



El mercado de los medicamentos en la Argentina

Septiembre
2017

*Roberto Bisang
Juan Pedro Luzuriaga
Mariano San Martín*

Tabla de contenidos

Introducción	2
1.1 Estructura y funcionamiento	3
1.2 Medicamentos y cambio técnico: el impacto de la biotecnología.	5
Sección 2. La Oferta de Medicamentos en Argentina	7
2.1. El producto: Los medicamentos	7
2.2. La Oferta: Cadena de Valor de la Industria Farmacéutica	8
2.3. Niveles de facturación y concentración de la oferta de medicamentos.	14
2.4. Comercio exterior de Insumos y Productos Farmacéuticos	22
2.5. Empleo y salarios del Sector Farmacéutico	25
Sección 3. La Demanda de Medicamentos: Sector público, Obras Sociales Nacionales, INSSPJ y pacientes	29
3.1 Cobertura de Medicamentos en Argentina.....	29
3.2 Encuestas de gasto en salud y en medicamentos: la demanda revelada.....	31
3.3 Componentes de la Demanda: Las Obras Sociales Nacionales (OSN).	32
Formación del precio de los medicamentos y OSN.....	36
3.4 Componente de la demanda: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).	37
Sección 4. El mercado Argentino de los Medicamentos: Gastos, Precios y Volúmenes	43
4.1 Medicamentos y gastos en salud.	44
4.2 Precios de los Medicamentos: un rompecabezas complicado.....	46
Sección 5. Lineamientos de Políticas sobre medicamentos	52
Anexo 1. Medicamentos: Panorama mundial y regional. Magnitudes y tendencias.	55
Anexo 3. Ley de Patentes y Medicamentos	61
Anexo 5. Ley de Genéricos	65
Anexo 6. Estimación de Defensa del Consumidor (“Informe Polino”)	67
Bibliografía	68

Introducción

Existen múltiples enfoques para analizar la forma en que las asignaciones de los presupuestos impactan sobre la salud de la población. Buena parte de la discusión radica sobre la evolución de los niveles de recursos monetarios destinados al (supuesto) sistema de salud -especialmente el de corte público en sus diversas variantes-, sus niveles de coberturas poblacionales y su (supuesta) eficiencia. Menos espacio ocupa en la atención de la agenda, la evolución y análisis de los componentes del gasto, en particular del asignado a cada uno de los componentes/insumos de la “función de producción” destinados a restablecer/mantener la salud. En esa dirección es esencial el análisis de la estructura, conducta y performance de cada uno de los mercados de insumos que se activan a partir de una consulta de salud.

Nos centraremos precisamente en este punto desde la siguiente perspectiva: los mercados de aprovisionamiento de insumos –aparatoología médica, servicios médicos, prácticas externas, laboratorios... y medicamentos- tienen, a menudo, particulares condiciones de funcionamiento. Debido a sus características intrínsecas, habitualmente, operan con fuertes distorsiones y sus resultados impactan sobre la eficiencia de la cantidad de recursos destinados a la salud. Sus tensiones –respecto del monto de recursos totales y de las asignaciones a cada uno de los componentes- ha dado lugar a la acertada frase “la puja distributiva”¹ (agregamos... al interior del propio sistema de recursos monetarios del sistema de salud).

En otros términos, no se trata sólo de la magnitud agregada de los recursos que se asignan a la salud, de su forma de asignación y/control, sino también de la “salud” de los mercados proveedores de los insumos a los que echa mano el “sistema” para llevar adelante sus fines.

Nos referiremos al tema de los medicamentos y, en particular, al mercado argentino. Por muy diversas razones -la percepción que el éxito del tratamiento ineludiblemente demanda un fármaco, las formas de coberturas, la dinámica de la oferta, su inelasticidad precio, etc.- éstos ocupan un lugar central en el gasto; y especialmente en el gasto corriente (“la caja”), dado que las plantillas médicas son semi-fijas, los gastos de estructura (luz, etc.) inamovibles y la infraestructura se solventa a mediano y largo plazo por otras vías (inversiones públicas, créditos apalancados, etc.).

Se trata de un mercado con condiciones estructurales “atípicas”, donde “quien paga no ordena y quien ordena no paga”, con una alta dosis de diferenciación de productos y una marcada asimetría de información. O sea, un mercado –aun dentro de la perspectiva más ortodoxa de la economía- plagado de distorsiones... que sustenta a las intervenciones públicas.

Adicionalmente la actividad se encuentra inmersa en un cambio tecnológico de magnitud cuyo epicentro es la biotecnología; ésta se materializa en distintas direcciones: i) nuevos medicamentos y kits de diagnóstico; ii) mejoras en los procesos de producción para medicamentos tradicionales y iii) nuevos enfoques de medicina integral (“las terapias génicas”). Todo ello, sin duda, mejora la calidad prestacional del

¹ Katz, J y Muñoz A. (1988). Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad. CEPAL, Buenos Aires, 1988.

paquete sanitario... a la vez que tiene impacto creciente sobre los costos²; por el otro costado, abre oportunidades y desafíos para la industria local desde la óptica productiva, especialmente considerando que tempranamente se produjeron desarrollos locales y actualmente existen posibilidades ciertas en el mercado de biosimilares.

