



Universidad de
San Andrés

Universidad de San Andrés
Departamento de Economía

TRABAJO DE GRADUACIÓN
LICENCIATURA EN ECONOMÍA

EL MERCADO DE MEDICAMENTOS EN
ARGENTINA
- 2002 / 2012 -

Efectos y evolución por aplicación de la Ley de
Prescripción por Nombre Genérico.

Alumna: Giuliana D'Annunzio
Mentor: Federico Weinschelbaum

Mayo 2013.

Quiero agradecer a mi Familia por el apoyo constante y la confianza que tuvieron en mí para permitirme estudiar en San Andrés.

Además, agradecer a Federico Weinschelbaum por sus valiosos comentarios que permitieron la elaboración de este trabajo, y a Carlos Vassallo por sus aportes sobre conocimientos del tema y su excelente predisposición.



Universidad de
SanAndrés

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. DESCRIPCIÓN DEL MERCADO	6
2.1 Clasificación por tipo de producto	6
2.2 Características del Mercado	7
2.3 Actores participantes	10
2.4 Determinación de los precios	21
3. UN ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS EFECTOS DE LA LEY AL AÑO 2006	25
4. DESARROLLO	28
4.1 Hechos Estilizados	28
4.2 ¿Por qué no se cumplió el objetivo de la Ley de Prescripción por Genérico?	33
4.2.1 Recuperación económica nacional.....	33
4.2.2 Readaptación de estrategias de los Laboratorios	37
4.2.3 Bajo desarrollo de los actores del mercado de genéricos	40
4.2.4 Rol de la farmacia y farmacéutico	41
4.2.5 Vademécum de las Obras Sociales	43
4.2.6 Aumentos de coberturas.....	44
4.2.7 Concertación de aumentos de precios.....	45
5. CONCLUSIÓN.....	48
6. BIBLIOGRAFÍA	52

1. INTRODUCCIÓN:

La recesión sufrida en Argentina a fines de la década del '90, que concluyó con la profunda crisis económica del año 2002, impactó en la caída del salario real, en el aumento de la desocupación y de la ocupación informal, lo que generó que muchas familias quedaran sin cobertura social.

En materia de acceso a los medicamentos, a la pérdida de cobertura social se le sumó el crecimiento de precios considerable de estos productos, frente a ingresos salariales estancados; dejando a gran parte de la población con grandes dificultades para adquirirlos.

Ante esa situación, el Ministerio de Salud de la Nación implementó una Política Nacional de Medicamentos con dos acciones:

1. El lanzamiento del Programa Remediar, dirigido a la población sin poder de compra, y cuyo objetivo es la distribución gratuita de medicamentos que cubren las principales patologías de atención primaria de la salud.
2. La elevación al Congreso Nacional para su sanción, de la Ley de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (Ley 25.649).

El presente trabajo busca analizar los efectos en el largo plazo sobre el Mercado de Medicamentos en la Argentina por la aplicación de la mencionada Ley 25.649 que se aprueba en Agosto del 2002 y se reglamenta por Decreto 987 en Abril del 2003.

El objetivo de la misma fue incrementar la competencia en el mercado, abaratar el costo y favorecer el acceso a los medicamentos para la población, y consecuentemente contribuir así a la reducción del gasto en salud.

La norma sancionada exige a los médicos que en toda receta o prescripción se exprese el nombre de la droga genérica (o Denominador Común Internacional - DCI), reforzando entonces el rol del farmacéutico en cuanto a la dispensa de las recetas, permitiendo la sustitución de marcas, e incluyendo en dicha práctica el deber de asesoramiento e información por parte del profesional al público, como una tarea de gran relevancia, posibilitando así la libertad de elección del consumidor.

Según los considerandos del Decreto Reglamentario: “Que la libertad de elección del consumidor, en las condiciones establecidas en la Ley, 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.” A su vez, el Art.2 de la Ley establece: “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”.

Luego de poco más de 10 años de sanción de la Ley, el presente trabajo buscará determinar cómo evolucionó el mercado, si se cumplió la intención del legislador, qué cambios de estrategia desarrollaron los “players” ante la modificación de las reglas de juego, y quiénes resultaron ganadores o perdedores a largo plazo.

Para ello, se considerará inicialmente la Tesis de Ernestina Benedetto¹ que realizó un análisis similar para el período 2001-2006, donde concluye que la “ley de genéricos” cumplió con su objetivo principal: garantizar el acceso de medicamentos a los consumidores a través del ingreso de los genéricos al mercado; y luego analizará la evolución del mercado de medicamento en la Argentina en los años subsiguientes (2007-2012).

El resto de este trabajo está organizado de la siguiente manera: en la segunda sección se hace una descripción del mercado para comprender su grado de complejidad y poder analizarlo mejor; en la tercera sección se realiza un breve resumen del período 2001-2006, analizado por Benedetto sobre el tema; en la cuarta sección comienza el desarrollo de la tesis analizando algunos hechos estilizados y los cambios de estructura que se observan en el mercado; y finalmente, en la quinta sección se concluye el trabajo.

¹ (Benedetto 2006)

2. DESCRIPCIÓN DEL MERCADO EN LA ARGENTINA

Para el desarrollo del presente trabajo es necesario inicialmente describir algunos conceptos básicos sobre el tipo de producto, las características y estructura del Mercado de Especialidades Medicinales en la Argentina, los actores participantes y la determinación de los precios.

2.1 Clasificación por Tipo de Producto²

- ***Medicamento original o innovador:*** Es el que contiene un principio activo nuevo, resultado de la investigación y desarrollo del Laboratorio productor, quien es propietario de los derechos de patente y los comercializa bajo un nombre de marca registrada.
- ***Licencias o “segundas marcas”:*** Corresponden a los mismos productos que el innovador, comercializados por otras (o las mismas) compañías farmacéuticas, con autorización expresa del investigador, respetando el proceso de fabricación del original y con otro nombre comercial.
- ***Copias o “similares”:*** Son aquellas especialidades que salen al mercado después del innovador, conteniendo el mismo principio activo, pero sin la licencia del medicamento original. Cumplen criterios de calidad y basan sus datos de seguridad y eficacia terapéutica en la documentación publicada que existe sobre dicho principio activo. La mayoría de las copias se denominan con una marca de fantasía que les permite competir con el innovador y las licencias “como uno más”. También existen copias cuyo nombre es el del principio activo bajo Denominación Común Internacional (DCI) seguido del nombre del titular o fabricante de la especialidad.
- ***Medicamentos Genéricos:*** Son aquellos fármacos que, al igual que otros de referencia tienen el mismo principio, la misma forma farmacéutica, la misma composición y demuestran la misma bioequivalencia (se comportan de igual manera en el organismo) teniendo por lo tanto demostrada la misma eficiencia terapéutica. Sólo

² Esta clasificación se basa en (Piani 2009); Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

pueden comercializarse una vez que la patente del original ha caducado. Se distribuyen con el nombre del principio activo, sin ser identificados con una marca de fábrica o marca comercial. La principal ventaja de un medicamento genérico frente a un medicamento de marca es el menor costo de fabricación, ya que el genérico no requiere inversión en investigación, desarrollo y promoción. Además de la ventaja del precio, estos medicamentos cumplen con los mismos registros sanitarios que los medicamentos de marcas y tienen la misma eficacia sobre el organismo.

La llamada “Ley de Genéricos” en realidad 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 es una ley que obliga al profesional médico a prescribir por principio activo o D.C.I. Hay que tener en cuenta que en Europa y Estados Unidos, cuando se habla de medicamentos genéricos se hace referencia a los medicamentos que surgen luego del vencimiento de las patentes de los medicamentos innovadores, y que cumplen con los controles de bioequivalencia y biodisponibilidad que se les exige. Sin embargo, en Argentina cuando se habla de medicamentos genéricos no se está haciendo referencia al mismo tipo de producto ya que se denomina medicamentos genéricos a las copias de los medicamentos “de marca” comercializados en el país, que a nivel internacional se conocen como genéricos.

Por lo tanto, considerando esta clasificación, puede concluirse que en la Argentina no existen como tal los Medicamentos Genéricos. Es un mercado compuesto principalmente por “copias” o similares de Marca y por “segundas marcas” que pertenecen a Laboratorios de menor trayectoria. No obstante, en el desarrollo del presente trabajo se continuará denominando “Genéricos” a estas “segundas marcas” que tuvieron un desarrollo mayor a partir de la sanción de Ley mencionada.

2.2 Características del Mercado³

A nivel global, la industria farmacéutica se caracteriza por ser una actividad altamente competitiva y globalizada, con fuertes barreras a la entrada por la existencia de patentes, y en términos generales con un alto grado de regulación por parte de los Gobiernos en lo que

³ Esta sección toma en cuenta conceptos de (Vassallo y Falbo, Dinámica del mercado de medicamentos. La determinación del precio. 2006); (BDO 2008); y (BET - Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva 2012).

respecta al control de precios. Debido a ello, el precio para un mismo producto puede no ser el mismo en diferentes regiones. Actualmente, gran parte de los países de la Unión Europea cuentan con este tipo de regulaciones por parte del Estado, en muchos casos en base a precios máximos.

En general, laboratorios innovadores líderes compiten en el desarrollo de nuevas drogas y por la diferenciación de sus productos. Sin embargo, laboratorios no innovadores, que fabrican genéricos o similares y no deben afrontar el elevado costo en I+D, representan una fuerte competencia para los laboratorios innovadores ya que sus precios son muy inferiores.

El mercado de medicamentos presenta un alto grado de complejidad, por la cantidad de actores que intervienen y la diversidad de roles que éstos desempeñan en el proceso que va desde la producción hasta el consumo.

Una de las características que lo distinguen es que se establecen relaciones entre los actores donde, en la mayoría de los casos, impera la información asimétrica. De este modo no se cumple con uno de los supuestos principales del modelo competitivo que es la información perfecta. Esto implica que es un mercado donde opera el problema de agencia entre los actores, causado por la asimetría de información.

Se pueden distinguir sub-mercados que comprenden dinámicas de comportamientos diferentes, en función de los actores que intervienen:

- **Mercado Popular:** conformado por los Medicamentos de Venta Libre u O.T.C. (Over The Counter), llamados así porque la autoridad sanitaria los ha autorizado a ser dispensados sin receta médica, destinados a dolencias menores que no requieren del diagnóstico y tratamiento médico, por lo cual son comprados directamente por el público sin la intervención de financiadores.
- **Mercado Ético:** conformado por los Medicamentos de Venta Bajo Receta, son aquellos que sólo pueden dispensarse mediante prescripción médica. En éste, a los actores clásicos de todo mercado, oferentes y consumidores, se le suman agentes encargados de la financiación (seguridad social) y agentes encargados de la prescripción (médicos).

- **Mercado Institucional:** formado por los Medicamentos de Internación u Hospitalarios, son los adquiridos habitualmente por el sistema de salud estatal en el caso de instituciones hospitalarias, o por clínicas y sanatorios privados, directamente a los laboratorios a través de licitaciones o concursos de precios.

En el mercado de Medicamentos de Venta Libre, el mecanismo se asemeja más al de un mercado competitivo en relación al mercado ético, dado que el consumidor adquiere el medicamento directamente en la farmacia, sin que nadie decida por él. Sin embargo, ésta decisión de compra está basada en la idea que se ha formado a través de la publicidad y propaganda establecida por los laboratorios, evidenciando así el poder que se ejerce desde la oferta, debido a la asimetría de información que existe en el mercado, para lograr acaparar consumidores.

En el caso de los Medicamentos Éticos, que deben ser provistos bajo receta de profesional médico, el consumidor no está en condiciones de ejercer la opción de compra ya que desconoce los efectos de la droga, la dosis recomendada, el tiempo de tratamiento, y las consecuencias de no consumirlo de acuerdo con la prescripción médica. En este caso, es el médico quien tiene el poder sobre la decisión de compra. Esto determina un nuevo problema de asimetría de información.

Al incorporar al análisis los sistemas de seguridad social, se agrega una nueva distorsión dado por el poder que ejerce como agente pagador. En el mercado de medicamentos, quien prescribe el producto, no paga ni consume; quien paga, no consume ni prescribe; y finalmente quien consume, no prescribe y sólo paga una parte del medicamento. Nuevamente el sesgo de la información da lugar a comportamientos oportunistas por parte de la oferta que pueden generar abusos en el uso de los medicamentos, y que en muchos casos condicionan la correcta actuación del médico.

En consecuencia, la decisión de compra en muchos casos no está relacionada con la calidad y el precio que deberían ser los elementos a considerar por el consumidor. Por lo tanto, puede concluirse que el precio no es necesariamente una variable indicativa de la calidad del medicamento.

