Farmacias (NRF)**, que son las notas que se emiten al cierre de la liquidación, entre 30 y 35 días de aquella fecha.

Las NRF representan el porcentaje que la Industria Farmacéutica aporta al convenio (24% sobre el PVP del medicamento dispensado).

En el caso de las NAF<sup>44</sup>, al tratarse éstas de un adelanto y no del total del aporte (24%), su promedio habitual ronda entre el 20 y el 22%. La diferencia entre la NAF y el aporte que la Industria hace, se ajusta al final del ciclo con las **Notas de Recuperación de Farmacias (NRF)**. Es importante destacar que el cálculo de la NAF no se realiza sobre lo efectivamente dispensado en la quincena, sino que se calcula en base a una ecuación que promedia las 6 quincenas anteriores, estableciendo de ese modo un parámetro general del comportamiento de la dispensa de la farmacia. Si la prestación de la farmacia es homogénea y constante, la NAF efectivamente se sitúa en los porcentajes arriba mencionados; si en cambio la farmacia tiene una prestación fluctuante, se observará en este caso que la NAF no respetará ese parámetro porcentual del 20/22% (COFA, 2014a).

A continuación, puede verse un ejemplo de Nota de Recuperación de Descuentos Anticipada del segmento ambulatorio:

**NAF**



---

**Nota de Recuperación de Descuentos de Medicamentos Ambulatorios** INSSJYP - PAMI (INSULINAS CUBIERTAS)

Número de Nota de Recuperación - FDNR 00006838824 - 15/08/2011 - 31/08/2011

Filtro Aplicado:

---

<p>POR LA PRESENTE LA DROGUERIA RECONOCE A LA FARMACIA CON DOMICILIO EN</p> <p>PERTENECIENTE AL AGRUPAMIENTO CONFORME AL VOLUMEN DE VENTAS DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PERTENECIENTES A PACIENTES AMBULATORIOS DE DISCRIMINADOS POR DROGUERIA EN ANEXO APARTE.</p> <p>UN DESCUENTO DE PESOS MAS UN ADICIONAL DE PESOS POR EL PERIODO DESDE <b>15/08/2011</b> HASTA <b>31/08/2011</b> POR LO TANTO, RESULTA A FAVOR DE LA FARMACIA UN TOTAL DE PESOS</p>	<p><b>52 - MONROE AMERICANA S.A. - BAHIA BLANCA</b> <b>999999999 - FARMACIA DE PRUEBA</b> <b>AVENIDA 00001</b> <b>(2000) - ROSARIO - SANTA FE</b> <b>INDEPENDIENTE</b></p> <p>INSSJYP - PAMI</p> <p>999999999 - FARMACIA DE PRUEBA</p>	<p>128,612 0,000</p> <p>128,612</p>	 <b>*0170071000066266372011*</b>  <b>*100000595869100052999999999*</b>
--	--	---	--

---

Fuente: Instructivo PAMI-COFA (COFA, 2012, p. 5).

<sup>44</sup> Para el cálculo de la NAF debe tomarse en cuenta el PVP de la prestación de las recetas de ambulatorio y de la Resolución 337. Quedan fuera de este cálculo las recetas de Insulinas y Tiras Reactivas, así como las recetas de Resolución 337 cuyos productos no forman parte del vademécum de cobertura PAMI; en este último caso no hay anticipo y la totalidad del pago en notas de crédito forma parte de la APF de cierre de Resolución 337 (COFA, 2014a).

La NRF se emite como nota de crédito de cierre o definitiva, categorizada como Versión 1, a los 35 días de la última fecha de presentación de recetas en ATOS/IMED según calendario, completando de esta manera el porcentaje de aporte de la Industria (24%) y cuyo monto se obtiene al descontar de este aporte, lo que ya se adelantó a través de la NAF (20-22%)<sup>45</sup>. Por lo tanto, la NRF suele ser una nota de bajo importe, ya que casi la totalidad de lo que corresponde (24%) fue anticipado por la NAF (20-22%). Si por algún motivo la NAF tiene un valor bajo, la NRF compensará con un importe superior hasta alcanzar el porcentaje de aporte promedio del 24%.

La NRF puede incluso llegar a aparecer en cero, si se produce una marcada fluctuación a la baja en la prestación de la quincena, ya que esa fluctuación produce la emisión de una NAF alta respecto a lo efectivamente transaccionado, que puede superar el 24% promedio, con lo cual al momento de emitirse la NRF el total de lo comprometido habrá sido abonado. En estos casos la NRF aparece en cero y el ajuste necesario se realiza sobre el **Anticipo de Pago a Farmacia (APF)** (COFA, 2014b).