Finalmente, y para terminar de delinear la complejidad del problema, cabe remarcar las actuales condiciones de la demanda interna; se destacan los impactos derivados de la persistencia de crecientes capas poblacionales por debajo de la línea de pobreza; la presencia de nuevas patologías crónicas, complejas y un incremento en la esperanza de vida. Estos y otros temas dan cuenta de una demanda por servicios de salud y consecuentemente de medicamentos, creciente, cambiante y altamente compleja.

Con este panorama resulta paradójico que siendo un tema socialmente crucial no tiene su equivalente tratamiento público. Una agenda de estudio sobre el mercado actual de medicamentos en Argentina -a desarrollar sucintamente en el presente trabajo- arranca en la sección inicial pasando revista a la estructura teórica del mercado de medicamentos y las diversas formas de encarar -políticas públicas mediante- el set de soluciones. Se adicionan algunos comentarios sobre los cambios técnicos en curso y un breve panorama internacional. En la sección siguiente se explora la conformación de la cadena de oferta de medicamentos en Argentina. A posteriori en la sección 3 el análisis gira en torno a la demanda incluyendo dentro de la misma al PAMI y marginalmente a otras obras sociales dada la relevancia que estas tienen en el mercado local. La interacción entre oferta y demanda -los precios- es el eje de la Sección 4. Finalmente queda un espacio para la reflexión acerca de las políticas públicas.

Sección 1. La estructura del mercado de los medicamentos. Puntos de partida y novedades recientes

1.1 Estructura y funcionamiento.

Esquemáticamente se trata de un mercado con tres actores centrales: médicos, pacientes e instituciones –públicas y privadas- que soportan –total o parcialmente- el gasto. Quien receta (el médico, habitualmente por marca) no soporta la restricción presupuestaria (paga el paciente o la institución que le da cobertura), a la vez que quien consume (el paciente) delega su soberanía de consumidor en el facultativo en base a una marcada asimetría de conocimiento.

Esa relación esta no sólo instituida socialmente, sino que además es fuertemente regulada legalmente (desde el juramento hipocrático hasta la obligatoriedad de la receta). La existencia de terceros pagadores (OS, presupuesto público, prepagos) son la caja de resonancia de los desequilibrios.

En el otro extremo a partir del laboratorio existe un sistema comercial e impositivo que es el responsable de alrededor del 50% del precio al consumidor.

² “Se observa que los productos inmunológicos crecieron 938,4% entre los años 2003 y 2014” “pasando la participación de dichos productos del 17 % del total del capítulo en el año 2003 al 39,9% en el año 2014. Este aumento tan significativo se relaciona con las crecientes importaciones de medicamentos biotecnológicos innovadores destinados al tratamiento de patologías complejas y de alto costo” CILFA, 2015, pág. 12.

Estos rasgos estructurales no son neutros desde la perspectiva de la rentabilidad de la actividad; un dato -casi- universal es el posicionamiento de privilegio que tienen los laboratorios farmacéuticos en los rankings de beneficios de las empresas industriales y el peso económico de la actividad³. (Ver Anexo 1).

Bajo estas condiciones dinámicamente cobra sentido una legendaria afirmación: “es un mercado en el que ordena no paga y en el que paga no ordena”⁴, dinámica que afecta el proceso de formación de precios. (Ver Anexo 2)

Se trata de un mercado con problemas (“distorsiones”) estructurales cuyas manifestaciones son de tres órdenes: i) un producto con idéntica composición química (y distintas marcas) tiene precios marcadamente diferentes; ii) es creciente la tendencia hacia el crecimiento de precios promedios (y gasto total); iii) existe sobre consumo de medicamentos (“el medicamento sobrante/vencido en el botiquín”) en simultáneo con el sub abastecimiento en ciertas capas poblacionales.

Los enfoques teóricos para subsanar estas verdaderas “fallas de mercado” transitan por distintas avenidas:

- a) Controles sobre la oferta de medicamentos, expresadas en restricciones sanitarias, controles de precios –a salida de fábrica y/o finales-, márgenes de comercialización; un caso límite es la producción estatal de medicamentos y su distribución como parte de la atención gratuita de la salud; un aspecto especial son condiciones de patentabilidad de los medicamentos (Ver Anexo 3), etc.
- b) Acciones sobre la demanda: obligación de recetar por nombre de droga (Ver anexo 4); restricciones cuantitativas en las recetas, controles sobre los vademécums en base a necesidades sanitarias y evidencias de eficacia, seguridad y análisis costo-efectividad de los mismos, etc.
- c) Inducciones desde las restricciones presupuestarias del tercer pagador: compras públicas (compras en escala para disminuir precios); vademécum de compras y protocolos de uso (ídem b)), devoluciones/descuentos/gratuidad selectiva (“listas adversas”).

En mayor o menor medida, todos los países han echado mano a los diversos enfoques y más allá de la preponderancia de unos sobre otros, se tienden a conformar modelos mixtos fruto de la acumulación temporal de los diversos modelos de control.