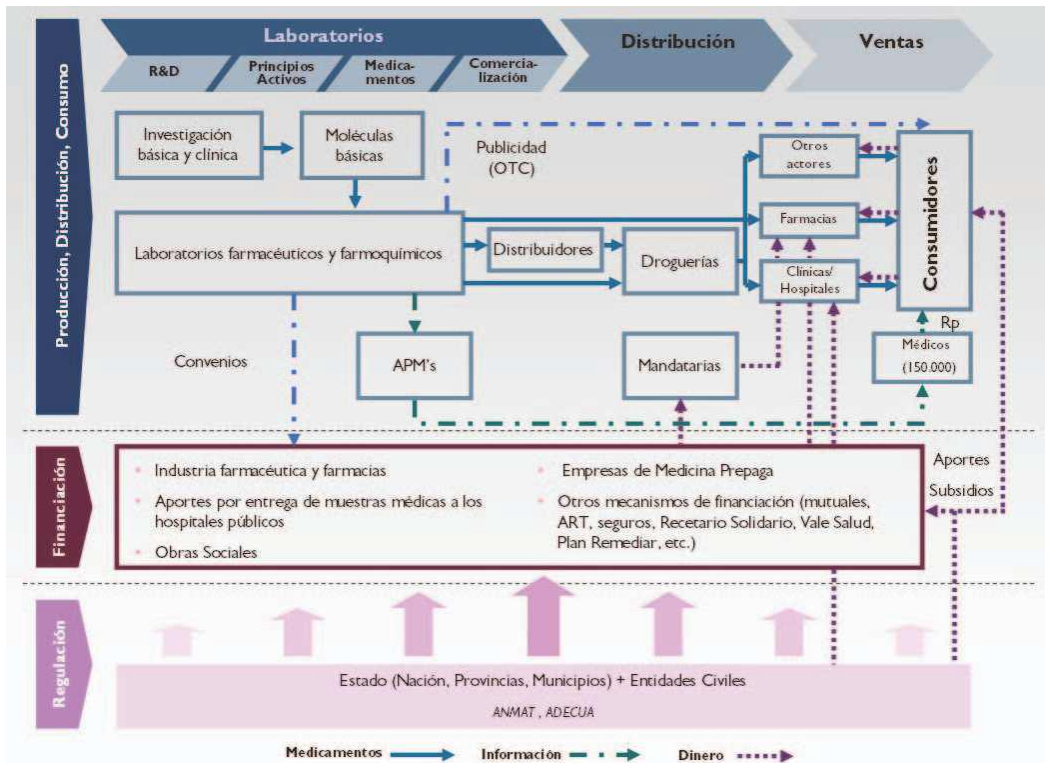
2.3 Actores participantes:

Considerando su rol, los agentes que intervienen en el mercado pueden ser clasificados de la siguiente forma:

1. La Oferta:
 - a. Productores: Laboratorios,
 - b. Canal de Comercialización Mayorista: Distribuidoras y Droguerías,
 - c. Gerenciadoras de Contratos o Mandatarias,
 - d. Canal de Dispensación: Farmacias.
2. La Prescripción: Médicos.
3. La Financiación:
 - a. Seguridad Social.
 - b. La Población.
4. La Demanda: Paciente.
5. La Regulación: Organismos del Estado.

Las relaciones que se establecen entre los actores del mercado en las diferentes etapas del proceso de comercialización del medicamento pueden sintetizarse en el siguiente cuadro:

Figura 1: Las interacciones entre los actores del mercado.



Fuentes: UIA, CILFA.

2.3.1 La Oferta

- **Laboratorios:**

En la Argentina el sector farmacéutico cuenta con aproximadamente 250 Laboratorios, de los cuales alrededor de 180 pertenecen a capitales de orígenes nacionales. Hay 110 plantas de producción, de las cuales 90 pertenecen a capitales nacionales. Se comercializan 2000 principios activos a través de 9600 productos y presentaciones comerciales.

Según datos de IMS del año 2012 las 15 primeras Compañías y grupos concentran el 67,2% del market share del mercado en Valores.

Cuadro 1: Ranking de Corporaciones Farmacéuticas

Ranking de Corporaciones Farmacéuticas
(datos Noviembre 2012)

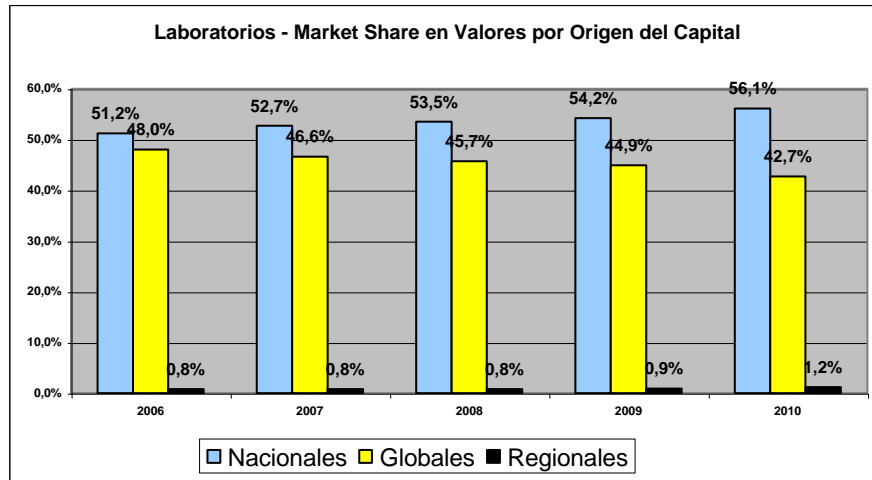
Rank	Laboratorios	% M.S. Valores	% M.S. Unid	Origen Capital
1	Roemmers Corp.	12,9%	12,06%	Nacional
2	Bago Corp.	8,8%	10,10%	Nacional
3	Glaxo Smithkline Corp	5,9%	4,87%	Global
4	Elea Corp.	4,3%	4,54%	Nacional
5	Gador	4,0%	4,08%	Nacional
6	Bayer Corp.	3,8%	6,84%	Global
7	Casasco	3,7%	2,57%	Nacional
8	Pfizer Corp.	3,5%	3,78%	Global
9	Raffo	3,5%	2,46%	Nacional
10	Baliarda	3,3%	2,70%	Nacional
11	Teva	3,2%	2,05%	Global
12	Sanofi Aventis Corp.	3,1%	2,22%	Global
13	Novartis Corp.	2,7%	1,78%	Global
14	Boehringer Ing. Corp.	2,3%	2,78%	Global
15	Bernabó	2,2%	2,38%	Nacional
Subtotal		67,2%	65,21%	
Resto Laboratorios		32,8%	34,79%	
Total Corporaciones		100,0%	100,00%	

Fuente: IMS PM Argentina

Según el origen de su capital⁴, hay una característica diferencial respecto al mercado internacional, la participación de mercado muestra en la última década una evolución a favor de las Compañías Nacionales, y los primeros dos Laboratorios del ranking por ventas (Roemmers Corp. 12,9% y Bago Corp. 8,8% del market share en Pesos) son nacionales. Como puede observarse en los siguientes gráficos el market share de los Nacionales es mas alto medido en unidades que en valores, por lo tanto el precio promedio por unidad es menor en la Compañías nacionales.

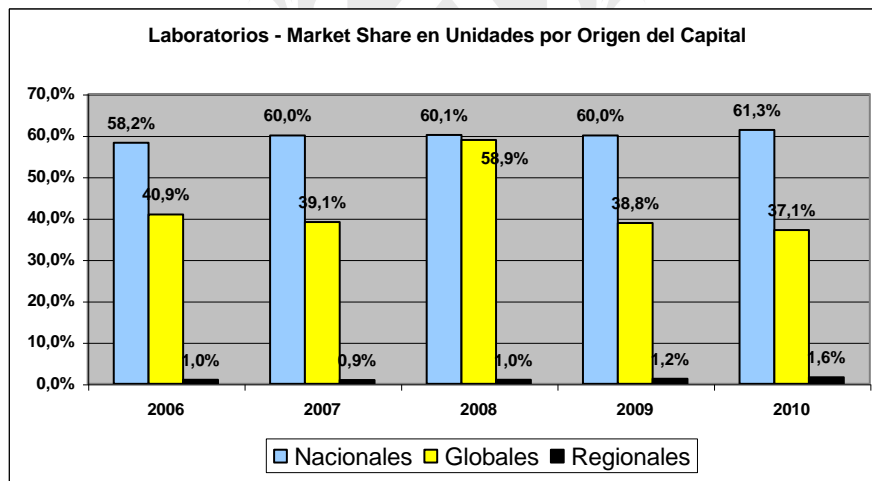
⁴ La clasificación de laboratorios Globales es sinónima a la de los laboratorios Internaciones utilizada en el resto del trabajo. Simplemente se decidió mantener el nombre con el cual es utilizado según los datos de IMS para esta sección.

Figura 2: Market Share en valores de los laboratorios por origen de capital.



Fuente: elaboración propia en base a datos IMS.

Figura 3: Share en valores de los laboratorios por origen de capital.



Fuente: elaboración propia en base a datos IMS.

Los Laboratorios nacionales tuvieron su desarrollo en base a la producción de copia de medicamentos producidos por laboratorios innovadores, los cuales en su gran mayoría son de origen extranjero debido a la falta de una legislación sobre reconocimiento de derechos de patentes.

Esta dominación de la industria nacional se explica también por la estrategia de numerosos laboratorios multinacionales quienes, frente a la crisis económica de la última década, decidieron retirar sus plantas del territorio argentino y tercerizar una parte la

producción de sus medicamentos mediante acuerdos de producción y licencia con laboratorios nacionales.

Las compañías farmacéuticas procuran ofrecer productos con un elevado nivel de diferenciación, a fin de reducir las posibilidades de sustitución y maximizar los beneficios. Sus acciones comerciales están canalizadas a través de los Agentes de Propaganda Médica (APM), con una base de marketing y promoción muy fuerte orientada al Médico prescriptor.

La industria farmacéutica está agrupada en Cámaras que los representan, según el origen de su capital, afinidad e intereses comunes:

- Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEMe)⁵: concentra en general a los Laboratorios de capitales multinacionales;
- Centro Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA)⁶: agrupa a 43 Compañías de mediano y gran tamaño de origen nacional;
- Cooperativa de Laboratorios Argentinos (COOPERALA)⁷,
- Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario (CAPGEN)⁸: agrupa a algo más de 20 Laboratorios chicos con plantas en el país de especialidades medicinales genéricas destinadas a la demanda del Estado y del público.
- Cámara Argentina de Medicamentos de Venta Libre (CAPEMVeL): integrada por Compañías nacionales e internacionales que participan del mercado de O.T.C.

- **Distribuidoras:**

Son empresas logísticas creadas por los principales Laboratorios que concentran la distribución, gestionando los stocks y la financiación a las Droguerías. Integrados

⁵ CAEMe - Agrupa a los laboratorios extranjeros o multinacionales: Astra Zeneca, Roche, Glaxo Smith Kline, Novartis, Pfizer, Boehringer Ingelheim, Abbott, Bayer, MSD Merck Sharp & Dhome. - <http://www.caeme.org.ar>

⁶ CILFA - Agrupa a los laboratorios de marca de capitales nacionales: Roemmers – Bago – Casasco – Elea – Baliarda, entre otros. - <http://www.cilfa.org.ar/>

⁷ <http://www.cooperala.com.ar>

⁸ <http://www.capgen.org.ar/>

verticalmente, operan por cuenta y orden de los Laboratorios, bajo la figura legal del mandato y la consignación.

Según datos IMS Health del 2011 el 77,7% del mercado en Valores se canaliza a través de las Distribuidoras. Las más importantes son Disprofarma⁹, Rofina¹⁰, Farmanet¹¹ y Globalfarm¹².

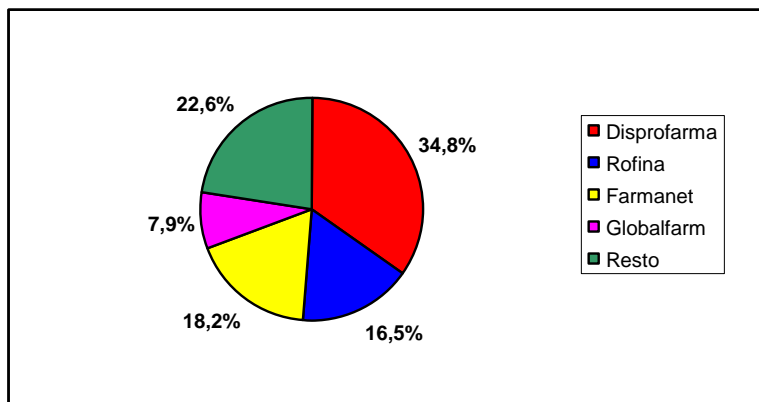
Los Laboratorios de genéricos no integran estas Distribuidoras, conformadas principalmente por los Laboratorios de marcas y de origen nacional.

Cuadro 2: Participación del mercado por Distribuidoras.

Participación del Mercado por Distribuidoras

(En Valores según datos IMS Health 2011 y datos propios)

Distribuidora	M.S.%	Cant. Labor.	Controladas por
Disprofarma	35,0%	30	Bagó - Elea
Rofina	16,6%	16	Roemmers
Farmanet	18,3%	23	Casasco, Gador, Novartis
Globalfarm	7,9%	13	Temis Lostaló - Drog.Del Sud
Resto	22,7%		



⁹ <http://www.disprofarma.com.ar/>

¹⁰ <http://www.rofina.com.ar/>

¹¹ web.farmanet.com.ar/

¹² <http://www.globalfarm.com.ar/>

- **Droguerías:**

Proveen por cuenta propia a las Farmacias e instituciones de salud de todo el país. Se pueden distinguir las 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.

Las Droguerías Integrales, son las de mayor volumen del mercado. Las principales (Del Sud, Suizo Barracas y Monroe Americana), distribuyen el 63% del mercado a Farmacias, son controladas por los más importantes Laboratorios nacionales y comercializan con exclusividad los llamados medicamentos “de marca”.

Esta cadena de distribución larga posibilita la reposición diaria a más de 12.000 Farmacias en todo el territorio argentino.

Las principales Droguerías no tienen como proveedores a los Laboratorios de genéricos, que en general distribuyen por cuenta propia o a través de operadores logísticos en forma más restringida y con menor nivel de frecuencias, obstaculizando así su llegada a la totalidad de las farmacias del mercado nacional con buen nivel de servicio.

- **Gerenciadoras de Contratos o Mandatarias:**

Son entidades conformadas por laboratorios nacionales y multinacionales. Tienen a su cargo la negociación contractual con obras sociales, empresas de medicina prepaga, hospitales y otros organismos relacionados con la salud, y asociaciones de farmacias.