Como es lógico, también en el caso de estas notas, quedan afuera los llamados laboratorios de venta directa (CAPGEN), que utilizan las **Notas de Recuperación de Farmacias Directa (NRFD)**. Tampoco aportan a las NRF la dispensa de un producto fuera de vademécum por Resolución 337, es decir, un medicamento que no tenga cobertura en el vademécum ambulatorio. Ese producto no emite NRF y su pago se emitirá por APF de cierre y dinero en efectivo.

La NRF se emite luego de haber hecho la auditoría de las recetas, momento en el que saben con exactitud el monto que deben acreditar a cada farmacia (por eso ajusta sobre la NAF que se anticipa en base a valores históricos). Pero estas notas dejan de lado un porcentaje que va a ser el que 45/60 días reciben como efectivo.

A continuación, se muestra una NRF del segmento ambulatorio:

---

<sup>45</sup> La NRF se emite tanto para las prestaciones realizadas en el segmento ambulatorio, como en el de Resolución 337.



**NRF**



---

**Nota de Recuperación de Descuentos de Medicamentos Ambulatorios**

Número de Nota de Recuperación - FDNR 00008914711 - 15/08/2011 - 31/08/2011 INSSJYP - PAMI

Filtro Aplicado: 05/10/2011 09:00:00

---

<p>POR LA PRESENTE LA DROGUERIA RECONOCE A LA FARMACIA CON DOMICILIO EN</p> <p>PERTENECIENTE AL AGRUPAMIENTO CONFORME AL VOLUMEN DE VENTAS DE MEDICAMENTOS AMBULATORIOS PERTENECIENTES A PACIENTES AMBULATORIOS DE DISCRIMINADOS POR DROGUERIA EN ANEXO APARTE.</p> <p>QUE CONFORMAN UN TOTAL DE PESOS</p> <p>POR EL PERIODO DESDE <b>15/08/2011</b> HASTA <b>31/08/2011</b></p> <p>DICHO IMPORTE SE ENCUADRA EN EL CONVENIO ENTRE LAS AGRUPACIONES DE FARMACIAS, LABORATORIOS Y DROGUERIAS.</p>	<p><b>52 - MONROE AMERICANA S.A. - BAHIA BLANCA</b> <b>999999999 - FARMACIA DE PRUEBA</b> <b>AVENIDA 00001</b> <b>(2000) - ROSARIO - SANTA FE</b> <b>INDEPENDIENTE</b></p> <p>INSSJYP - PAMI</p> <p style="text-align: right;">51,642</p>	 <p style="text-align: center;">*01700710000066266372011*</p>  <p style="text-align: center;">*1000000595869100052999999999*</p>
--	---	--

---

Fuente: Instructivo operativo PAMI-COFA.

Las NRFD son entonces aquellas vinculadas a las ventas de medicamentos de los laboratorios de CAPGEN, que se las llama de venta directa, y que tienen una participación en los pagos del convenio diferente al resto de la industria. Estos laboratorios no realizan su aporte al convenio de manera integrada al resto ni en el mismo porcentaje promedio, por lo cual no forman parte de la NRF, sino que su aporte se emite aparte, como NRFD (con un aporte promedio del 30%) (COFA, 2014b).

### **Anticipo de Pago a Farmacia (APF)**

Durante el año 2014 se firmó un acuerdo entre la industria y las farmacias para que conjuntamente con la NAF se emita otra nota de crédito llamada APF (Anticipo de Pago a Farmacia). Esta es una nota de crédito para usar en la droguería, que emite la industria y funciona como anticipo de la parte que pone PAMI.

La APF de cierre o definitiva, categorizada como Versión 1, se emite a los 35 días de la última fecha de presentación de recetas en ATOS/IMED según calendario, completando de esta manera el proceso de emisión de notas de crédito, solo quedando pendiente el pago del saldo efectivo, que es el 10%.

En el caso de las APF no existen versiones directas, como sí existen con las NRF, ya que en el caso de los productos de laboratorios de venta directa que generan emisión de NRFD no

generan APF, haciendo que lo que correspondería por este ítem se traslade al efectivo final (COFA, 2014c).

Si la prestación de la farmacia se compone solo de recetas ambulatorias, sin incluir prestaciones de Resolución 337, la APF se emite en su Versión 1 como definitiva o cierre y su importe representa el resto del “*a cargo de la obra social*”, descontada la NAF y la NRF y deducida la bonificación de farmacia, menos el 10% que compone el saldo efectivo.