³ En Argentina, esta actividad tiene un acentuado desarrollo registrándose unas 230 empresas activas, un nivel de facturación del orden de 5.200 millones de dólares, exportaciones del orden de los 900 millones de dólares y las importaciones totalizan más de 2.140 millones de dólares. Emplea en forma directa 40.885 empleados cifra que trepa a casi 120.000 si se incluye la cadena de distribución comercialización y actividades afines (se incluyen droguerías, distribuidoras, perfumerías, veterinarias y farmacias). O sea, uno de los sectores industriales relevantes de Argentina.

⁴ Presentado por el Senador Keefauver en su alegato ante el Senado de los Estados Unidos en el año 1962 con motivo del episodio de la talidomida.

1.2 Medicamentos y cambio tecnológico: el impacto de la biotecnología.

Recientemente la biotecnología comienza a replantear no sólo la dinámica de algunos “insumos” -como los medicamentos- del modelo prestacional, sino -en parte- el propio concepto de remediación/prevención de la salud.

En el primero de los casos se trata de una tecnología que disrumpe -en varias fases- los paradigmas previos y toma la forma de:

- Producción de nuevos medicamentos; la moderna biotecnología permite, por distintas vías, generar nuevos medicamentos;⁵ los primeros desarrollos - la eritropoyetina, la insulina con DNA recombinante y los monoclonales- ya tienen décadas, a punto tal que comienza la etapa de los bio-genéricos dado el vencimiento de las patentes originales.
- Producción de medicamentos por síntesis química “asistidos” por las modernas técnicas que se desarrollan en la biotecnología;
- “Rutas de producción” de principios activos radicalmente nuevos; se utilizan plantas y/o animales (modificados genéticamente) que “sobre producen” determinados principios activos (pre existentes en la naturaleza -inclusive en el cuerpo humano- o aislados previamente); nacen las bio-fábricas.
- Kits de diagnósticos obtenidos por técnicas biotecnológicas que cambian sistemas analíticos previos; son productos radicalmente nuevos que ingresan como insumos al cuidado sanitario (pero no son reparadores de salud, sino que son útiles para el diagnóstico de las patologías).

En segundo término se inicia con un cambio del propio concepto de medicina, a través del desarrollo de terapias génicas donde el mecanismo tradicional de diagnóstico y posterior curación involucrando medicamentos (exógenos al cuerpo) es reemplazado por la identificación de la “anomalía” celular y su “inducción” a la auto-solución usando técnicas moleculares; se trata en este caso de un cambio radical en el proceso de restablecimiento de la salud humana; un hito en esta dinámica ha sido el desarrollo y posterior publicación del mapa del genoma humano con una multiplicidad de implicancias (desde las tecnológicas hasta las de corte ético) (Zamudio, 2013). Todo ello conlleva un impacto económico disruptivo⁶.

¿Y Argentina? La difusión de la biotecnología moderna aplicada a la salud en la Argentina comienza a principios de los 80, en colaboración con científicos locales, se

5 Relevante dado que en las últimas décadas se asiste a un amesetamiento en el lanzamiento de moléculas químicas radicalmente nuevas.

6 El mercado mundial de medicamentos biológicos y biotecnológicos alcanzó un valor de U\$S 156.625 millones. Es un mercado con una importante concentración económica, tanto a nivel producto (10 productos representan el 35% de la facturación) como a nivel empresa (las primeras 10 empresas absorben el 68% del mercado). Si bien los mercados más importantes son EE. UU. (46%), Japón (9%) y Alemania (8%), los países denominados farma-emergentes, que poseen en total una participación del 9,5% del comercio mundial, comparten igualmente la misma dinámica de crecimiento de la facturación en estos medicamentos. El promedio del crecimiento anual de medicamentos biotecnológicos indica una tasa en dólares del 22% entre 2007 y 2011 para el conjunto de farma-emergentes, 22% para Brasil y 25% para Argentina. (IMS, 2012)

desarrollan técnicas de producción y diseño de nuevos medicamentos (Bisang y Fuchs 2015; Anlló et al, 2016). Basa su desarrollo de biotecnológicos a partir de los denominados biosimilares o bigenéricos, fabricados y comercializados en laboratorios farmacéuticos nacionales desde los comienzos de la década de los 90. Estos medicamentos biotecnológicos denominados de “primera generación” en el ámbito terapéutico (activos, hormonas, enzimas) en base a moléculas que se encontraban en el dominio público cuando las especialidades medicinales fueron desarrolladas.

En los países en desarrollo, el surgimiento de biosimilares es un proceso reciente, de acuerdo con la normativa específica para este tipo de medicamentos (*follow-on biologics*) ya que las leyes de otorgamiento de patentes limitan el surgimiento de los mismos. En nuestro país solo cuatro empresas elaboran materia prima activa biotecnológica y 18 empresas de origen nacional elaboran o comercializan medicamentos biotecnológicos (CILFA, 2014). Los medicamentos biotecnológicos biosimilares fabricados en el país con los principios activos señalados precedentemente han sido evaluados y aprobados por la ANMAT, dependiente del Ministerio de Salud de la Nación.