Estas entidades realizan convenios con las prestadoras de Seguridad Social, por el cual les otorgan bonificaciones en la compra de medicamentos a cambio de que las mismas incorporen los productos de sus laboratorios asociados en los Vademécum. Además son las

encargadas de auditar y ordenar el pago de las liquidaciones de los Convenios presentadas por las Farmacias, y reintegran parte del precio a las farmacias.

Las dos más importantes son: Farmalink¹³ (que administra el convenio con el INSSJP – PAMI y con el IOMA) y Preserfar¹⁴.

- **Farmacias:**

Son las encargadas de dispensar los medicamentos al público. En general son unidades de negocio de tamaño relativamente reducidas y atomizadas. En la última década se observa regionalmente un aumento en la concentración de la facturación, con gran crecimiento de las redes de farmacias o “cadenas” con múltiples puntos de venta por sobre las farmacias tradicionales, a través de locales propios o franquicias.

Las más importantes son:

- Farmacity¹⁵: 191 puntos de venta propios y franquiciados (117 en C.A.B.A.);
- U.A.R.F.A. (Unión Argentina de Redes de Farmacia)¹⁶: que agrupa a las 18 cadenas regionales de mayor volumen de facturación con 167 farmacias.
- Dr. Ahorro¹⁷: con 52 locales (40 en C.A.B.A – 12 en seis Provincias), con venta exclusiva de genéricos;
- Economed¹⁸: 25 sucursales en 8 Provincias, con venta exclusiva de genéricos.

A su vez, las Farmacias están agrupadas en diversas organizaciones como Confederaciones, Colegios, Cámaras, Asociaciones (COFA¹⁹, FACAF²⁰, AFMSRA²¹), que son las encargadas de celebrar los convenios con los actores de la Financiación (la Seguridad Social) y los actores de la oferta (las Gerenciadoras), evidenciando una posición

¹³ <http://www.farmalink.com.ar/>

¹⁴ <http://www.preserfar.com/>

¹⁵ <http://www.farmacity.com.ar/>

¹⁶ La Primera Alianza de Redes de Farmacias, de carácter nacional, integrada por los principales grupos Farmacéuticos de mayor trayectoria y relevancia comercial de la República Argentina. www.uarfa.com.ar

¹⁷ www.farmaciasdrahorro.com.ar/

¹⁸ www.economed.com.ar/

¹⁹ COFA: Confederación Farmacéutica Argentina (www.cofa.org.ar) que agrupa a los Colegios Farmacéuticos de la Arg.

²⁰ FACAF: Federación Arg. de Cámaras de Farmacias (www.facaf.org.ar)

²¹ AFMSRA: Asoc. de Farmacias Mutuales y Sindicales de la Rep. Arg. (www.afmsra.com)

negociadora más débil frente a éstas, ya que deben conceder bonificaciones por necesidades comerciales para acceder a los diversos convenios.

Así conviven en el mercado i) farmacias tradicionales bajo el "modelo sanitarista", enfocadas en la atención personalizada del paciente, ii) farmacias modelo "drugstore" de autoservicio, atendiendo los cambios de hábitos del consumo, liderado por Farmacity; y iii) redes o cadenas con modelos intermedios. Los dos últimos modelos de negocio comenzaron a lograr una posición negociadora relativamente más fuerte frente a la oferta, obteniendo mayores descuentos y bonificaciones por compras por volumen, y pasaron a ser el objetivo principal de las acciones comerciales de los Laboratorios. En general, las cadenas del Dr.Ahorro y Economed comercializan exclusivamente genéricos y el resto de las cadenas son "marquistas" por excelencia.

2.3.2 La Prescripción

- **Médicos:** A diferencia del paciente, el médico cuenta con el conocimiento suficiente como para reducir las asimetrías de información frente a los laboratorios. De esta manera, su posición de intermediario entre la oferta de medicamentos y los usuarios finales le otorgan una importante función social. En la práctica, el paciente delega la toma de decisiones en el médico ya que éste dispone de mayor información y conocimiento. Sin embargo, cabe aclarar que la información con la que cuenta el médico para decidir qué medicamento recetar, es principalmente la que le proporcionan los laboratorios a través de sus APM. Por lo tanto, esta decisión va a estar sumamente influenciada por los laboratorios que puedan contar con visitadores médicos y así darles a conocer su producto. Es por ello que si el laboratorio no se encarga de darle a conocer sus productos a los médicos, entonces será muy difícil para el médico recetar otro medicamento diferente al que ya venía prescribiendo.

2.3.3 La Financiación

- **Seguridad Social:** Constituida por los agentes que proveen el financiamiento a los consumidores beneficiarios ante eventuales gastos relacionados al cuidado de la

salud, incluida la cobertura sobre los medicamentos que componen el Vademécum de cada entidad.

El sector está conformado por más de 300 entidades:

- Obras Sociales Estatales (Ej.: PAMI, IOMA, IPROSS, etc.)
- Obras Sociales Sindicales (Ej.: OSECAC, SMATA, BANCARIOS)
- Empresas de Medicina Prepaga (Ej.: OSDE, Swiss Medical, Galeno, Omint, Medicus, etc.)

Cuadro 3: Cantidad Beneficiarios de la Seguridad Social.

Mercado de Salud (datos 2009)	Cant. Beneficiarios
Obras Sociales Provinciales	6.291.186
Obras Sociales Nacionales	14.513.956
PAMI	4.065.000
Ent.Medicina Prepaga	4.620.000
Sin cobertura	17.257.803
Doble cobertura	- 6.613.520
Poblacion Total	40.134.425

Fuente: Diario Clarin, Key Market, Bco Mundial, ACAMI, ADEM, INDEC, Min de Salud

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJyP) –PAMI– es la mayor Obra Social del país, cuyos beneficiarios consumen alrededor del 40% de los medicamentos, tienen el mayor Convenio con la Industria Farmacéutica Argentina.

- **Población:** La población en general y los empleadores financian solidariamente el costo de los medicamentos, a través de los aportes y contribuciones que se realizan sobre la nómina salarial, que se pagan a las prestadoras de la seguridad social. Por su parte, los beneficiarios de los sistemas de seguridad social pagan un porcentaje del precio (co-pago) según las coberturas brindadas por cada entidad aseguradora.

2.3.4 La Demanda

- **Paciente:** El consumidor de este mercado no tiene la capacidad de identificar productos similares o sustitutos. Es el médico quien le receta la droga al paciente, y al recomendarle una marca se genera una demanda inducida cuando el consumidor decide respetar la recomendación del médico por falta de conocimientos para poder optar por otra marca o genérico. La elasticidad cruzada de la demanda de una determinada droga o principio activo respecto a un potencial sustituto, es relativamente baja. Ante una disminución en el precio de un bien sustituto el paciente no ajustará su pauta de consumo, puesto que depende de un tercero que lo asesore y autorice para hacerlo, el Médico prescriptor.

Adicionalmente, el paciente financia parte del medicamento a través de un co-pago, que surge de la diferencia entre el precio al público y la cobertura de la Obra Social.

En el país se estiman 17 millones de habitantes sin cobertura médico asistencial. En estos casos, deben abonar el total del costo del medicamento, o en situaciones de indigencia el Estado le financia la totalidad del mismo, a través de planes como el Remediar.

2.3.5 La Regulación

- **Estado:** conformado por los siguientes organismos
 - Ministerio de Salud Nacional.
 - La Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT): es un organismo descentralizado del Ministerio de Salud de la Nación que colabora en la protección de la salud humana, asegurando la calidad de los medicamentos, a través de los procesos de autorización, registro, normatización, vigilancia y fiscalización de los productos y agentes del mercado.
 - Ministerios de Salud Provinciales.

2.4 Determinación de los Precios:

En el mercado argentino los Laboratorios establecen el Precio de Venta al Público (PVP) de los medicamentos que producen. Este PVP es el que consideran los agentes de la Seguridad Social en sus Convenios para abonar a las farmacias las dispensaciones a sus beneficiarios. Por lo tanto, se toman como referencia en toda la cadena de comercialización, fijándose los márgenes de utilidad de cada actor de la cadena de valor en base a un porcentaje fijo expresado en términos de descuento sobre el precio final. En definitiva, es el laboratorio quien determina el margen de ganancia total del producto en toda la cadena de comercialización. 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. Una característica particular de este mercado es que los precios no se fijan adicionando un mark-up al costo del producto, sino que es un mercado “descuentista”, los márgenes se establecen sobre los precios de venta.

La Ley de IVA según art. 7 inciso “f” establece que están exentas del 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 esta forma al Precio Salida Laboratorio se le debe adicionar el 21% de IVA, y en las etapas subsiguientes, la venta de Droguerías a Farmacias y Farmacia a Público, no tributan, constituyendo el IVA para las Droguerías un costo a absorber, no trasladable.

Las droguerías compran dichos productos con un descuento preestablecido y fijo del 31,03% sobre PVP, estableciéndose así el Precio 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 36,6% sobre el PVP.

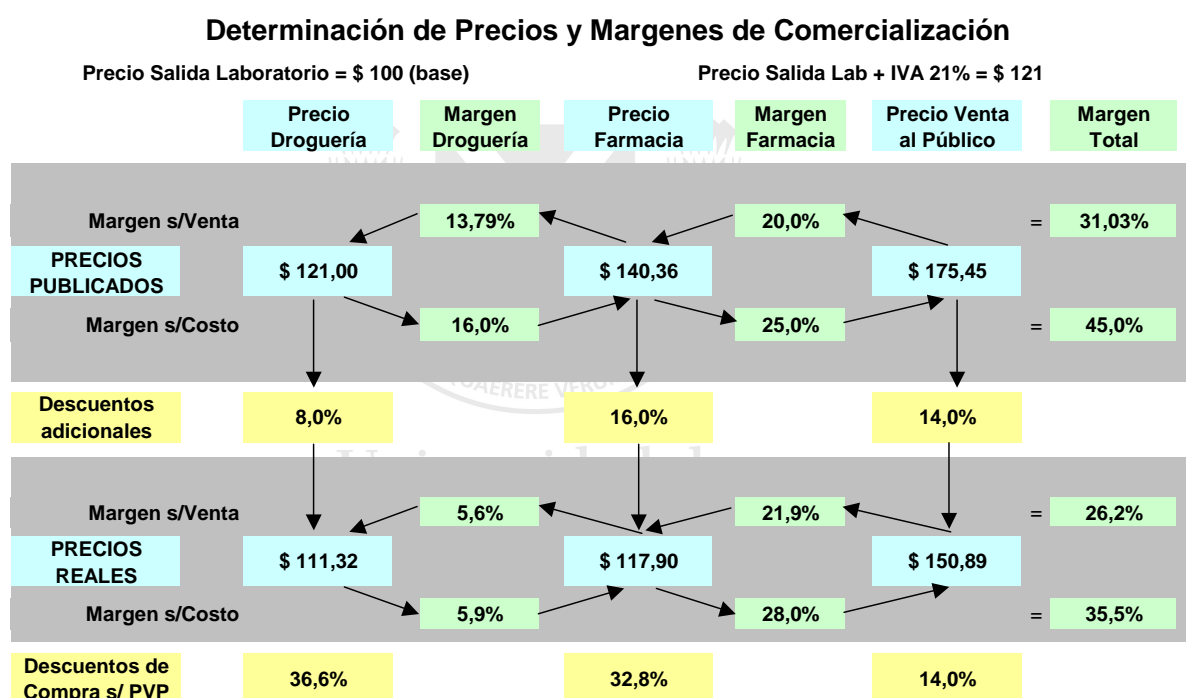
El precio de compra de las farmacias (PF) se establece referencialmente con un descuento del 20% sobre el PVP y obtienen descuentos promedios adicionales del 16%,

producto de la competencia entre droguerías, por lo tanto el descuento total para la farmacia promedia el 32,8% 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.

Lo anterior se puede esquematizar en el siguiente cuadro:

Figura 4: Determinación de precios y márgenes de comercialización.



Fuente: datos propios en base a consultas a actores del mercado.

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 (por pago contado por ej.), 2) descuentos, brindados por laboratorios a los seguros de salud, 3) notas de recupero de descuentos (nota 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.

Tomando como ejemplo el Convenio Ambulatorio del PAMI, los descuentos o bonificaciones operan de la siguiente manera:

Cuadro 4: Liquidación Convenio PAMI Ambulatorio.

LIQUIDACION CONVENIO PAMI AMBULATORIO

Conceptos	Ref.	Importes
FARMACIAS:		
Venta Ambulatorio Puro y Mixtas 337/Ambul.	(1)	100,00
menos Aporte Farmacia al Convenio	(2)	-14,00
<u>Venta Neta Farmacia</u>		<u>86,00</u>
A Cargo Afiliado (Co-Pago)	(3)	-30,00
A Liquidar PAMI	(4)	-56,00
<u>Importe Neto a Cobrar por Farmacia</u>		<u>-86,00</u>
LIQUIDACIÓN PAMI		
Bonificación Industria - Nota de Recuperación (NRF)	(5)	24,00
Financiación Industria - Autorización de Pago (APF)	(6)	26,40
<u>Notas de Creditos por Droguerías</u>		<u>50,40</u>
Pago directo PAMI	(7)	5,60
<u>Importe Neto a Cobrar por Farmacia</u>		<u>56,00</u>
COSTO MEDICAMENTO PARA PAMI		
Precio Venta al Público		100,00
menos: Co-pago Afiliado		-30,00
menos: Aporte Farmacias		-14,00
<u>menos: Aporte Industria</u>		<u>-24,00</u>
<u>Costo a cargo PAMI</u>		<u>32,00</u>

Observaciones:

- (1) Precio Venta al Público (PVP) = base 100
- (2) Las Farmacias aportan al Convenio una bonificación prom del 14% s/PVP
- (3) La cobertura promedio sobre los PVP del medicamento es del 70%, el afiliado abona monto restante
- (4) La Farmacia financia el 65% de la venta neta (\$56/\$86)
- (5) Laboratorios aportan al Convenio 24% promedio s/ PVP = Nota de Recuperación de Descuentos a Fcias para descontar en la compra a Droguerías.
- (6) La NC por Autorización de Pago, es la Cesión del Crédito de las Fcias a favor de la Industria. Permite que los Laboratorios puedan adelantar los fondos a las Farmacias para disminuir los plazos de financiación al PAMI. Completa el 90% del Neto a Cobrar (\$56 x 90% = \$24)
- (7) PAMI abona el 10% directamente a las Farmacias.