**Se presenta a continuación un ejemplo promedio para clarificar este complejo mecanismo asociado al pago de convenio PAMI:**

Receta PVP: \$100 (con cobertura 50% por parte de la obra social PAMI)

A cargo OS: \$50 (bonificación farmacia 10%)

A cargo del consumidor: \$50

A cobrar por la farmacia a futuro: \$40 [\$100 - \$50 (que paga en paciente) - \$10 (que bonifica/aporta la farmacia)]. De esos \$40:

NAF: \$ 22      Aporte de los laboratorios al convenio PAMI (24%)

NRF: \$ 2

APF: \$ 12

Efectivo: \$ 4

A continuación, se muestra un ejemplo de APF del segmento ambulatorio:

# APF



Autorización de Pago de Farmacias por Medicamentos Ambulatorios para afiliados del INSSJyP - PAMI

FAR./AGR. FAR.

Número de Autorización de Pago - APFC 000002376184-15/08/2011 - 31/08/2011

Filtro Aplicado: <Ninguno>

999999999 - FARMACIA DE PRUEBA  
INDEPENDIENTE  
RECIBE MEDIANTE EL PRESENTE UN CREDITO ANTICIPADO POR LA INDUSTRIA FARMACEUTICA DE PESOS 41,969  
A TRAVES DE LA DROGUERIA S2 - MONROE AMERICANA S.A. - BAHIA BLANCA

POR LA PRESENTE LA FARMACIA PERTENECIENTE AL AGRUPAMIENTO RECIBE MEDIANTE EL PRESENTE UN CREDITO ANTICIPADO POR LA INDUSTRIA FARMACEUTICA DE PESOS A TRAVES DE LA DROGUERIA POR EL PERIODO DESDE 15/08/2011 HASTA 31/08/2011 AUTORIZANDO A LA ADMINISTRACION DEL CONVENIO INSSJYP - INDUSTRIA A REINTEGRAR EL MISMO MEDIANTE EL PAGO EN FORMA DIRECTA A LA INDUSTRIA FARMACEUTICA DE LOS FONDOS CORRESPONDIENTES A DICHO CREDITO, CON LOS FONDOS QUE PERCIBA OPORTUNAMENTE DEL INSSJYP - PAMI EN PAGO DE LA PRESTACION, CONVENIO Y PERIODO INDICADOS EN LA CABECERA. ESTA AUTORIZACION DE PAGO, ES EMITIDA POR LA ADMINISTRADORA BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES FUNDAMENTALES:

- 1) SERA DE USO EXCLUSIVO ENTRE FARMACIAS Y DROGUERIA QUE PARTICIPEN EN EL CONVENIO INSSJYP - INDUSTRIA PARA LA PROVISION DE MEDICAMENTOS.
- 2) EN CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO MARCO ENTRE INDUSTRIA, DISTRIBUCION Y DISPENSACION.
- 3) NO ASUMIENDO NINGUN TIPO DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA POR PARTE DE LA ADMINISTRADORA RESPECTO DE LA INCOBRABILIDAD DEL INSSJYP, PUESTO QUE LA ADMINISTRADORA SOLO ACTUA COMO AGENTE DE INFORMACION EN SUS FUNCIONES DE ADMINISTRADORA DEL CONVENIO, NO ASUMIENDO NINGUN OTRO TIPO DE PARTICIPACION, NI RIESGO DENTRO DEL MISMO.



#### Estimado Farmacéutico:

Con el fin de agilizar la acreditación de estos comprobantes, este formulario será remitido al titular del crédito aquí expresado exclusivamente por vía electrónica, y no en soporte papel.

La utilización por el titular del crédito aquí reconocido implicará asimismo la aceptación de los demás términos aquí previstos.

La sola aplicación o utilización del crédito anticipado aquí expresado por parte de su titular, implica -sin admitir prueba en contrario- la cesión de un crédito que por idéntico importe el titular tiene contra el INSSJyP - PAMI a favor de la Industria Farmacéutica, quedando autorizado Farmalink -en su carácter de administrador del Convenio INSSJyP a pagar directamente dicho crédito a la Industria Farmacéutica una vez percibido el pago por parte del INSSJyP.

Ante cualquier duda consulte con la Entidad Farmacéutica que lo agrupa  
Recuerde tener presente su código de farmacia Pami, para agilizar su trámite ante cualquier consulta que tenga que realizar.