Según estimaciones privadas este mercado podría alcanzar los U\$S 800 millones (CILFA, 2012)⁷. Los medicamentos biotecnológicos se utilizan para distintas patologías de complejidad variable como por ejemplo tratamientos anti-anémicos, para el control de la diabetes, para enfermedades autoinmunes, esclerosis múltiple, artritis reumatoidea y en oncología. Los nuevos medicamentos biotecnológicos tienen una incidencia creciente en el gasto de los financiadores de la salud (Sector Público, OSN). En teoría se espera que la aprobación de nuevos biosimilares permita reducir los precios y por ende los costos de los tratamientos de los pacientes. Sin embargo, las condiciones del mercado de medicamentos y de este en particular no garantizan un comportamiento de tipo competitivo respecto a precios.

Sintetizando

Se trata de un mercado con condiciones estructurales particulares que conlleva severos problemas de funcionamiento afectando con ello el modelo prestacional de salud y demandando la presencia de políticas públicas. A ello se suma la disrupción que implica la biotecnología aplicada tanto a los fármacos como al propio concepto de remediación de salud. El tema se torna crucial al considerar la magnitud –mundial y local- que tiene la producción de medicamentos como actividad económica.

⁷ Las estimaciones sobre el nivel de facturación que realiza IMS, es en la mayoría de los casos a nivel farmacia, por lo que los niveles de venta en el mercado local de biotecnológicos podrían estar siendo subvaloradas ya que la venta ambulatoria en Argentina de estos medicamentos es reducida y no computa las ventas de estos medicamentos en el canal institucional de compras públicas o de abastecimiento de obras sociales a los pacientes en forma directa.

Sección 2. La Oferta de Medicamentos en Argentina

2.1. El producto: Los medicamentos

La industria farmacéutica cubre la investigación, desarrollo, producción y comercialización de medicamentos para el tratamiento y prevención de las enfermedades, y el cuidado de la salud en general. Según la ley 25.649/2002⁸, un medicamento es “toda preparación o producto farmacéutico empleado para la prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o estado patológico, o para modificar sistemas fisiológicos en beneficio de la persona a quien se le administra” (Art. 4a)). Según la misma normativa, un principio activo es “toda sustancia química o mezcla de sustancias relacionadas, de origen natural, biogénico, sintético o semi-sintético que, poseyendo un efecto farmacológico específico, se emplea en medicina humana” (Art. 4b)).

El sector involucra una amplia diversidad de actores a lo largo de la cadena de valor. Su actividad implica un importante ritmo de innovación en base a investigación y desarrollo (I&D), y proporciona una alta variedad de productos, muchas veces a partir del mismo principio activo, y distinto posicionamiento en el mercado.⁹

Buena parte de la estrategia comercial se basa en el ritmo lanzamiento de nuevos productos. Y cuenta el tiempo que va desde la formulación inicial a la aprobación para su venta al público. La duración total del proceso de I&D puede llevar desde 10 a 15 años o más (BDO, 2013).

Las etapas del desarrollo de un fármaco comienzan con la investigación y el desarrollo. En el primer caso, se identifica una droga o molécula “público” relacionada con cierta patología y se desarrolla la misma, de modo de verificar su interacción con el sitio de interés donde se busca que la misma actúe, comenzando luego con el pre-desarrollo. En la etapa de desarrollo propiamente dicha se realizan las distintas fases de estudios clínicos hasta la aprobación y autorización para la venta del medicamento. Los estudios clínicos consisten en estudios que se realizan para demostrar la seguridad y eficacia de un medicamento o una vacuna, y son por tanto parte esencial del proceso de investigación y desarrollo farmacéutico, al punto de consumir el 60% de su presupuesto.

FASE I	FASE II	FASE III	FASE IV
Seguridad y tolerabilidad en voluntarios sanos	Seguridad, eficacia y bio-equivalencia en pequeños grupos de pacientes	Grandes estudios con distintos universos para demostrar eficacia, seguridad y valor	Estudios post marketing para identificar efectos secundarios no previstos.

Siendo una actividad caracterizada por una fuerte asimetría de información, fuertemente regulada en lo referido a la posibilidad de lanzamiento comercial y

⁸ Ley de Promoción de la utilización de medicamentos por su nombre genérico.

⁹ Atento a las condiciones estructurales descriptas previamente, se caracteriza por ser altamente competitiva en base a la diferenciación de producto y el desarrollo de drogas que presentan mayor potencial (“laboratorios innovadores”).

crucialmente dependiente de la tasa de innovaciones no sorprende la relevancia que se asigne al mecanismo de patentes como forma de protección de mercado¹⁰.

Finalmente cabe señalar que los medicamentos pueden ser clasificados según la forma de venta en: medicamentos de venta libre o medicamentos OTC (Over The Counter, siglas en inglés que alude a los medicamentos vendidos sobre el mostrador) y medicamentos de venta bajo receta (o medicamentos “éticos”). La definición de uno y otro es literal, es decir, la presencia de prescripción médica “receta” es la variable que los clasifica. Esta clasificación se utiliza a nivel mundial, sin embargo, la inclusión en una u otra categoría difiere entre países.