Fuente: datos propios en base a consultas a actores del mercado.

Como se puede observar en el cuadro anterior, por el Convenio Ambulatorio PAMI abona un 32% promedio del PVP, el afiliado realiza un co-pago del 30%, y el 38% restante son descuentos adicionales otorgados por Farmacias (14%) y Laboratorios (24%).

Los Laboratorios, a partir de la crisis económica el 2002, considerando los plazos de pago prolongados de PAMI a las Farmacias, obtuvieron de éstas una Cesión de Créditos que les permite adelantarle los fondos, disminuyendo la financiación de las mismas. Según información obtenida por representantes del mercado, los Laboratorios emiten las “notas de crédito” en un plazo promedio de 25 días desde la dispensación del producto en la farmacia y recuperan en aproximadamente 180 días el crédito a través de PAMI.



Universidad de
San Andrés

3. UN ANÁLISIS PRELIMINAR DE LOS EFECTOS DE LA LEY AL AÑO 2006

En esta sección se hará un breve resumen de los efectos de la Ley encontrados hasta el 2006 por Ernestina Benedetto²² en su trabajo de tesis.

En su trabajo, Ernestina encuentra que hasta el año 2006 se habían producido dos hechos estilizados acorde a los datos recolectados.

En primer lugar, encontró que la ley de genéricos contribuyó a frenar la suba de los precios de los medicamentos. Para explicar este hecho hizo una adaptación al modelo de segmentación de mercado de Frank & Salkever (1991) explicando que los consumidores leales (parte inelástica de la demanda) no son leales a una marca en particular, sino que buscan un mínimo de calidad (en este caso la calidad viene dada por el hecho de que son de marca), entonces una vez que se garantizan esa calidad eligen entre las marcas por precio. Esto lleva a que laboratorios de marca compitan por precio y así se vea atenuada la suba de precios que venían teniendo. Por lo tanto, determina que si bien la ley no parece generar mayor competencia por precios entre marcas y genéricos, es la competencia entre las marcas líderes, incentivada por la posibilidad de sustitución que otorga la Ley, la que generó que el precio de éstas no aumenten.

Por otro lado, encontró que había aumentado la brecha de precios entre marcas y genéricos, y este hecho fue argumentado diciendo que los genéricos (que abarcan la demanda elástica) compiten en el mercado por precios que lleva a que su precio sea muy bajo, y los medicamentos de marca dirigen su estrategia al sector inelástico que está dispuesta a pagar más por “calidad”.

A su vez, el trabajo hace un análisis paralelo sobre el efecto en las cantidades de venta de medicamentos, analizando la evolución del market share de las marcas y genéricos, encontrando que si bien hubo un aumento en la brecha de precios entre éstos, las marcas lograron evitar sufrir una caída importante en su market share. Este hecho lo explica

²² (Benedetto 2006)

haciendo un análisis de la nueva forma de competencia originada por la ley a través de cambios de estrategias por parte de los jugadores antes y después de la misma:

- Antes de la ley: el laboratorio generaba incentivos para que los médicos receten sus productos a través de publicidades en revistas médicas, presentaciones de productos y visitantes médicos (APM). El médico es quien receta al paciente el medicamento, pero éste no necesariamente elige el medicamento que maximiza la utilidad del paciente y por lo tanto se genera un problema de agencia por asimetría de información. Finalmente, el paciente va a la farmacia y compra lo recetado sin poder elegir, y la farmacia no influye en la compra ya que debe respetar lo recetado. Por lo tanto, quien consume el medicamento no puede elegir, sino que es el médico quien demanda el medicamento.

- Luego de la ley: los laboratorios comenzaron a otorgar menos incentivos a los médicos porque éstos le generaban menor retorno dado que debían recetar por nombre genérico, y empezaron a otorgar descuentos a cambio de recomendación dirigidos hacia las farmacias. Esto último, según la tesis de Ernestina, podía llegar a generar un potencial problema al objetivo de la ley. Por lo tanto, ahora el médico receta al paciente el medicamento por nombre genérico, y el consumidor al ir a la farmacia puede elegir el producto que le conviene, e incluso el farmacéutico le puede recomendar el producto si éste así lo requiera.

El trabajo muestra un análisis basado en entrevistas con profesionales de la industria farmacéutica sobre las estrategias de los jugadores y deja en pie que podría llegar a haber un potencial problema al objetivo de la ley debido a los descuentos a cambio de recomendación que hacen los laboratorios a las farmacias. Sin embargo, ella sugiere que hay datos que muestran que antes de la ley, los descuentos sobre el precio de compra otorgado por los laboratorios eran del 33% aproximadamente, mientras que después de la ley pasaron a ser del 42% al 44% para algunas marcas líderes, y hasta del 80% para el caso de los laboratorios “genéricos”. Por lo tanto, ante esta situación el potencial problema no existiría ya que para las farmacias los medicamentos genéricos son más rentables (le otorgan mayores descuentos), con lo cual tienen incentivos para recomendar a los mismos y no cambiar por marcas líderes.

Dado estas conclusiones sugiere que la ley cumplió con su objetivo desde el punto de vista del bienestar en función del nivel de precios, ya que los consumidores más sensibles al precio pudieron conseguir medicamentos más baratos (por la introducción de los genéricos) y los consumidores leales a su vez se beneficiaron del efecto de la mayor competencia entre las marcas líderes por querer apropiarse de ese segmento de la demanda.

Un resultado obtenido es que la farmacia emerge como un claro ganador de la ley al recibir incentivos (en la forma de mayores descuentos) por parte de los laboratorios a recomendar sus productos.

Benedetto²³ concluye diciendo *“será interesante estudiar cómo evolucionará el mercado de aquí en adelante. Bajo las condiciones actuales, la farmacia intentará incentivar la venta de genéricos, dado que esto es lo que le genera mayor rentabilidad.”*

Al mismo tiempo, cree razonable pensar que, a medida que los genéricos vayan adquiriendo reputación, y el consumidor adquiera mayor información respecto a la verdadera calidad de los productos, el tipo de consumidor sensible al precio vaya desplazando al consumidor leal. Finalmente se hace las siguientes preguntas: *“¿Se logrará así una mayor penetración de mercado de los medicamentos genéricos?, ¿cómo reaccionarán las marcas líderes?, ¿es sostenible en el largo plazo el mercado segmentado en consumidores leales y sensibles?, ¿qué efectos tendrá la presión inflacionaria sobre la brecha de precios entre marcas y genéricos?, ¿quiénes serán los ganadores de largo plazo de la ley?”*.

²³ (Benedetto 2006)

4. DESARROLLO

A continuación se pasará a describir cuáles fueron los hechos estilizados encontrados hasta la fecha, utilizando datos de la consultora IMS Health²⁴ y en base a entrevistas con profesionales del mercado.

4.1 Hechos Estilizados:

Con respecto al Mercado Farmacéutico Ético, el rol de los genéricos ha perdido importancia en el momento de la prescripción médica. Si bien más del 70% de la población argentina pertenece al nivel socioeconómico bajo, que ha sido uno de los sectores más castigados por la crisis, la mejora en la situación económica y las acciones comerciales de los laboratorios líderes han contrarrestado la participación de los productos genéricos, a pesar de la oportunidad de inserción en un mercado de bajos precios para estos últimos.

El mercado de medicamentos ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años. El siguiente cuadro muestra la evolución del mercado de marcas y genéricos en términos de unidades y Pesos del 2002 al 2012. Si bien en los primeros cuatro años el genérico creció en términos de unidades (65,3%) y Pesos (91,3%) por sobre el de marca (45,5% y 77,1% respectivamente), a partir del 2005 esta tendencia se revirtió notablemente. Esto muestra entonces, la predominancia que tuvieron los medicamentos de marca frente a los genéricos en el largo plazo:

Cuadro 5: Evolución del mercado en valores y en unidades.

Evolución Mercado en Unidades (millones)						
	2002	2005	2012	Var.'02 -'05	Var.'05 vs '12	Var.'02 vs '12
- Mercado de Marcas	269,20	391,67	660,86	45,5%	68,7%	145,5%
- Mercado de Genéricos	8,09	13,38	16,64	65,3%	24,4%	105,6%

Evolución Mercado en Valores (en mill de Pesos)						
	2002	2005	2012	Var.'02 -'05	Var.'05 vs '12	Var.'02 vs '12
- Mercado de Marcas	3.783,07	6.700,17	28.732,68	77,1%	328,8%	659,5%
- Mercado de Genéricos	75,96	145,30	421,54	91,3%	190,1%	455,0%

Fuente: IMS Health

²⁴ La consultora IMS Health se encarga de relevar y auditar los datos de la industria farmacéutica.

Adicionalmente, la mayoría de las obras sociales provinciales y gran parte de las obras sociales nacionales, continuaron en crisis, aunque más aliviadas en su situación respecto al gasto en medicamentos cubiertos a sus afiliados, debido a una disminución del mismo al recibir de la industria farmacéutica mayores descuentos que en épocas pasadas; como contrapartida, estos descuentos no llegaron a los beneficiarios de estas prestatarias, ya que sólo aliviaron el gasto a costa de una erosión en la rentabilidad de las compañías farmacéuticas a pesar de continuar en muchos casos con un esquema de tipo “vademécum cerrado” para la prescripción de medicamentos.

Asimismo, existieron iniciativas destinadas a facilitar al paciente el acceso a medicamentos de marcas que usualmente consumían; entre ellas la formación de vademécum entre laboratorios y farmacias con descuentos sobre el precio de venta al público iguales a los exigidos por el PMO (Programa Médico Obligatorio). En este caso, el descuento es financiado por los laboratorios en una mayor proporción y por las farmacias en el restante.

Finalmente, el sistema de medicina prepaga no ha sido tampoco ajeno a esta situación en el gasto en medicamentos, recibiendo mayores descuentos pero con un control sobre la prescripción de los médicos y “orientaciones prescriptivas” que en algunos casos se transformaron en férreos controles del valor de la receta emitida por los médicos o más precisamente en vademécum “sugeridos”, pero de cumplimiento obligatorio.

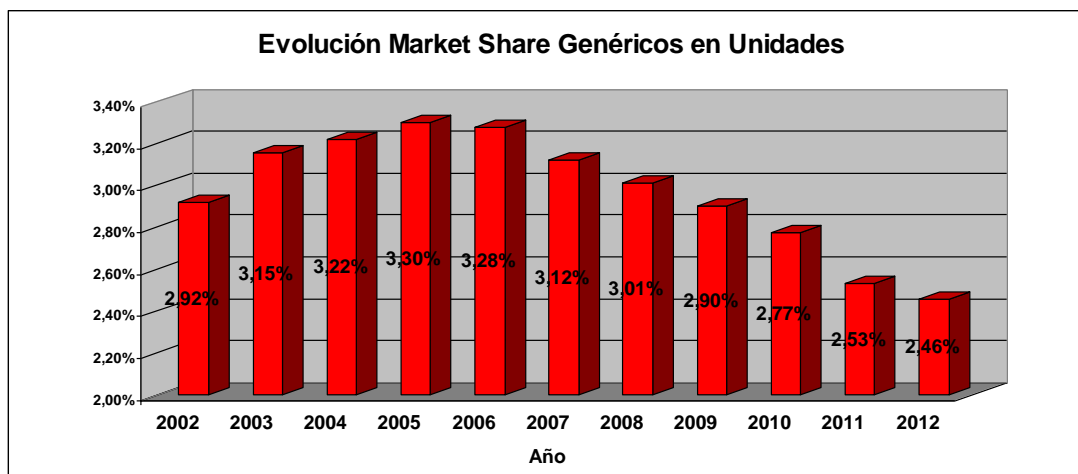
En el 2005, se firmó un acuerdo entre la INSSJP y las Cámaras de Laboratorios que culminó en la Res. 337/05, la cual establecía un aumento de cobertura para los afiliados al PAMI, en dos formas:

- Objetiva: ciertos medicamentos para alta complejidad y crónicos, con cobertura del 40%, pasaron al 70-80% o 100%.
- Subjetiva: a afiliados de la Obra Social con ingresos mínimos le fueron otorgando cobertura 100% sobre todos los medicamentos que consumen.

Sumando a este hecho, la economía comenzó a recuperarse y junto con ello el nivel de empleo. Una cantidad significativa de la población volvió a contar con cobertura social y consecuentemente tuvo un mayor acceso al consumo de medicamentos.

La evolución del mercado de genéricos puede observarse en el siguiente gráfico:

Figura 5: Evolución del market share de medicamentos genéricos en unidades.



Fuente: Elaboración propia según datos de IMS.