## APF en Segmento Resolución 337

Cuando una farmacia realiza prestaciones de Resolución 337 de PAMI, debe entregar medicamentos que generalmente son de alto costo, sin cobrar absolutamente nada al afiliado, teniendo que cubrir la financiación desde ese momento hasta que cobran el medicamento.

En estos casos se emiten las notas de créditos APF anticipadas específicas de este segmento (en sus versiones 7 y 8). Las APF Anticipadas del segmento Resolución 337 se desdoblán en una APF Cobertura Ambulatoria, que anticipa una porción de la APF definitiva de ambulatorio, y una APF Resolución 337 que abona el 90% de lo que la farmacia debe cobrar por este segmento, **entendiendo por Resolución 337 el porcentaje de la receta que el afiliado no paga** por haberse autorizado en este segmento.

Por ejemplo, en una receta vinculada a la Resolución 337 de un medicamento cuyo PVP es \$100, con cobertura de vademécum del 60%, la APF se vincula a los \$40 restantes que el

afiliado no abona en mostrador. De esos \$40 la APF Anticipada Resolución 337 cubre \$ 36, percibiendo la farmacia los \$ 4 restantes como saldo efectivo.

También existe la APF de cierre de Resolución 337 Versión 1, pero con la particularidad de que sólo se emite a la farmacia cuya prestación de la quincena haya incluido productos fuera de vademécum. Por lo tanto, si una farmacia no tuvo en su prestación este tipo de productos la totalidad de su prestación de Resolución 337 en notas de crédito se incluye en las versiones de APF Anticipado y por ende no tiene APF de cierre (COFA, 2014c).

Aproximadamente a los 22 días corridos contados desde la fecha de dispensa promedio de la respectiva quincena, Farmalink emite Autorizaciones de Pagos Anticipadas del segmento ambulatorio y de Resolución 337/05 (APFA) correspondiente a todas las transacciones online que hubiera dispensado e incluido en el respectivo Cierre de Presentación On-Line, por los ítems que fueron autorizados por el Instituto por Resolución 337/05.

Ejemplo de APF correspondientes a la Resolución 337/05:

# APF

  
**FARMALINK**  
**FAR./AGR. FAR.**

---

**Autorización de Pago de Farmacias por Medicamentos Ambulatorios para afiliados del INSSJyP - PAMI (RES. 337-05)**

Número de Autorización de Pago - APFC 000001141133 -15/08/2011-31/08/2011

Filtro Aplicado: <Ninguno>

<p>POR LA PRESENTE LA FARMACIA PERTENECIENTE AL AGRUPAMIENTO RECIBE MEDIANTE EL PRESENTE UN CREDITO ANTICIPADO FARMACEUTICA DE PESOS A TRAVES DE LA DROGUERIA POR EL PERIODO DESDE <b>15/08/2011</b> HASTA <b>31/08/2011</b> AUTORIZANDO A LA ADMINISTRACION DEL CONVENIO INSSJYP - INDUSTRIA A REINTEGRAR EL MISMO MEDIANTE EL PAGO EN FORMA DIRECTA A LA INDUSTRIA FARMACEUTICA DE LOS FONDOS CORRESPONDIENTES A DICHO CREDITO, CON LOS FONDOS QUE PERCIBA OPORTUNAMENTE DEL INSSJyP - PAMI (RES. 337-4 EN PAGO DE LA PRESTACION, CONVENIO Y PERIODO INDICADOS EN LA CABECERA. ESTA AUTORIZACION DE PAGO, ES EMITIDA POR LA ADMINISTRADORA BAJO LAS SIGUIENTES CONDICIONES FUNDAMENTALES:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) SERA DE USO EXCLUSIVO ENTRE FARMACIAS Y DROGUERIA QUE PARTICIPEN EN EL CONVENIO INSSJYP - INDUSTRIA PARA LA PROVISION DE MEDICAMENTOS.</li><li>2) EN CUMPLIMIENTO DEL ACUERDO MARCO ENTRE INDUSTRIA, DISTRIBUCION Y DISPENSACION.</li><li>3) NO ASUMIENDO NINGUN TIPO DE RESPONSABILIDAD SOLIDARIA POR PARTE DE LA ADMINISTRADORA RESPECTO DE LA INCOBRABILIDAD DEL INSSJYP, PUESTO QUE LA ADMINISTRADORA SOLO ACTUA COMO AGENTE DE INFORMACION EN SUS FUNCIONES DE ADMINISTRADORA DEL CONVENIO, NO ASUMIENDO NINGUN OTRO TIPO DE PARTICIPACION, NI RIESGO DENTRO DEL MISMO.</li></ol>	<p><b>999999999 - FARMACIA DE PRUEBA INDEPENDIENTE</b></p> <p>604,123</p> <p><b>52 - MONROE AMERICANA S.A. - BAHIA BLANCA</b></p>
---	---



\*01699820000011252032011\*  
\*1000001848517200211999999999\*

---

**Estimado Farmacéutico:**

Con el fin de agilizar la acreditación de estos comprobantes, este formulario será remitido al titular del crédito aquí expresado exclusivamente por vía electrónica, y no en soporte papel.