En el sub-mercado de medicamentos de venta libre la ausencia de prescripción junto a la permisión de publicidad lo convierte en un segmento de mercado muy competitivo, que apunta directamente al consumidor con estrategias de marketing específicas y bajos precios. La participación en el mercado del segmento de medicamentos OTC oscila para los países desarrollados entre 10% y 30%, este porcentaje disminuye para los países menos desarrollados¹¹. Este mercado, en nuestro país, es de gran importancia desde el punto de vista sanitario, por los efectos no deseados que puede provocar sobre el estado de salud de la población. Uno de cuatro medicamentos que se venden en la farmacia, es de venta libre.

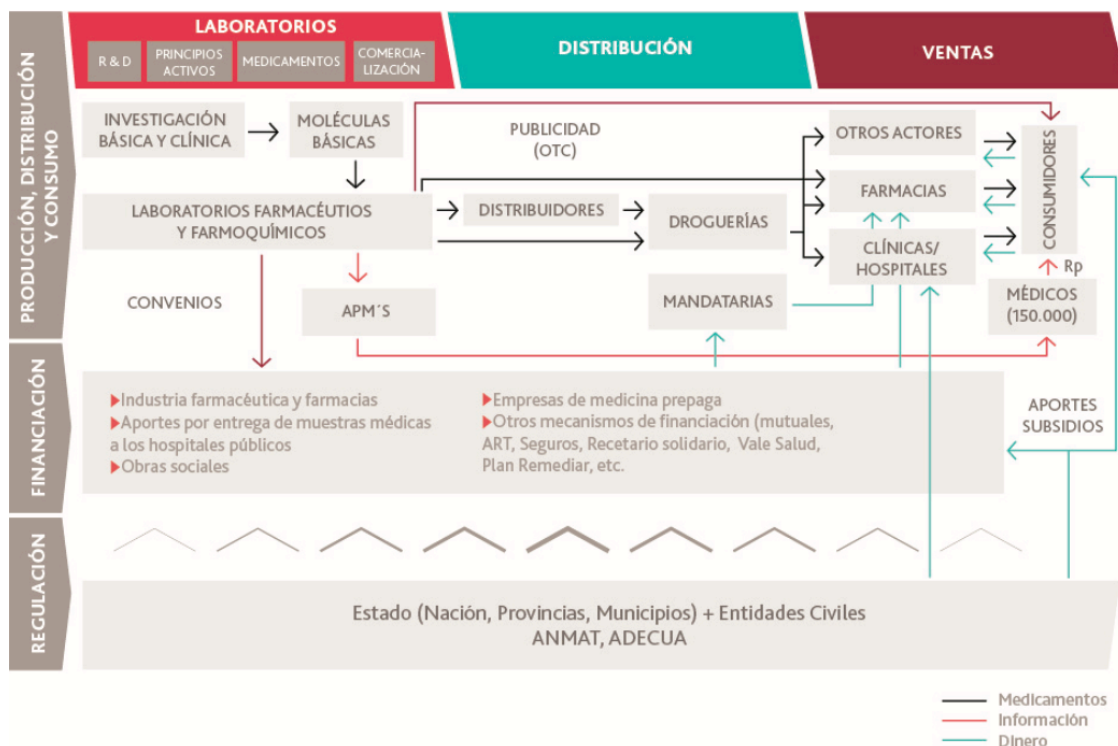
2.2. La Oferta: Cadena de Valor de la Industria Farmacéutica

En términos generales, la cadena de valor de la industria farmacéutica se compone por tres eslabones: i) los laboratorios, que llevan a cabo actividades de I&D y producción de moléculas básicas, principios activos y medicamentos, ii) la distribución, cuyos principales agentes son las distribuidoras y droguerías, y iii) la venta o reparto final, a cargo de hospitales, clínicas, sanatorios, farmacias, supermercados y otros actores de menor peso. Adicionalmente, a lo largo de toda la cadena intervienen diferentes agentes de gestión y mecanismos de financiación (mandatarias, obras sociales, empresas de medicina prepaga, mutuales, aseguradoras, planes asistenciales, etc.), como así también de regulación y control por parte del Estado o de entidades civiles de diverso tipo.

Gráfico Nro. 1. Cadena de Valor de la Industria Farmacéutica

¹⁰ Uno de los condicionantes del perfil estratégico que actualmente enfrenta la industria local, gira en torno a la relativa ineficiencia de las leyes (y/o de los mecanismos que bregan por su cumplimiento) en materia de protección de patentes. A esta problemática se le suma el acortamiento de los ciclos de vida y horizontes de recupero de inversión de cada producto. Puntualmente, en numerosos países, una vez que expiran las patentes (o incluso antes) las empresas que producen genéricos comienzan a producir grandes cantidades de productos con los mismos principios activos de los medicamentos hasta ese entonces protegidos. Como estas empresas no deben afrontar los costos de I&D que supone desarrollar las drogas, pueden competir fuertemente a través de precios más bajos.