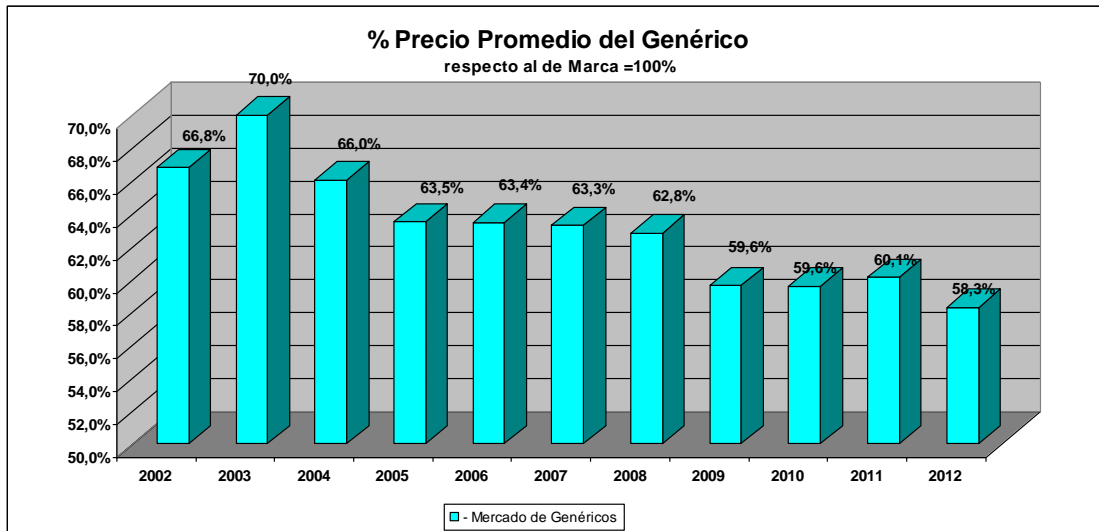
El gráfico muestra:

- una participación de mercado muy baja de los genéricos, y
- una clara tendencia en la pérdida de participación en los últimos ocho años, pasando del 3,30% del market share en unidades vendidas en el año 2005, a 2,46% en 2012.

Por lo tanto, el mercado de genéricos no logró desarrollarse, como se pretendía cuando se sancionó la Ley de Prescripción por Nombre Genérico.

Si tenemos en cuenta el precio promedio ponderado (PPP), se puede observar que en el 2003 el PPP del genérico era un 70% respecto al de marca, mientras que en 2012 esta relación cayó a 58,8%. Por lo tanto, la brecha de precios del genérico con respecto al de marca se incrementó en 11,2 puntos. A pesar de ello, el genérico no se desarrolló porque perdió participación en el mercado.

Figura 6: Variación porcentual del Precio Promedio del medicamento genérico.



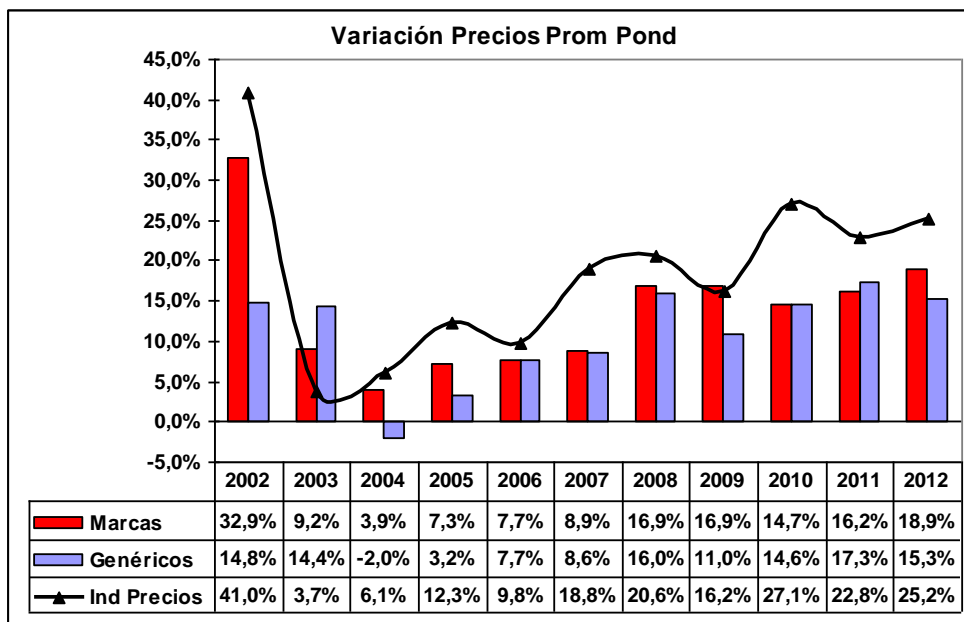
Fuente: elaboración propia según datos de IMS.

Ernestina mencionaba en su tesis que “la brecha observada entre marcas y genéricos es menor para el caso argentino que para el caso estadounidense. Mientras que en aquel mercado el precio de los genéricos es aproximadamente un tercio del de la marca pionera, en el caso argentino se encuentra un precio relativo del genérico mucho más elevado”. Según los datos del último cuadro el precio promedio de los genéricos es del 58,8% respecto al de marca.

La variación anual nominal de los precios de los medicamentos de marca, en el período 2002-2012 fue de 209,4% versus 169,9% de los genéricos. A su vez, se observa un crecimiento de precios de los medicamentos muy por debajo de la inflación, que ascendió a 341,4%. En términos reales, los de marca cayeron 38,7% y los genéricos un 50,2%.

En el siguiente gráfico se muestra la evolución de los Precios promedio ponderados, calculados por el cociente entre las ventas por año en valores y en unidades según datos de la Consultora IMS Health. Las variaciones anuales que surgen son levemente mayores a los aumentos autorizados desde el 2007 por la Secretaría de Comercio Interior.

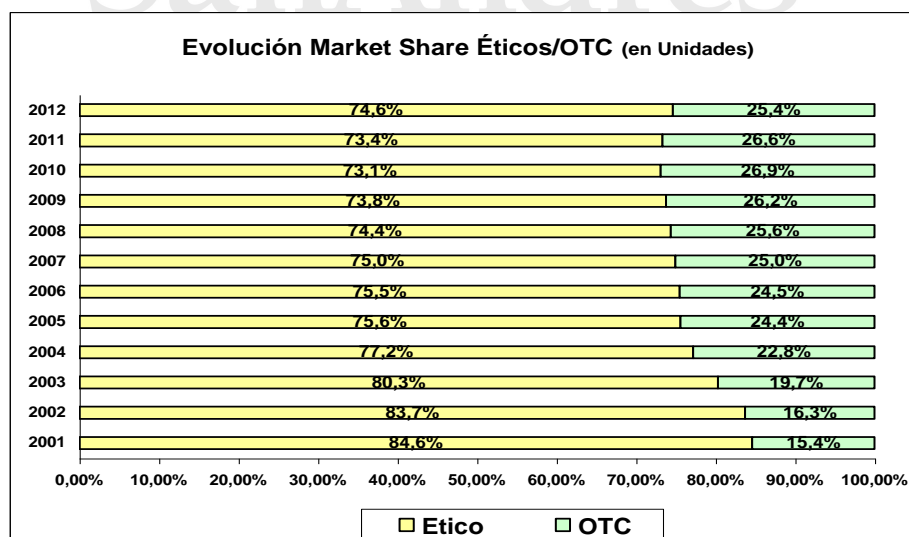
Figura 7: Variación porcentual de los Precios Promedios Ponderados de marcas y genéricos.



Fuente: elaboración propia en base a datos IMS Health , IPC Indec hasta 2006, Ind Pr Congreso

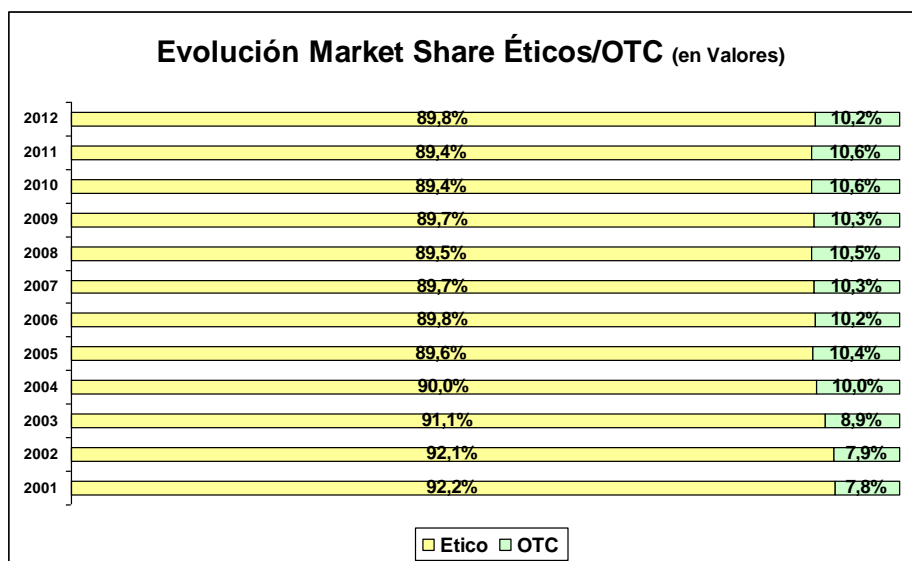
El medicamento OTC en los últimos 10 años ha ido ganándole participación del mercado al medicamento ético. El siguiente cuadro sintetiza esta evolución:

Figura 8: Evolución del market share de medicamentos éticos y OTC en unidades.



Fuente: datos IMS Health

Figura 9: Evolución del market share de medicamentos éticos y OTC en valores.



Fuente: datos IMS Health

En resumen, se puede observar que el mercado de genéricos, luego de 10 años de sancionada la Ley, no se desarrolló. Sigue siendo un mercado residual, chico y en decrecimiento con respecto al mercado de marca porque cada año pierde mayor participación de mercado. Cuatro de cada 100 medicamentos vendidos son genéricos, pero según datos de CAPGEN (Cámara de Laboratorios Genéricos) en hospitales y sanatorios representan un 80% de total. Esto es así porque las instituciones compran mediante licitaciones o concursos de precios, eligiendo el más económico.

4.2 ¿Por qué no se cumplió el objetivo de la Ley de Prescripción por Genérico?

Para analizar este tema, pasará a describir como readaptaron sus estrategias los agentes del mercado y los cambios que incidieron en el mercado en los últimos años.

4.2.1 Recuperación de la economía nacional

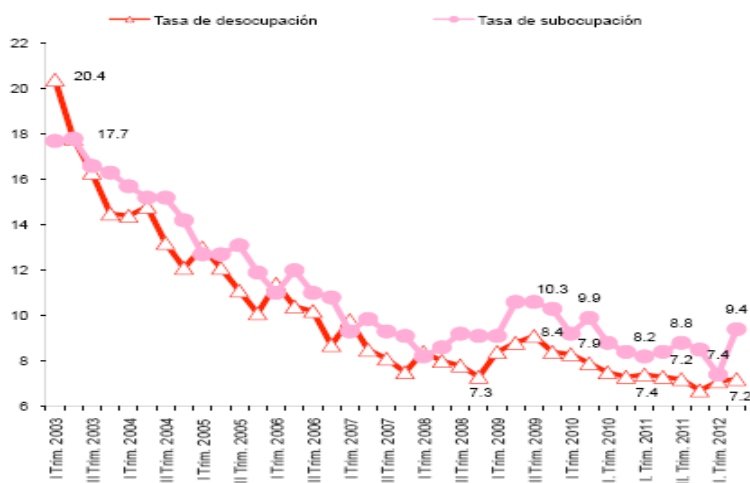
La realidad es que cuando se sancionó la Ley, la economía argentina estaba sufriendo una gran depresión con altas tasas de desempleo. Por lo tanto, gran parte de la población quedó sin cobertura médica lo que hizo que estos consumidores prefirieran medicamentos genéricos a los de marca por su precio. Sin embargo, en los años siguientes, cuando la economía comenzó su recuperación y crecimiento, se produjo un incremento en las tasas de

empleo, una recuperación del salario en términos reales y por ende una mayor cobertura médica de la población.

A continuación se muestran las series estadísticas sobre la evolución de la desocupación, subocupación y pobreza e indigencia de la población:

Figura 10: Evolución de las tasas de desocupación y subocupación (2003-2012).

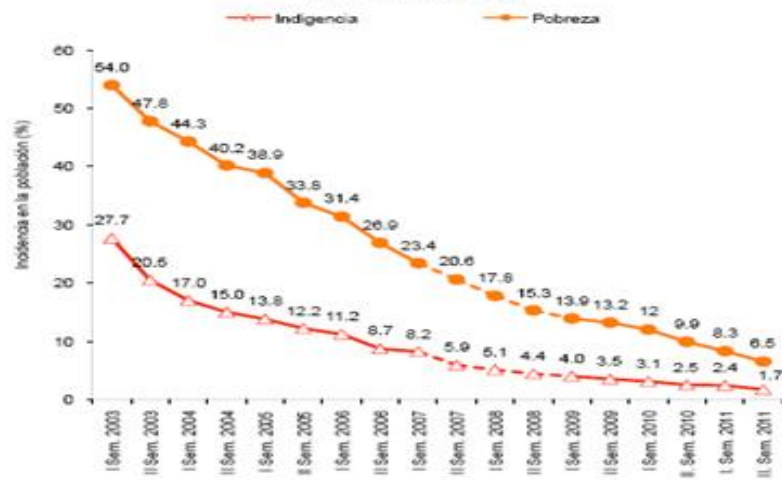
Evolución de las tasas de desocupación y subocupación en el total de aglomerados urbanos, 2003-2012. (en porcentajes)



Fuente: datos del Ministerio de Economía e INDEC

Figura 11: Evolución de la incidencia de la pobreza e indigencia en la población (2003-2011)

Evolución de la incidencia de la pobreza y la indigencia en la población, Total de aglomerados urbanos, 2003-2011. (en porcentajes)



Fuente: datos INDEC

En el siguiente cuadro se muestra la cantidad de beneficiarios con Obras Sociales, incluido PAMI, desde el año 2006 al 2010. La cantidad total se incrementó en un 20,5%, principalmente por el crecimiento en el PAMI del 46,5%.