La utilización por el titular del crédito aquí reconocido implicará asimismo la aceptación de los demás términos aquí previstos.

La sola aplicación o utilización del crédito anticipado aquí expresado por parte de su titular, implica -sin admitir prueba en contrario- la cesión de un crédito que por idéntico importe el titular tiene contra el INSSJyP - PAMI a favor de la Industria Farmacéutica, quedando autorizado Farmalink -en su carácter de administrador del Convenio INSSJyP a pagar directamente dicho crédito a la Industria Farmacéutica una vez percibido el pago por parte del INSSJyP.

Ante cualquier duda consulte con la Entidad Farmacéutica que lo agrupa  
Recuerde tener presente su código de farmacia Pami, para agilizar su trámite ante cualquier consulta que tenga que realizar.

En conclusión, al momento de emitirse la Liquidación Definitiva, para aquellas Farmacias que hubieran efectuado el Cierre de Presentación On-Line se hace entrega de las Autorizaciones de Pago Definitivas (APF) del segmento ambulatorio y las NRF si el anticipo NAF no hubiese representado la totalidad de este ítem, tanto para el segmento ambulatorio como el de insulinas, mientras que para las Farmacias que no hubieran hecho dicho Cierre se entregan las NRF y con posterioridad las APF. Junto al cierre también se entregan las APF y NRF de Tiras Reactivas y las APF de Res. 337 si el anticipo no hubiese representado la totalidad de este ítem (COFA, 2012, p. 7).

Esas 3 notas de crédito (NAF, NRF y APF) más el efectivo que recibe la farmacia en mostrador debería sumar alrededor del 68-69% del PVP, que sería el costo que tiene para la farmacia comprar el medicamento a la droguería. Si logra tenerlo para cuando la droguería se lo va a reclamar, la farmacia puede financiarse bien, si no, comienzan los descalabros financieros para las farmacias. Estas dos APF no les llegan a todas las farmacias, le llegan al 85% de ellas. Suelen quedar excluidas las farmacias de mayor facturación que deben esperar más tiempo para cobrar. A estas farmacias más grandes que no entran en la financiación les llegan a los 12 días corridos desde el momento cero.

Por todo esto se dice que las farmacias dependen del financiamiento de la Industria. Si la Industria decide dejar de adelantarles vía notas de crédito su aporte a los convenios, las farmacias entrarían en una crisis de financiación. Y por eso FEFARA denuncia que estas notas de crédito funcionan como “cuasi monedas” en el sector.

De hecho, uno de los principales problemas que sufren las farmacias es el retraso en los pagos. Las NAF y las NRF se suelen emitir a tiempo. Pero cuando PAMI retrasa el pago a los laboratorios, estos dejan de emitir las APF a las farmacias, dividiendo así el riesgo y los costos de financiación con ellas, a pesar de que no están directamente incluidas en el convenio con el PAMI.

Entonces, cuando se cierra a los 30-35 días (desde el momento cero) se emiten dos notas de crédito de cierre, las NRF y APF. La NRF que depende de la Industria sale a tiempo, pero la APF de cierre a veces no se emite a tiempo ya que se encuentra atada a los tiempos de pago

de PAMI. La Industria hace este vínculo, ata el pago de las APF al pago de PAMI por más que las farmacias no tienen un contrato directo de ningún tipo con PAMI.

Tal como se anticipó, esto deja en evidencia que la farmacia cumple un rol fundamental en la financiación del sistema, financiando la diferencia entre el plazo entrega del medicamento y su cobro, sumado a que cede bonificaciones que pueden llegar al 20%.

## Bibliografía

Abrutzky, R., Bramuglia, C., y Godio, C. (2008). *Estudio de una política en salud: Ley de Prescripción de medicamentos por su nombre genérico y Plan Remediar*. Buenos Aires: Asociación Argentina de Economía Política, XLIII Reunión Anual.