¹¹ En Argentina, la evolución del sub-segmento de medicamentos OTC ha ganado participación en los últimos 10 años, pasando entre el 2000 y 2010 de una participación del 14% al 27% medido en unidades vendidas y de 8% a 11% medido en valores. Los medicamentos con marca representan, en valores, el 90 % del mercado, correspondiendo el restante 10 % a los medicamentos similares sin marca. Los medicamentos de venta bajo receta (éticos) tienen una participación en el mercado del 89,6 %, medida la misma en valores, y del 75,2 % medida en unidades; mientras que el 10,4% y el 24,8% restante corresponde a los medicamentos de venta libre (OTC). (CILFA, 2015).



Fuente: BDO (2015)

Laboratorios. La cadena de valor se estructura en torno a la figura de los laboratorios, quienes establecen los lineamientos en cuanto a precios, márgenes de comercialización, mecanismos de financiamiento, y retribuciones a droguerías y farmacia.

En particular, los laboratorios son los principales responsables de la formación del precio del medicamento, el cual se da a conocer a través del manual farmacéutico¹². Si bien este precio de venta al público (PVP) es de carácter sugerido, veremos, que es empleado por el resto de los actores como referencia para calcular y analizar los diferentes descuentos y márgenes de compra y venta. A su vez, los consumidores finales y los organismos de control se valen de dicha información para optimizar sus decisiones de consumo y garantizar la eficiencia en los mecanismos de mercado, respectivamente.

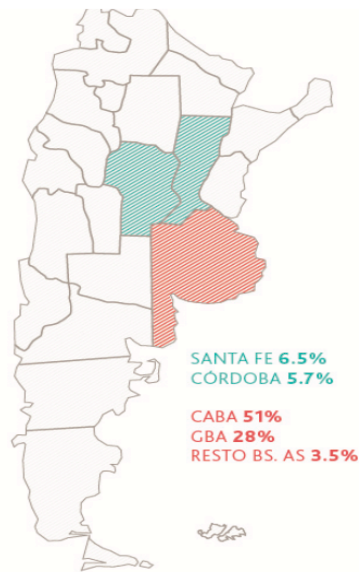
El sector de Laboratorios Farmacéuticos de nuestro país está conformado por aproximadamente 250 empresas, incluyendo tanto a las que producen en el país como a las que importan medicamentos terminados o semi-terminados para luego comercializarlos en el mercado local (MECON, 2015). Existen 110 plantas industriales, 93 de capital nacional y el resto de origen extranjero.

Se trata de actividades intensivas en tecnología: el porcentaje de gastos en I+D respecto a las ventas supera con creces el promedio industrial -7 veces mayor- (MECON, 2005). De todos modos, el nivel local es bajo en relación con el registrado en

¹² Existe un porcentaje de medicamentos que no se publican en el KAIROS (manual de medicamentos y precios actualizados) y que los venden directamente los laboratorios. Ese precio de medicamentos no es conocido y el financiador debe negociar el precio directamente con el laboratorio.

los países desarrollados. Predominan en el país los laboratorios no innovadores que elaboran medicamentos ya desarrollados anteriormente. La mayor parte son similares, que, a diferencia de los genéricos, no cuentan con pruebas de bio-equivalencia¹³. En el año 2011, según datos de CILFA, se invirtieron en Argentina \$390,5 millones en I+D. La tendencia de los últimos años es positiva, con una tasa anual compuesta de crecimiento del 16,8% para el período 2002-2011 (CILFA, 2016).

¹³ La oferta de productos farmacéuticos de Argentina se encuentra dividida en tres segmentos: productos innovadores, productos obtenidos mediante licencias y productos multifuente (similares con marca, similares sin marca y genéricos). Representando los dos primeros la casi totalidad del mercado.



El sector presenta una significativa concentración geográfica en el área metropolitana (79% entre CABA y GBA). Únicamente en la Ciudad de Buenos Aires se encuentra el 51% de los laboratorios. A su vez, el Gran Buenos Aires (GBA) concentra el 28%. Luego de Buenos Aires, las provincias con mayor concentración son Santa Fe y Córdoba, aunque con valores significativamente inferiores -6,5% y 5,7%-, respectivamente- (MECON, 2015).

Completando el panorama privado se destaca que la actividad cuenta con 4 Cámaras de representación: Cámara Argentina de Especialidades Medicinales (CAEME¹⁴); Cámara Industrial de Laboratorios Farmacéuticos Argentinos (CILFA), Cooperativa de Laboratorios Argentinos (COOPERALA), Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y de Uso Hospitalario (CAPGEN), y Cámara Argentina de Medicamentos de Venta Libre (CAPEMVeL).

Adicionalmente el estado participa en el mercado de fármacos no solo como demandante, sino que además posee 40 laboratorios estatales de fabricación de medicamentos (de jurisdicción provincial y/o municipal); en general desarrollan genéricos y vacunas y otros medicamentos con el objetivo de garantizar el suministro en los efectores públicos de acuerdo con la política sanitaria nacional y de cada jurisdicción. Pese a no existir estadísticas oficiales sistematizadas acerca de los volúmenes de producción y consumo, se estima que pueden tener significancia en algunos segmentos, específicos o en la provisión para algún efector particular, pero en términos relativos al total del sector, su participación es baja.