Cuadro 6: Beneficiario de Obras Sociales

Beneficiarios de obras sociales por naturaleza institucional. Total del país. Años 2006-2010

Naturaleza de la obra social	Beneficiarios de obras sociales				
	2006	2007	2008	2009	2010
Total ⁽¹⁾	15.502.139	15.943.256	18.231.181	18.038.092	18.685.052
Sindicales	10.558.787	10.074.014	12.459.359	12.498.013	12.280.785
Estatales	22.390	16.438	16.830	14.437	11.460
Por convenio	58.080	42.729	18.814	18.663	19.927
Personal de dirección	979.900	952.103	1.038.416	1.038.651	1.000.902
Administración mixta ⁽²⁾	2.821.863	3.789.726	3.503.292	3.270.739	4.133.283
Por adhesión ⁽³⁾	29.714	28.750	29.089	29.896	30.329
Ley Nº 21.476 ⁽⁴⁾	16.716	15.341	22.495	21.887	23.873
De empresas ⁽⁵⁾	9.516	11.049	15.814	15.643	15.558
De otra naturaleza	1.005.173	1.013.106	1.127.072	1.130.163	1.168.935

⁽¹⁾ En estos totales no están incluidos los ADOS -Asociaciones de Obras Sociales- que totalizan cerca de 30.000 beneficiarios.

⁽²⁾ Creadas por ley y cuya conducción es ejercida por un organismo integrado por empresas del Estado, beneficiarios y empleadores. Incluye PAMI y otras menores.

⁽³⁾ Exceptuadas de la Ley de Obras Sociales que no obstante se adhieren.

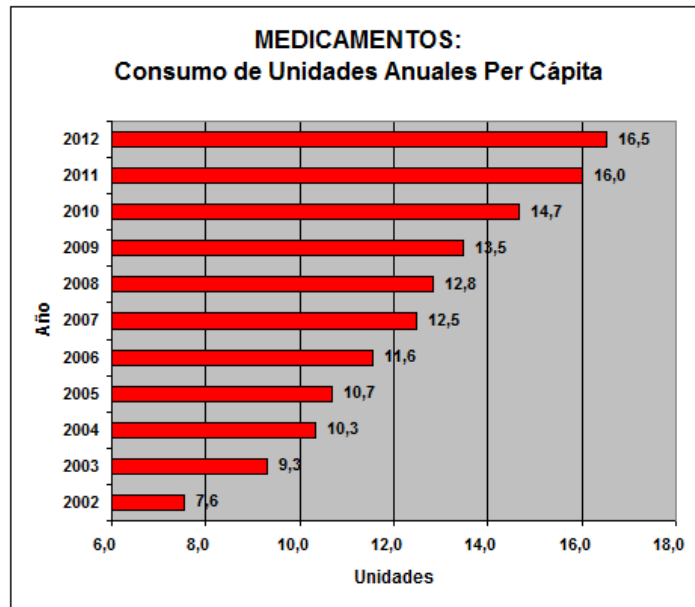
⁽⁴⁾ De empresas estatales creadas por una disposición especial (Atanor, Papel Misionero, etc.).

⁽⁵⁾ Corresponde a una sola empresa.

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

El consumo anual promedio per cápita de medicamentos, aumentó un 118% en los últimos 10 años (2012 vs 2002), coincidentemente con la vigencia de la Ley de Prescripción por genérico. Desde el 2005 al 2012 el incremento en el consumo fue un 54,6%, que corresponde al período de entrada en vigencia de la Resolución 337/05 del INSSJyP. Cabe aclarar que el consumo per cápita del año 2002 fue el más bajo de las últimas décadas; en el año 1995 el consumo era de 12,2 unidades por habitante por año y recién pudo recuperarse este consumo a partir del 2007, llegando en el 2012 a niveles de consumo record.

Figura 12: Consumo de Unidades Anuales per cápita.



Fuente: elaboración propia en base a datos IMS e INDEC

En la siguiente tabla se puede observar que el consumo per cápita de medicamentos de marca se incrementó en un 56% del 2005 al 2012, mientras que los genéricos sólo un 15%.

Cuadro 7: Evolución del consumo per cápita de marca vs. genéricos.

Evolución consumo per cápita - Marca vs. Genérico

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Var.'12 vs '05
Med.Marca	10,33	11,18	12,10	12,43	13,08	14,25	15,59	16,11	56,0%
Med.Generico	0,35	0,38	0,39	0,39	0,39	0,41	0,41	0,41	15,0%

Fuente: calculos propios en base a datos IMS y población INDEC

En resumen, podemos inferir que la población con cobertura médica prefiere, muchas veces influenciada por las negociaciones que se establecen entre la industria farmacéutica y las Obras Sociales, las tradicionales “marcas” antes que los genéricos, relegando la variable precio.

4.2.2 Readaptación de estrategias de los Laboratorios

Una de las reacciones más importantes que desarrollaron los Laboratorios, frente al nuevo escenario que estableció la Ley de Prescripción por nombre genérico, fue en relación a su fuerza de ventas²⁵.

Considerando que la Ley permitió al farmacéutico jugar un nuevo rol, al otorgarle la posibilidad de sustituir la marca de la droga recetada, los Laboratorios que enfocaban tradicionalmente su promoción en el Médico a través de sus Agentes de Propaganda Médica (APM), comenzaron a considerar también al Farmacéutico como objetivo de sus acciones comerciales, con la finalidad de no sólo evitar la posibilidad de sustitución, sino incentivarla a su favor.

Varios Laboratorios de marca, incorporaron a su fuerza de ventas, los **Agentes de Propaganda Farmacéutica (APF)**, cuya función primordial es lograr que las Farmacias: i) no sustituyan su producto recomendado en receta, por un producto genérico o por otra marca, o ii) dispensen su marca ante un genérico u otra marca recomendada; generando incentivos para los “mostradores de farmacias”, reforzando la labor de los APM con los Médicos.

Los Laboratorios que más rápidamente readaptaron su estrategia comercial, en este sentido, fueron de capital de origen nacional como Baliarda, Raffo, Cassasco, Bernabó, y consecuentemente crecieron en la última década en porcentajes muy superiores sobre la media del mercado²⁶. Si bien no todos los Laboratorios cuentan hoy con APF, muchos asignaron una función adicional al APM, la de visitar Farmacias.

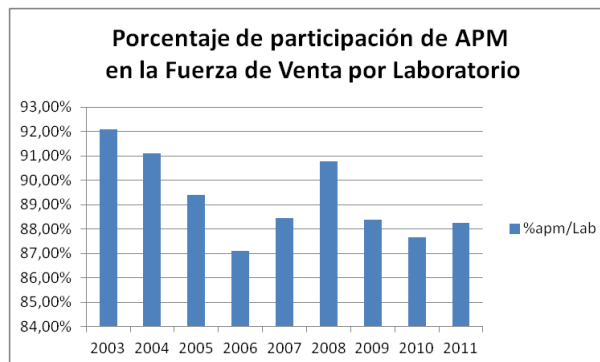
Según datos relevados por la Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico (SAMF), los siguientes gráficos muestran la evolución de los APM y APF en las fuerzas de ventas de los laboratorios nacionales e internacionales encuestadas²⁷.

²⁵ Por Fuerza de Ventas se entiende a los APM y APF encargados de promocionar los medicamentos del Laboratorio a los médicos y farmacéuticos.

²⁶ Datos obtenidos de la presentación de (Lombar 2010)

²⁷ Los gráficos representan una estimación generalizada (en base a los resultados de la encuesta realizada por SAMF) debido a que no todos los años eran encuestados los mismos laboratorios, y el número de la muestra también variaba. Sin embargo, siempre se destacaba que por volumen de ventas, la cantidad de laboratorios encuestados era una muestra representativa. Por lo tanto, estos datos puede que no reflejen una estadística exacta, pero sí dan muestra de una tendencia estimada.

Figura 13: Porcentaje de participación de APM en la Fuerza de Venta por Laboratorio.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SAMF

Figura 14: Porcentaje de participación de APF en la Fuerza de Venta por Laboratorio.



Fuente: elaboración propia en base a datos de SAMF

Puede observarse entonces, el decrecimiento de la participación de los APM en la fuerza de ventas de los laboratorios, a costa de un crecimiento de los APF. Si bien la participación de los APF nunca fue superior a la de los APM, lo relevante de este fenómeno es la adaptación que hicieron los laboratorios a las nuevas reglas de juego, en donde supieron desarrollar un nuevo mecanismo para llegar a los farmacéuticos y generarles incentivos para que no sustituyan su marca frente a un medicamento genérico o un medicamento de otra marca.

El tradicional problema de asimetría de información que se ejercía entre el médico y paciente cuando el primero decidía el medicamento que debía consumir el segundo, no se

eliminó, sino que se intensificó. Ahora, es el médico y el farmacéutico quienes pueden decidir qué medicamento debe consumir el paciente, cuando éste no cuenta con información completa para poder decidir por su cuenta.

Los incentivos otorgados a las Farmacias fueron por mayores descuentos sobre el precio de compra, los cuales se establecieron bajo los siguientes mecanismos:

- Ventas directas a Farmacias, salteando el canal de distribución (Droguerías);
- Ofertas a través de Droguerías (Transfer), con descuentos sobre el PVP mayores a los habituales, o con bonificación de unidades²⁸.

Otras estrategias desarrolladas por los Laboratorios para evitar la sustitución de sus marcas fueron:

a) **Los sistemas de “bonos médicos”**: destinados a que el Paciente no solicite la sustitución del producto recomendado en la prescripción en la Farmacia. El mecanismo en términos generales es el siguiente: el Médico entrega al paciente un Bono con descuento o con bonificación de unidades de la marca prescrita, luego el Paciente adquiere el medicamento en una Farmacia y con la presentación del bono, obtiene un beneficio adicional sobre la cobertura de su obra social, a través de un mayor descuento sobre el PVP o una unidad adicional sin costo del medicamento. Con este mecanismo, el Paciente abarata el costo de su tratamiento, y la Farmacia obtiene un reintegro del Laboratorio por la bonificación realizada. Este sistema también fue dirigido a pacientes que no poseían cobertura de seguridad social²⁹.

b) **La venta de productos sin troquel**³⁰: también llamadas “presentaciones hospitalarias”, pero destinadas a las Farmacias, con presentaciones de mayor cantidad de dosis o comprimidos por unidad. Estos productos le permiten a las Farmacias atender a la franja de consumidores sin Obra Social, y sensibles al precio, fraccionando el producto (“blister”), en reemplazo del genérico. De esta forma, la farmacia vende un comprimido

²⁸ Los APF entregan unidades sin costo a las Farmacias que presenten facturas de compra por cierto volumen pre-acordado.

²⁹ Sistema bonos PAP de la mandataria Preserfar SA <http://www.bonospap.com.ar/Archivos/I-FARMA-01.pdf>

³⁰ El troquel es separado de la unidad en el momento de la dispensación y adherido a la receta para su posterior presentación en la liquidación a la Obra Social.

individual o un blister a un precio proporcional mayor que el de la presentación completa, y el consumidor tiene un gasto total menor al comprar sólo las dosis necesarias. Si bien el fraccionamiento de las unidades no es permitido por las autoridades sanitarias, es un mecanismo utilizado en algunas Farmacias.

c) **La migración de Éticos a O.T.C.** En la última década, se evidencia un crecimiento significativo de la venta de medicamentos de venta libre en el mercado argentino, del 15,4% de market share en unidades en el 2002, al 25,4% en el año 2012. Los Laboratorios fueron logrando a través de la Autoridad Sanitaria que algunos productos pudieran comercializarse bajo esta forma. Como se ha mencionado anteriormente, no requieren prescripción médica, se ofrecen a precios más competitivos, las reglamentaciones de las Obras Sociales son menores, no requieren promoción médica y permiten publicidad masiva orientada directamente al consumidor. Su precio más accesible permite a los Laboratorios de marca, en alguna medida, competir contra determinados genéricos en el segmento de pacientes de menores ingresos o sin cobertura social³¹.

En resumen, las estrategias descriptas, implementadas por los Laboratorios de marca, coadyuvaron a limitar la sustitución por parte de los farmacéuticos y consumidores a favor de los medicamentos genéricos.

4.2.3 Bajo desarrollo de los actores del mercado de genéricos.

En general, los laboratorios que se dedicaron a la producción de genéricos eran originalmente PyME's o Laboratorios pequeños que abastecían al mercado institucional (hospitales o clínicas) y su cantidad no es relativamente importante. Según Gustavo Márquez³², se trata de un mercado más diseminado, donde hay menos concentración y juegan más las empresas chicas que tienen pautas de comercialización distintas a las del mercado tradicional.

Dichos laboratorios tienen menor capacidad financiera y esto le genera mayores dificultades para financiar a las Obras Sociales y por lo tanto lograr que sus productos desalojen de los vademécum a los medicamentos de marca.

³¹ Un ejemplo de ello son la aparición de presentaciones medicinales de Ibuprofenos de venta libre, como el Ibupirac VL de Lab.Pfizer.

³² (Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico (SAMF) Enero 2005)

El Estado no desarrolló otros incentivos para el desarrollo de los mismos, como pueden ser exenciones o promociones impositivas o créditos a tasas subsidiadas.

Tampoco pudieron desarrollar una cadena de distribución de bajo costo y de amplio alcance para acceder en condiciones competitivas a todas las farmacias del país. Las distribuidoras, vinculadas e integradas verticalmente a los Laboratorios de marca y las droguerías tradicionales de mayor volumen, no incorporaron masivamente en su cartera los genéricos. De esta forma, los laboratorios genéricos en general comercializan sus productos directamente a las farmacias, dificultándoles el acceso en términos competitivos a todos los puntos de venta minoristas del amplio territorio argentino. Las droguerías tradicionales y distribuidoras efectúan la reposición de productos con un alto nivel de frecuencias de entregas y celeridad, abaratando la inversión y costos de stock de las Farmacias. "La distribución de nuestros productos se realiza fundamentalmente por cada uno de los laboratorios individualmente; existen muy pocas droguerías que distribuyen productos genéricos. Así que por ahora los esfuerzos son individuales más que sectoriales", dijo Guillermo Fabra, de la Cámara de Genéricos.