ANMAT. *¿Qué son los psicotrópicos y estupefacientes?* Recuperado de [http://www.anmat.gov.ar/Medicamentos/psicotropicos\\_y\\_estupefacientes.pdf](http://www.anmat.gov.ar/Medicamentos/psicotropicos_y_estupefacientes.pdf)

ANMAT. *Medicamentos de Uso Compasivo*. Recuperado de [http://www.anmat.gov.ar/consumidores/Medicamentos\\_UsoCompasivo.pdf](http://www.anmat.gov.ar/consumidores/Medicamentos_UsoCompasivo.pdf)

ANMAT. *Medicamentos de Venta Libre (OTC). Lo que usted debe saber*. Recuperado de [http://www.anmat.gov.ar/consumidores/Medicamentos\\_de\\_venta\\_libre.pdf](http://www.anmat.gov.ar/consumidores/Medicamentos_de_venta_libre.pdf)

Argentina. Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva (MINCYT) (2007). *Sector Farmacéutico*. En Boletín Estadístico Tecnológico N°5.

Argentina. Ministerio de Economía y Finanzas Públicas (MECON). Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo (2015). *Complejo Farmacéutico*. Serie "Complejos Productivos".

Argentina. Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas. Subsecretaria de Planificación Económica. Dirección Nacional de Planificación Sectorial (2016). *Salud, farmacia y equipamiento médico*. Año 1 - N°21.

Argentina. *Vademécum Nacional de Medicamentos*. <http://anmatvademecum.servicios.pami.org.ar/>

BDO Argentina (2008). *Informe Sectorial: Laboratorios e industria farmacéutica*. Reporte Sectorial, año 1, n°2.

BDO Argentina (2013). *Informe Sectorial: Laboratorios e industria farmacéutica*.

Bisang, R., Luzuriaga J.P. y San Martín, M. (2017). *El mercado de los medicamentos en la Argentina*. Centro de Estudios para el Cambio Estructural (CECE).

Boccanera, G. *Evolución del mercado de medicamentos en los últimos 15 años. El caso de los convenios entre laboratorios y financiadores*. Federación Farmacéutica Argentina (FEFARA). Recuperado de [http://www.fefara.org.ar/files/Gabriel\\_Boccanera.pdf](http://www.fefara.org.ar/files/Gabriel_Boccanera.pdf)

Boletín Oficial de la República Argentina. 2 de agosto de 2016.

Boletín Oficial de la República Argentina. 2 de mayo de 2017.

Boletín Oficial de la República Argentina. 28 de octubre de 2016.

Bramuglia, C., Abrutzky, R., y Godio, C. (2012). *Análisis De La Industria Farmacéutica Estatal en Argentina*. Documentos de Jóvenes Investigadores, Núm. 34., Instituto de Investigaciones Gino Germani, Universidad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.

CAEMe (2018). *Comisión Directiva*. Recuperado de [http://www.caeme.org.ar/comision\\_directiva.php](http://www.caeme.org.ar/comision_directiva.php)

Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de uso Hospitalario (CAPGEN). <http://www.capgen.com.ar>

Cámara de Comercio Argentino-Británica (2017). *Asamblea Annual Ordinaria 2017*. Recuperado de [http://ccab.com.ar/newsletter\\_detalle.php?id=89&nota=3032](http://ccab.com.ar/newsletter_detalle.php?id=89&nota=3032)

CILFA (2017). *La industria farmacéutica argentina: su carácter estratégico y perspectivas*. Buenos Aires.

CILFA (2017). *Plan estratégico para el desarrollo del sector farmacéutico nacional, 2017-2021*.

CILFA (2018). *Comisión Directiva*. Recuperado de [http://www.cilfa.org.ar/#sitio\\_top](http://www.cilfa.org.ar/#sitio_top)

COFA (2012). *Instructivo operativo. Nuevo sistema de presentación de liquidación Convenio PAMI*.

COFA (2014a). *Las NAF Características y formas de cálculo*. Recuperado de <http://www.cofa.org.ar/?p=7327>

COFA (2014b). *Proceso de pago del convenio PAMI (segunda entrega). Las NRF Características y formas de cálculo*. Recuperado de <http://www.cofa.org.ar/?p=7451>

COFA (2014c). *Las APF Características y formas de cálculo*. Recuperado de <http://www.cofa.org.ar/?p=7540>

Coloma, G. (2002). *Apuntes de Organización Industrial*. Universidad del CEMA.

Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) (2000). *Expediente N 064-010491/2000 (CONC: No 177), caratulado "DIFARM S.A., PRODIFA S.A., CILFA,*



*FARMAUDIT S.A. Y COOPERALA S/NOTIFICACIÓN ART. 80 Ley No 25.156.* Secretaría de Defensa de la Competencia y del Consumidor, Ministerio de Economía.

Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC) (2016). *Expediente S01: 0259986/2016 (CONC. 1336) MA-FB-MBC-AGS caratulado SANOFI Y BOEHRINGER INGELHEIM GMBH S/ NOTIFICACIÓN ART. 8 DE LA LEY 25.156.* Secretaría de Comercio, Ministerio de Producción.

Comisión Nacional de Defensa de la Competencia. *Memoria 2014.* Ministerio de Economía y Finanzas Públicas.

Cooperativa de Provisión y Crédito de Laboratorios Argentinos de Especialidades Medicinales (COOPERALA). <http://www.cooperala.com.ar/organizacion.asp>

Decreto N° 150/92. *Medicamentos. Normas para el registro, elaboración, fraccionamiento, prescripción, expendio, comercialización, exportación e importación de medicamentos. Ámbito de aplicación.* Disposiciones Generales 1992.

Decreto N° 9763/64. *Reglamentación de la Ley N° 16.463.*

Decreto N° 987/2003. *Reglamentación de la Ley N° 25.649.*

Dirección Nacional de Defensa del Consumidor y Arbitraje de Consumo (2015). *Tus Derechos - Medicamentos.* Recuperado de [https://www.youtube.com/watch?v=Ayjg8q\\_vxyY&feature=youtu.be](https://www.youtube.com/watch?v=Ayjg8q_vxyY&feature=youtu.be)

Disposición N° 3686/2011 (ANMAT). *Establézcanse los Requisitos mínimos para solicitar la condición de venta libre de una especialidad medicinal.*

Disposición N° 3829/2014 (ANMAT). *Arancel para el mantenimiento en el Registro de Especialidades Medicinales Comercializadas y No Comercializadas.*

Disposición N° 4980/2005 (ANMAT). *Publicidad sobre Productos de Venta Libre.*

Disposición N° 5039/2014 (ANMAT). *Vademécum Nacional de Medicamentos.*

Disposición N° 9807/2016 (ANMAT). *Programa de Especialidades Medicinales.*

Farmalink. [www.farmalink.com.ar](http://www.farmalink.com.ar) (visitada, febrero 13, 2018)

Fernández Bugna, C. y Porta, F. (2013). *La industria farmacéutica en la Argentina.* En "La industria argentina frente a los nuevos desafíos y oportunidades del siglo XXI". CEPAL.

González García, G. (2015). *Reflexiones sobre la vigencia y cumplimiento de la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico*. Revista Genérico – CAPGEN/COFA.

Hamilton, G., Lifschitz E. y Tobar, F. (2010). *Respuestas de los países para promover el acceso a los medicamentos de alto costo*. En "Política y gestión de la cobertura de medicamentos de alto costo". Montevideo: Fondo Nacional de Recursos. Publicación técnica N°13.

Hospital Italiano (2017). *¿Son todos los comprimidos iguales? ¿Usted, qué está tomando?* Recuperado de <https://www.hospitalitaliano.org.ar/#!/home/infomed/noticia/5816>

International Medical Products Price Guide. <http://mshpriceguide.org>

Kairos. Revista de Ciencia y Tecnología para su Farmacia. <http://ar.kairosweb.com/>

Kato Vidal, E. (2003). *Competencia en mercados imperfectos con progreso tecnológico*. Revista Momento Económico – Núm. 127.

Kodric, A y Langer, A. (2018). *Estructuras de mercado y sus consecuencias en la asignación de recursos: teoría y práctica en Argentina*. Ec-Revista De Administración Y Economía.

Ley N° 16.463. *Medicamentos. Importación y Exportación*. 1964.

Ley N° 17.818. *Estupefacientes*. 1968.

Ley N° 23.349. *Ley de Impuesto al Valor Agregado*. 1986.

Ley N° 23.737. *Estupefacientes*. 1989.

Ley N° 24.240. *Normas de Protección y Defensa de los Consumidores*. 1993.

Ley N° 25.649. *Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico*. 2002.

Ley N° 26.567. *Medicamentos*. 2009.

Ley N° 26.991. *Nueva Regulación de las Relaciones de Producción y Consumo*. 2014.

Ley No 22.373. *Consejo Federal de Salud*. 1981.

Maceira, D. y Palacios, A. (2014). *Evolución de la Estructura del Mercado Farmacéutico Argentino ante un Contexto de Cambio Regulatorio. Análisis de los Determinantes de Competencia en Seis Clases Terapéuticas*. CABA: Documento de Trabajo CEDES 121.