Distribución Mayorista. El segmento de distribución o comercialización mayorista está conformado por droguerías, distribuidoras y mandatarias, que son distinto tipo de organizaciones de venta de medicamentos en forma mayorista. Es un subsector altamente concentrado y se observa en la actualidad una tendencia a la integración de los laboratorios de producción con estas actividades de distribución (BDO, 2013).¹⁵

Las droguerías son los operadores logísticos de los medicamentos y conforman un universo que supera el millar; en ANMAT hay registradas 1.049 droguerías habilitadas para el Tránsito inter-jurisdiccional y 85 Empresas habilitadas como operadores logísticos de medicamentos.

¹⁴ Agrupa a los Laboratorios de Capitales Internacionales

¹⁵ La Resolución 538/98 del Ministerio de Salud y Acción Social regula el funcionamiento de las empresas de distribución de especialidades medicinales que operen en nuestro país y establece a la ANMAT como autoridad de aplicación.

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.

La concentración en este subsector es importante ya que cuatro operadores concentran el 70% de la distribución¹⁶. Esta cadena de distribución larga posibilita la reposición diaria a más de 13.000 Farmacias en todo el territorio argentino.

Por su parte **las distribuidoras** surgieron en la década del 90 como resultado de un proceso de integración vertical de los laboratorios de mayor tamaño, con el objetivo de reducir costos asociados a la distribución e inventarios.

En poco tiempo, estos actores ocuparon una posición estratégica en la distribución de los medicamentos, desplazando en parte a las droguerías. Actualmente las principales distribuidoras son Disprofarma (Bagó) y Rofina (Roemmers), y en un segundo plano, Farmanet (sociedad compuesta por Gador y Casasco de origen nacional y las multinacionales Bayer, Novartis y Boehringer Ingelheim) y Globalfarm (la mayoría de los laboratorios estadounidenses). Estas cuatro empresas concentran el 99% de la distribución en este subsector.

Gerenciadoras o Mandatarias. Son entidades conformadas por laboratorios nacionales y multinacionales, que tienen a su cargo la negociación contractual con obras sociales, empresas de medicina prepaga, hospitales y otros organismos relacionados con la salud. 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 farmacias¹⁷.

Ventas minoristas. Se estima que en Argentina existen 13.500 farmacias. En el Gran Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, se concentra el 22,2% del total de farmacias del país (3.000), y sólo en la Capital Federal hay 1.300¹⁸.

¹⁶ Estas empresas son: Droguería del Sud, Droguería Monroe Americana (Grupo Gomer), Droguería Suizo Argentina y Droguería Barracas.

¹⁷ Las dos gerenciadoras más importantes son Farmalink y Preserfar. La primera surgió para atender al PAMI (mas adelante volveremos sobre el tema), en momentos en que dicha institución atravesaba la crisis de financiamiento de los años 1996 y 1997 mientras que Preserfar fue creada por un grupo de laboratorios nacionales y multinacionales con el objetivo de optimizar la oferta y viabilizar los contratos vigentes, resultando de este proceso la redefinición del listado de proveedores y productos.

¹⁸ Esta situación podría servir como referencia para otras áreas de análisis del sector salud donde la concentración en el Gran Buenos Aires y CABA es mucho mayor. Por ejemplo, para el caso de los Recursos Humanos, especialmente para el caso de algunas especialidades médicas o también en el caso de equipamientos de Alta Complejidad.

A partir del año 1996, con la llegada de Farmacity a la Argentina, se instauró un modelo tipo “drugstore” vigente en Estados Unidos, lo que llevó con el paso del tiempo, al cierre de aquellas farmacias tradicionales que no lograron adaptarse a este nuevo modelo de atención personalizada y góndolas de autoservicio. Farmacity posee el 1,4% del total de farmacias del país (189 locales a la fecha), radicadas principalmente en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, pero con presencia también, en varias provincias. Su facturación alcanza el 5% de la facturación total del sector.¹⁹

En síntesis, conviven en el mercado: i) farmacias tradicionales bajo el “modelo sanitario” (enfocadas en la atención personalizada del paciente); ii) farmacias modelo “drugstore” de autoservicio, (atendiendo los cambios de hábitos del consumo); y iii) redes o cadenas con modelos intermedios²⁰.

Con esta estructura de oferta –laboratorios especializados por subclase, concentración en la etapa mayorista, integración laboratorios/mayoristas y gran cantidad de farmacias diseminadas a lo largo del país- no sorprende la existencia de un desigual poder de negociación entre las partes de la cadena impone límites a la rentabilidad del negocio.²¹

Otros Actores de la cadena. El Estado tiene un rol fundamental como agente regulador del mercado de medicamentos, brindando no sólo el marco institucional adecuado sino también los mecanismos de gestión y control necesarios para el funcionamiento del mismo. Por otro lado, el gobierno puede generar diferentes acuerdos de precios con laboratorios y droguerías como parte de su política de preservación del poder adquisitivo de la población.