Las cadenas de Farmacias dedicadas a la dispensación exclusiva de genéricos, tuvieron un importante desarrollo inicial, con aperturas de múltiples puntos de venta, pero posteriormente se retiraron del mercado (caso Farmacias del Dr. Simi) o se estancaron en su crecimiento, como el caso de las Farmacias del Dr. Ahorro. Adicionalmente en algunas Provincias³³ al existir regulaciones que actúan como barrera de entrada para la apertura de nuevos puntos de venta, no pudieron desarrollar una distribución de alcance nacional.

4.2.4 Rol de la farmacia y farmacéutico.

Luego de sancionada la Ley, el farmacéutico adquirió el poder de sustituir la marca del medicamento recetado si el paciente lo requería. Se pretendía otorgarle al farmacéutico la capacidad de reducir las asimetrías de información existentes entre el paciente y la oferta, y que el paciente recupere parte de su soberanía a la hora de elección. Sin embargo, existen

³³ Ley nro 10606 de Farmacias en Pcia.Bs.Aires y sus modificatorias Leyes nro.11328 y 13054, art.3 y art.14, establece limitaciones en cuanto a la titularidad de la propiedad, a la habilitación de nuevas farmacias en función de la cantidad de habitantes (una farmacia cada 3000 hab. por localidad), y a la distancia mínima de 300 metros entre farmacias. En Río Negro existe una legislación similar.

dos cuestiones fundamentales que impidieron que esto suceda y que hicieron que las asimetrías de información jueguen nuevamente a favor de la oferta.

En primer lugar, dado que la rentabilidad de la farmacia está dada por el margen en términos absolutos del medicamento que vende, el farmacéutico nunca va a tener los incentivos suficientes para sustituir un medicamento de marca por uno genérico de menor valor. Según Tobar³⁴, la fijación del margen en un porcentaje fijo sobre el precio del producto es el más perjudicial dado que incentiva la venta de productos más caros. La fijación por monto fijo por receta, por producto o por paciente reduce tales incentivos.

Por otro lado, los laboratorios de marca supieron entender esta situación y comenzaron a incentivar a los farmacéuticos, a través de sus agentes de promoción, ofreciéndoles descuentos y bonificaciones en la compra de sus productos (como se expresó con más detalle en el punto 4.2.2) para compensar los mayores márgenes porcentuales del genérico, evitando la sustitución.

Según lo expresado en la Tesis de Ernestina Benedetto, se había concluido que para las farmacias los medicamentos genéricos son más rentables porque otorgan mayores descuentos y esto constituía un incentivo para que los farmacéuticos sustituyan los medicamentos de marca por genéricos. Sin embargo, según los datos recolectados en los últimos años del mercado, si bien el genérico puede llegar a otorgarle mayor rentabilidad en términos relativos al farmacéutico, el medicamento de marca, debido a su mayor nivel de precios, logra otorgarle mayor rentabilidad en términos absolutos. Los farmacéuticos que en una primera etapa ofrecieron e incentivaron el genérico, volvieron a la marca por el motivo anterior y para poder cubrir mejor sus costos crecientes por la inflación, quedando relegada la oferta del genérico para casos marginales antes de perder una venta, para consumidores de bajos ingresos y sin cobertura, altamente sensibles a la variable precio.

José Charreau³⁵, apuntó que una de las fallas más grandes de la legislación es que "el farmacéutico no está en un rol profesional sino comercial y, si está en condiciones de sugerir algún producto, recomienda la marca que le deja mayor rentabilidad".

³⁴(F. Tobar 2004)

³⁵ Directivo de la Asociación de Visitadores Médicos. <http://edant.clarin.com/diario/2009/10/27/sociedad/s-02027532.htm>

Las farmacias del modelo “drugstore”, y las grandes cadenas marquistas, en general, advirtieron que con la promoción del genérico en sus locales perdían un “target” de clientes con capacidad económica superior que consumían otros productos de rentabilidad superior, y dejaron de promocionarlos³⁶.

4.2.5 Vademécum Obras Sociales

Las principales obras sociales mantienen en sus vademécum coberturas de medicamentos de marca. El PAMI, la mayor obra social del país, tiene un convenio con la industria farmacéutica y las farmacias, quienes les realizan importantes descuentos y le financian el sistema de prestación. Esto constituye otra de las barreras para el desarrollo del medicamento genérico en el mercado.

En principio, los seguros no tendrían incentivos a financiar el consumo de medicamentos de marca frente a otras alternativas similares de menor precio, ya que estarían incrementando sus propios costos y los de sus beneficiarios. De todas formas, los incentivos de los seguros también surgen de su interacción con la oferta. En particular, los laboratorios generan acuerdos y otorgan descuentos a los seguros con el propósito de mantener un mercado competitivo de marcas, que permita el acceso a medicamentos de calidad y genere los incentivos suficientes para la innovación.³⁷

A su vez, existen Convenios que mantienen el PAMI y varias Obras Sociales con la Industria Farmacéutica, realizando descuentos importantes sobre el precio de venta público de los medicamentos a estas Obras Sociales, a cambio de que sus productos estén incluidos en el Vademécum de éstas. Por lo tanto, puede verse que al Vademécum de PAMI y de muchas Obras Sociales favorecen la cobertura de los medicamentos de “marca” y no los genéricos.

³⁶ Hay que considerar que las farmacias en general en la Argentina no solo venden medicamentos, sino otros artículos como perfumería masiva y selectiva, por ejemplo cremas dermatológicas, etc. Por lo tanto, las que quisieron desarrollar el medicamento genérico se encontraron con el negocio lleno de clientes en busca de medicamentos genéricos, pero que no podían consumir estos productos, y los que consumían esos productos, caros y de rentabilidad importante, dejaron de ir a estas farmacias que vendían genéricos y contaban con colas para la atención. En este sentido es cuando se habla de “target” de clientes.

³⁷ (BDO 2008)

4.2.6 Aumentos de Cobertura

En marzo del 2005, la mayor Obra Social del país³⁸, el PAMI, dictó la Resolución 337 la cual implementa un sistema de provisión de medicamentos por vía de excepción por razones sociales, incluyendo una importante cantidad de principios activos con cobertura 100%. Hasta ese momento solo 10.000 beneficiarios recibían medicamentos gratuitos por razones sociales, y dos años después la cantidad de personas aumentó a 367.400. Según los últimos datos, a principios del 2012 la cobertura total alcanzó a la cifra record de 1.800.000 jubilados.

En los años subsiguientes, el Gobierno autorizó aumentos de coberturas del sistema ambulatorio. En febrero del 2007 las bandas de cobertura se incrementan entre un 5% y 10% adicional; y en abril del 2010 varias drogas importantes, con coberturas del 40-50-60-70%, pasaron a ser del 80% al 100% en especial para el PAMI.

Este aumento de cobertura generó un cambio de incentivos en el comportamiento de los consumidores de medicamentos. La población más longeva es la que consume mayor proporción de medicamentos y ésta, en su mayoría, se encuentra afiliada al PAMI. Por otro lado, el común de los beneficiarios a esta obra social posee como ingreso una jubilación que no les alcanza para afrontar los gastos de todos los medicamentos que deben consumir. En teoría, se esperaría que este grupo de consumidores tienda a ser muy sensible al precio a la hora de elegir, debido a que cuentan con una elasticidad precio muy alta. Sin embargo, los aumentos de cobertura del PAMI impactan directamente sobre el grado de elasticidad precio de los mismos, tendiendo a ser cada vez más inelástica.

Esto genera entonces que el consumidor que debiera ser mas sensible al precio y percibir los medicamentos genéricos, no posea incentivos para solicitar la sustitución al farmacéutico, y pase de elegir por precio a elegir por calidad o por marcas de mayor trayectoria o más reconocidas, como lo hace el segmento de consumidores “leales” que consume medicamentos de marca.

³⁸ Según las últimas cifras, el INSSJP cuenta con aproximadamente 4.680.000 de afiliados. Los afiliados al PAMI consumen el 40% de los medicamentos que se venden en la Argentina.

Si uno de los objetivos de la Ley de Prescripción por Genérico fue fomentar la libertad de elección de los consumidores³⁹, los aumentos de cobertura contribuyeron a que los consumidores al no tener que pagar el medicamento, o sólo abonar un co-pago muy bajo, les resultara indiferente entre optar por el medicamento más barato o el más caro. Por lo tanto, al disminuir notablemente o desaparecer su sensibilidad al precio, comienzan a comportarse como los consumidores “marquistas”, que dejan de elegir por precio y demandan el más caro que supuestamente podría ser el mejor.

Finalmente, dado que PAMI es la mayor obra social del país en cuanto a la cantidad de afiliados, y que además agrupa a la clase etaria que consume mayor proporción de medicamentos al año, el aumento de cobertura al 100% que obtuvieron 1.800.000 jubilados favoreció notablemente a que el mercado de medicamentos genéricos no logró desarrollarse a gran escala. Esto a su vez explica parte del crecimiento del consumo de medicamentos producido en los últimos años. Sin embargo, a partir de junio del 2012 el PAMI comenzó a poner restricciones a la compra de medicamentos por parte de sus afiliados, permitiendo sólo la compra de hasta 5 unidades por mes por persona con cobertura 100%. Esta disposición se estableció con el propósito de pretender cuidar la salud de los jubilados controlando la ingesta excesiva de medicamentos debido a que el mismo, al no tener que pagar nada de su bolsillo, requería una cantidad exagerada de medicamentos con cobertura total, que en muchos casos no se llegaban ni a consumir; pero es evidente que busca no incrementar más el gasto total en medicamentos del PAMI.

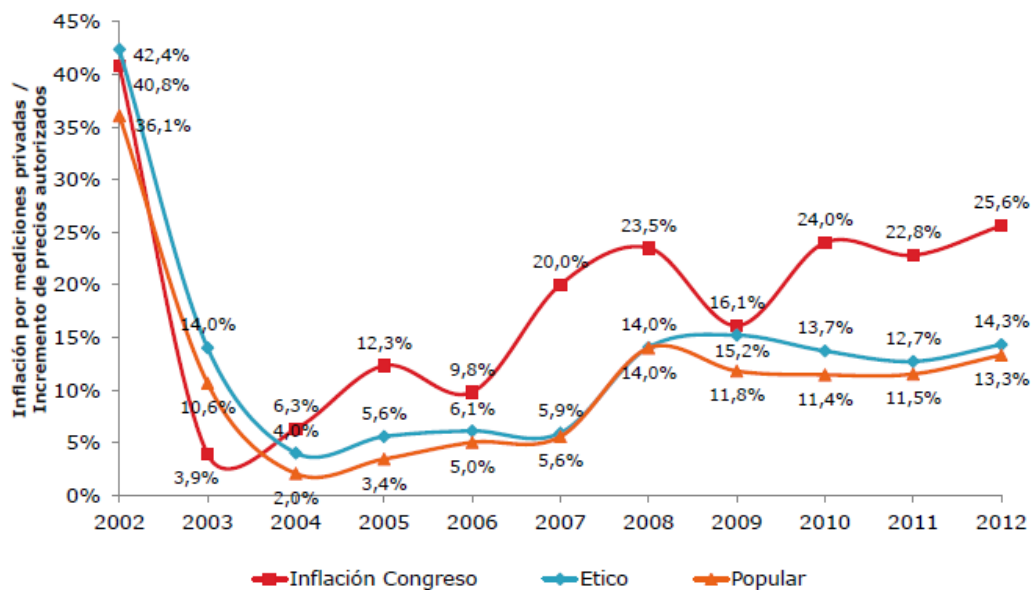
4.2.7 Concertación de aumentos de precios:

Desde el año 2007 los incrementos de precios al público de los medicamentos se ajustan a lo dispuesto por la Secretaría de Comercio Interior de la Nación, concertados anualmente con las tres Cámaras (CAEME, CILFA y COOPERALA) que agrupan a la industria farmacéutica. Estos aumentos se establecen en forma escalonada por cuatrimestres, con porcentajes diferenciales e incrementales por tipo de producto (masivos, selectivos y premium) y resultan inferiores a la inflación real de la economía.

³⁹ Benedetto, E. (2006) concluyó que los consumidores más sensibles al precio pudieron conseguir medicamentos más baratos y los consumidores leales a su vez se beneficiaron del efecto de la mayor competencia entre las marcas líderes

El gráfico que sigue muestra la evolución de precios de los medicamentos éticos y populares y la inflación, tomando hasta el 2006 la reportada por el INDEC, y a partir del 2007 la reportada por el Congreso y analistas independientes, según un informe de IMS Consulting.

Figura 15: Evolución de los precios de medicamentos e índice de inflación.