Maceira, D. (Coordinador), Alonso, V., Benito, K., Crojethovic, M., Gaglio, R., Gahr, G., Meza, V., Keller, E. (2010). *Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos*.

Maceria, D. (Coordinador) (2005). *ANMAT-INPI: Organización, estructura y experiencias internacionales*. Centro de Implementación de Políticas Públicas para la Equidad y el Crecimiento (CIPPEC).

Manual Farmacéutico. Grupo Alfa Beta. <http://www.alfabeta.net>

Martinez, M y Timor, G. (2014). *El sistema único de reintegros. La cobertura de las enfermedades catastróficas en Argentina*. Hospital Alemán. Curso Anual de Auditoría Médica.

Mochón, F. y Beker, V. (2008). *Economía, principios y aplicaciones*. 4ta edición.

Müller, A., Perdomo, J. (2009). *La pregunta de la Sra. Robinson: ¿Qué es la competencia perfecta?* Asociación Argentina De Economía Política - XLIV Reunión Anual.

Muller, A. (2010). *Marco Regulatorio Para El Autotransporte Colectivo Urbano: Reseña Y Opciones*. Revista Transporte y Territorio, núm. 2, Universidad de Buenos Aires.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2011). *Guía para la implementación de estrategias de medicamentos genéricos en los países de América Latina y el Caribe como mecanismo para mejorar el acceso a medicamentos*. Documento N° 3 Serie Técnica de Medicamentos Esenciales, Políticas Farmacéuticas.

Peidro, R., Chassón, C., Angriman, A., Agliano, S., Charreau, J., Robert, A. y Basile, G. (2012). *Informe de Análisis: Proceso de fusiones nacional-multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica. Ciclo de Análisis de Políticas de Medicamentos en Argentina*. Asociación de Agentes de Propaganda Médica de la República Argentina (AAPM). Sindicato de Visitadores Médicos. CTA.

Peretta, M. (2017). En *Los farmacéuticos reclaman el cumplimiento de la "ley de genéricos"*. El diario 24. Recuperado el 31 de marzo de 2017 de <http://www.d24ar.com/nota/argentina/396536/farmaceuticos-reclaman-cumplimiento-ley-genericos.html>

Resolución Conjunta N° 412/2015 del Ministerio de Economía y Finanzas Públicas y N° 698/2015 del Ministerio de Salud. Modificación de la Reglamentación del Decreto 150/92.

Resolución Conjunta N° 470/92 MEyOSP - 268/92 MSyAS, reglamentaria del Decreto N° 150/92 (T.O. según Resolución Conjunta 988/92 MEyOSP -748/92 MSAS) con la modificación de la Res. Conj. 415/2007 M.S. – M.E. y P.)

Resolución N° 286/2008 del Ministerio de Salud. Programa Nacional para la Producción Pública de Medicamentos, Vacunas y Productos Médicos.

Sánchez, M. y Cano, M. (2014). *La industria farmacéutica argentina: presente y perspectivas*. KPMG. Serie de Estudios Sectoriales.

Tobar, F. (2007). *Política de medicamentos en América Latina*. Buenos Aires: Fundación Salud y Fármacos.

Tobar, F. (2008). *Economía de los medicamentos genéricos en América Latina*. Rev Panam Salud Pública; 23(1):59-67.

Tobar, F. (2011). *Referenciación Internacional sobre Políticas de Regulación de Precios de Medicamentos*. Informe final del Convenio Interadministrativo 292/197052 del Ministerio de Protección Social de la República de Colombia.

Tobar, F. *Cómo regular de precios de medicamentos en Argentina*. Programa Infosalud.

Tobar, F., Drake, I. y Martich, E. (2012). *Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a medicamentos*. Rev Panam Salud Pública. 2012;32(6):457–63.

Urbiztondo, S., Cont, W. y Panadeiros, M. (2013). *La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina*. FIEL. Documento de Trabajo No 121.

Vacca González, C.P., Fitzgerald, J.F. y Bermúdez, J.A.Z. (2006). *Definición de medicamento genérico ¿un fin o un medio? Análisis de la regulación en 14 países de la Región de las Américas*. Rev Panam Salud Pública. 2006;20(5):314–23

Vassallo, C., Sellanes, M. y Freylejer, V. (2003). *Salud, Mercado y Estado*. Apunte de Economía de la Salud.

Villalonga J. (2008). *Mercado de los medicamentos: Un negocio “macchiavélico”*. Diario Gaceta. Recuperado el 12 de Julio de 2008 de <http://www.gacetamercantil.com/notas/18085/>