Fuente: Indec (hasta 2006) – Inflación Congreso/Analistas Independientes (d/2007) – IMS Consulting

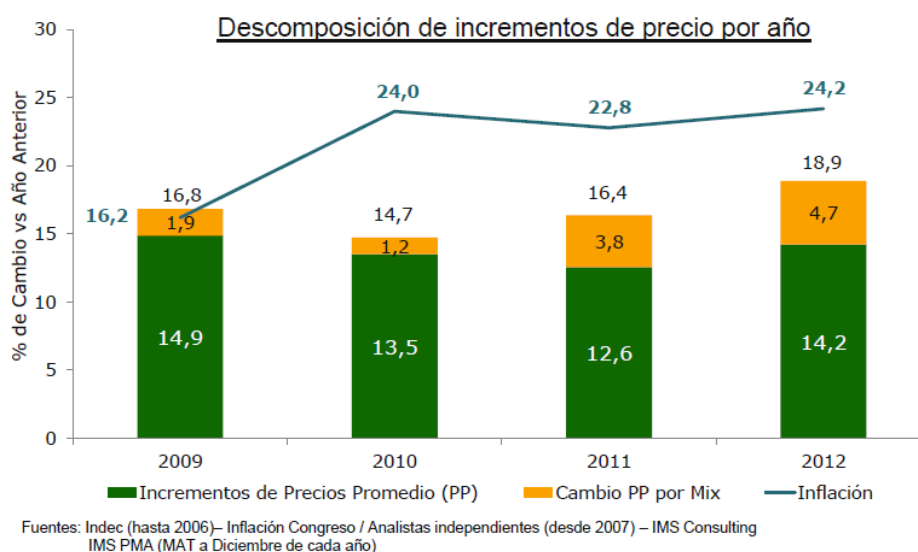
La mencionada política gubernamental atenuó la suba de precios de los medicamentos en los últimos años, mucho más que la influencia por la competencia con el genérico o la competencia entre las marcas, como destaca Ernestina Benedetto en su Tesis (2006). Como puede observarse en el gráfico anterior, la evolución de los precios de los medicamentos a partir del 2004 estuvo por debajo de la evolución del índice de precios de la economía. Por lo tanto, la disminución de los precios de los medicamentos en términos reales es otro de los factores que coadyuvan al aumento de la demanda de medicamentos y la baja sensibilidad de los consumidores por el precio, desestimando los genéricos. Es decir, para el bolsillo del paciente, los medicamentos se hicieron más baratos en términos reales y esto favoreció entonces a que pueda ponderarse con mayor peso la variable “calidad” en la elección del medicamento. Esto sucede básicamente debido a que el medicamento es un producto muy particular para el consumo porque afecta directamente a la salud del

individuo, generando entonces que el mismo tenga incentivos a aumentar su sensibilidad respecto a la calidad del medicamento en la toma de decisión.

Los laboratorios, frente a esta nueva política comenzaron a buscar alternativas para poder aumentar los precios por encima del precio concertado y así lograr afrontar el costo inflacionario real. Para ello, grandes laboratorios de marca comenzaron a lanzar medicamentos “me too”⁴⁰ al mercado con un precio muy alto por encima del acordado, y así logran adaptarse a esta política del Gobierno nacional para que no les afecte su negocio.⁴¹

El siguiente cuadro de IMS Health muestra dicho proceso en función del aumento real de precios de los medicamentos, el cual comprende parte por el aumento de precio concertado por la Secretaría de Comercio, y parte por el aumento extra que permiten realizar estos nuevos productos “me too”.

Figura 16: Descomposición de incrementos de precio de los medicamentos por año.



⁴⁰ Los medicamentos “me-too” son fármacos estructuralmente muy similares a otros ya conocidos, únicamente diferenciados por variaciones farmacológicas menores. Estas pequeñas variaciones en muchas ocasiones no suponen una mejora terapéutica, sin embargo permiten a la industria farmacéutica vender nuevos fármacos a precios mayores a los ya preexistentes.

⁴¹ Charla con profesional de uno de los primeros laboratorios de marca.

5. CONCLUSIÓN

El objetivo de este trabajo es estudiar los efectos a largo plazo en el mercado de medicamentos de la Argentina, por la implementación de la Ley de Prescripción por nombre genérico en Agosto del 2002. Para ello se analizaron datos del mercado y entrevistas con representantes de la industria, de la distribución y farmacias, que permitieron identificar las estrategias adoptadas por los actores participantes del mercado farmacéutico para readaptarse a las nuevas reglas de juego.

De este modo, se encontraron hechos estilizados que demuestran que la Ley, por sí sola, no resultó suficiente para asegurar el acceso a los medicamentos para la población e incrementar la competencia en el mercado. No obstante, los datos relevados muestran que, en los últimos años, el acceso a los medicamentos por parte de la población creció considerablemente, y estos beneficios no se obtuvieron por el mayor poder de elección propiciado por la Ley, sino que fueron generados por otras causas, como fueron: a) el crecimiento económico y la baja en la desocupación, que trajo aparejado un mayor nivel de ingresos y acceso a cobertura social; b) el incremento significativo de la cantidad de beneficiarios del PAMI; c) la reducción importante en los porcentajes de co-pagos a cargo de los afiliados a las Obras Sociales, producto de la implementación de incrementos de coberturas objetivas (por drogas) y subjetivas (beneficiarios con cobertura 100% en todos los medicamentos); y d) el abaratamiento en términos reales del precio de los medicamentos como consecuencia del control gubernamental, autorizando incrementos de precios inferiores a la inflación real y a los aumentos salariales.

Las causas detalladas anteriormente más las acciones y estrategias que desarrollaron los agentes de la Oferta, expuestas en el presente trabajo, no sólo impidieron el desarrollo de un mercado de medicamentos genéricos de mayor relevancia, sino que terminaron favoreciendo la consolidación del mercado de medicamentos de marca.

Por otra parte, la Ley tampoco resultó un instrumento eficaz para prevenir la formación de monopolios y conductas especulativas, que distorsionan el mercado de medicamentos, ya que por lo desarrollado en el trabajo, la concentración en todos los eslabones de la Oferta se acentuó.

Frente a este escenario, considerando los cambios producidos en el mercado en la última década, el mayor ganador está del lado de la Demanda. El consumidor, aumentó su nivel de bienestar al lograr un mayor acceso al medicamento y su gasto se redujo en términos reales, evidenciado por la evolución del consumo per cápita en unidades. Se puede concluir que la demanda de este mercado resultó ser más sensible a las variaciones de los niveles de ingresos que a las variaciones de precios del producto.

Por el lado de la Oferta, los Laboratorios de marca reaccionaron readaptando sus estrategias comerciales, generando incentivos para el resto de los integrantes de la oferta. En este sentido, los Laboratorios de capitales locales respondieron más rápidamente frente a las nuevas regulaciones. Las Farmacias obtuvieron inicialmente ventajas competitivas al acceder a mayores descuentos ofrecidos por los Laboratorios. Sin embargo, los márgenes incrementales de rentabilidad fueron captados principalmente por las Farmacias de mayor tamaño y las llamadas “cadenas”, que por su volumen fueron adquiriendo un mayor poder de negociación frente a los Laboratorios. La rentabilidad diferencial incidió en una creciente concentración del mercado. A su vez, estos beneficios adicionales fueron cedidos parcialmente a las Obras Sociales, en la negociación de los contratos, y no trasladados directamente a los Consumidores. Actualmente, las Farmacias en general, muestran un agravamiento de su situación financiera por los crecientes niveles de cobertura y los atrasos en los pagos de la Seguridad Social.

Los elevados niveles de financiación del mercado de medicamentos argentino no es realizado exclusivamente por la Seguridad Social, sino que las Farmacias y los Laboratorios aportan al sostenimiento del Sistema por los niveles de bonificaciones otorgados.

Todos los actores de la Oferta afrontan hoy una caída muy importante de la rentabilidad producto del mayor crecimiento de los costos respecto a los precios de venta controlados. Hasta el momento del presente trabajo, este efecto negativo fue contrarrestado parcialmente por el crecimiento de las unidades consumidas. No obstante, se produjeron en los últimos años conflictos entre los integrantes de la cadena de comercialización por cambios en las condiciones comerciales, con el objeto de mantener cada uno su rentabilidad. Los Laboratorios redujeron descuentos y ofertas a las droguerías y éstas a su vez a las

Farmacias, quienes comenzaron a perder su ventaja inicial, siendo mayormente afectados los agentes de menor tamaño relativo del mercado.

Ante una crisis de la economía general y un estancamiento de la tendencia de crecimiento del mercado, es de esperar que muchos actores de la cadena de comercialización agreguen a sus actuales problemas financieros, los económicos.

Finalmente, el Gobierno recurrió al control de precios, a través de la Secretaría de Comercio de la Nación, para frenar el incremento en el valor de los medicamentos. En consecuencia, la Ley por sí sola tampoco coadyuvó al objetivo de abaratar los precios incentivando la competencia por sustitución de productos.

Para el desarrollo de un mercado de medicamentos genéricos, no sólo debió legislarse sobre la obligación de prescripción por droga o DCI, y fomentar la sustitución en función de la variable precio, sino que debió implementarse políticas adicionales tendientes a reducir las barreras de ingreso al mercado para nuevos oferentes, establecer estímulos para la producción, distribución y venta, generar incentivos a la dispensación y a la demanda, implementar mecanismos más rigurosos de control de la prescripción y de la publicidad.

Estos estímulos o incentivos, pueden ser:

- Beneficios impositivos diferenciales a la oferta de genéricos;
- Créditos ventajosos para inversiones en plantas productivas de medicamentos genéricos;
- Reducción de vigencia de las patentes;
- Facilitar y flexibilizar la importación de principios activos e insumos;
- Bonificaciones a la dispensación que impliquen márgenes de rentabilidad equivalentes a los medicamentos de marca;
- Fijación de precios de referencia, estableciendo un monto máximo por producto para el reembolso por los agentes de la seguridad social.

Futuras investigaciones, deberán evaluar la evolución del mercado de medicamentos, con la incorporación de nuevos ingredientes como son el descubrimiento de los medicamentos biológicos, la producción de biosimilares, la implementación de sistemas de trazabilidad, en un escenario donde la industria farmacéutica está cada vez más ligada a la financiación de la Seguridad Social.

Considero además que deberán responderse los siguientes interrogantes: ¿cómo continuará este sistema frente a una posible crisis económica del país?, ¿La concentración del mercado seguirá incrementándose? ¿Se podrá mantener en el tiempo los niveles de consumo y acceso a los medicamentos alcanzados hasta la fecha?



Universidad de
San Andrés

6. BIBLIOGRAFÍA

- AAPM. «Proceso de fusiones nacional - multinacionales, concentración económica e impacto en fuentes de trabajo en la Industria farmacéutica.» Análisis de Política de Medicamentos en Argentina, 2012.
- Analía V. Aloma; Nebel S. Moscoso; Juan M. C. Larrosa; Departamento de Economía; Universidad Nacional del Sur; CONICET. «Determinantes del acceso a los medicamentos: el caso argentino.» Bahía Blanca, Buenos Aires, 2006.
- BDO. «Laboratorios e Industria Farmacéutica.» Reporte Sectorial, año 1, nro.2, 2008.
- Benedetto, Ernestina. «Efectos de la Ley de Genéricos en la Industria Farmacéutica Argentina.» Tesis de grado - Universidad de San Andrés, 2006.
- BET - Ministerio de Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. «Sector Farmacéutico.» Boletín Estadístico Tecnológico, 2012.
- Carullo, Stella. *Percepción de los médicos sobre el aumento de presión promocional de los laboratorios nacionales y multinacionales en el período 2005-2007.* Datos y Estrategias, 2008.
- Centro de Estudios para Producción (CEP), Ministerio de Industria. «La industria farmacéutica en la Argentina: Goza de buena salud.» Síntesis de la Economía Real, Nro. 58, Segunda Sección (diciembre), 2008.
- CILFA. «Escenario y Perspectiva de la Industria Farmacéutica y Farmoquímica Nacional.» 2012.
- Dante Sica - abeceb.com. «Los precios del sector farmacéutico en un contexto inflacionario.» 2008.
- Equipo económico de FUNDAR. «Laboratorios e Industria Farmacéutica.» Investigación, 2011.

- Herrero, Ricardo, y Jorge Renna. «Nuevas Relaciones entre el Médico y la Industria Farmacéutica.» *Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico (SAMF)*. 12 de 11 de 2003. <http://www.samf.com.ar/node/26>
- Lombar, Javier - IMS Health. *Presentación: Perspectiva mundial del mercado farmacéutico*. 2010.
- MECON. «Complejo Farmacéutico.» *Producción regional por Complejos Productivos*. Octubre de 2011.
- Mestre-Ferrándiz, Jorge. «El mercado de medicamentos genéricos: regulación versus competencia. ¿Qué podemos aprender de la experiencia internacional?» *ReES*, 2007: 32-35.
- Piani, Liliana. «El mercado de medicamentos en Argentina: un componente excluyente en el diseño del sistema de salud.» 2009.
- Raffo, Tomás, José Charreau, y Ricardo Peidro. «Caracterización de la Industria Farmacéutica en el contexto de la ausencia de un marco regulatorio.» 2007.
- Riganti, Claudio. «Singular Sistema de Provisión.» CILFA, 2008.
- Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico (SAMF). «Dialogando con expertos: ¿El OTC es UNA MUY BUENA estrategia contra el genérico?» *INTER Pharma*, Enero 2005.
- Tobar, F, I Drake, y E Martich. «Alternativas para la adopción de políticas centradas en el acceso a los medicamentos.» *Panam Salud Pública*, 2012 32(6): 457–63.
- Tobar, Federico. «Economía de los medicamentos genéricos en America Latina.» *Revista Paman Salud Publica*, 2008: 23(1):59-67.
- Tobar, Federico. «Estrategias económicas y financiamiento del medicamento.» En *Acceso a Medicamentos: Derecho fundamental, papel del Estado*, de Jorge Bermudez, María Auxiliadora Oliveira y Angela Esher, 103-138. Río de Janeiro: ENSP, 2004.

- Vassallo, Carlos. «Contexto Regional del Mercado Farmacéutico Argentino.» 2009.
- Vassallo, Carlos, y Rodrigo Falbo. «Dinámica del mercado de medicamentos. La determinación del precio.» 2006.
- Vincent, Rodolfo, Clara Suárez, y Eduardo Franciosi. «Actores y Agenda en el Sistema de Salud Argentino. Sector Farmacéutico.» Ciclo de Seminarios de Salud y Política Pública, 2007.



Universidad de
San Andrés