No debe olvidarse que el Estado funciona como uno de los principales consumidores de medicamentos, a través de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales en lo referido a la prevención y cuidado de la salud de la población (ver capítulo 4, “Demanda de medicamentos”). En este sentido, por su elevado poder de compra, el Estado debería tener un rol más efectivo como a regulador de precios, particularmente en medicamentos oncológicos y en medicamentos de alto costo. El énfasis debería recaer en sub-mercados, basados en compras institucionales y sin precio PVP de referencia, casos donde la actual fragmentación institucional del sector salud opera en el sentido contrario.

Dentro de los actores principales –por el costado sanitario-, se destaca el rol de la ANMAT (**Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología**

¹⁹ Su expansión se ha visto parcialmente limitada por distintas legislaciones provinciales, con el apoyo de distintas entidades farmacéuticas provinciales, como el caso de la Provincia de Buenos Aires, que con su ley 10.606 de 1987 limita la instalación de nuevas farmacias a través de múltiples barreras de entrada.

²⁰ 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.

²¹ Así a modo de ejemplo, habitualmente el sector minorista debe asumir parte de los descuentos que reciben los beneficiarios de obras sociales y prepagas; a su vez las farmacias deben negociar sus márgenes tanto con los financiadores como con las droguerías que abastecen los medicamentos. Los últimos años han sido testigo de una fuerte pulseada entre laboratorios y farmacias, siendo en general los beneficiarios de PAMI, los más perjudicados de esta situación.

Médica) como principal agente de control de calidad de los medicamentos comercializados. Funciona como un órgano descentralizado de la Administración Pública y tiene competencia sobre medicamentos, alimentos, reactivos de diagnóstico, productos cosméticos, suplementos dietarios y productos de uso doméstico.

Seguros de Salud. Son agentes cuya principal función consiste en proveer financiamiento a los beneficiarios ante eventuales gastos relacionados al cuidado de la salud.²² Cabe señalar que, 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 sus medicamentos en un espacio mayor del mercado.

Se trata de una cadena con distintos grados de competencia –al interior y entre- en sus diversos eslabones donde la presencia estatal esta recostada mas sobre los aspectos técnico-sanitarios que en los temas económicos. Requiere del sector publico un rol más activo en materia de fiscalización e intervención en el mercado vinculados al acceso y precio de los medicamentos (tanto los de marca como los genéricos), además implementando y fiscalizando la farmacovigilancia, y la realización de estudios post-mercado, con la finalidad de monitorear la seguridad de los medicamentos comercializados.

2.3. Niveles de facturación y concentración de la oferta de medicamentos.

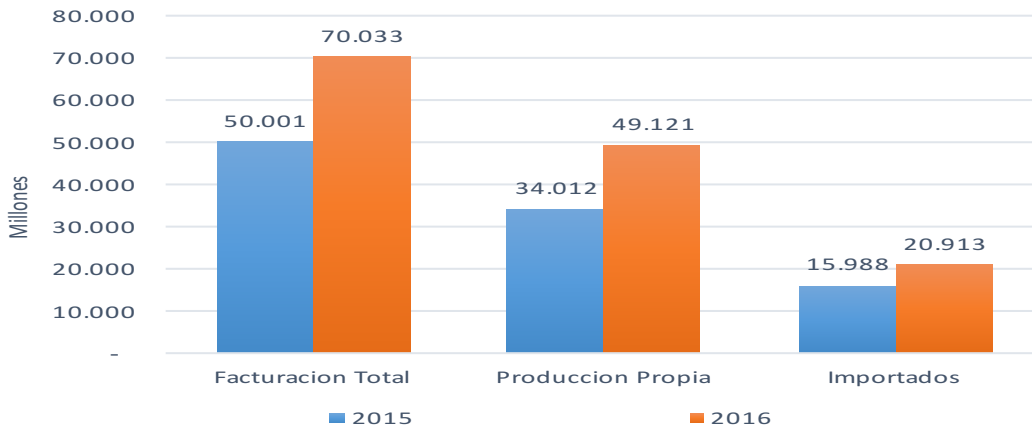
La facturación total de medicamentos en nuestro país alcanzó -en 2016- a los \$ 70.033 Millones (INDEC, 2017), lo que equivaldría a US\$ 4.665 Millones. Respecto a 2015, las ventas de 2016 representan un aumento en pesos del 40% y una disminución en dólares de 6%, en virtud de la devaluación ocurrida a finales de 2015.

En este sentido, podemos observar en el Gráfico Nro. 2 que el aumento de la facturación se debe en mayor medida al aumento de las ventas de medicamentos de producción local respecto a las de importados, que presentaron, en pesos, variaciones del 44% y 31%, respectivamente a lo largo del último año.

²² Al respecto, el Programa Médico Obligatorio (PMO) establece que los seguros deben cofinanciar el 40% del costo de los medicamentos ambulatorios, quedando el 60% restante a cargo del paciente. Estos porcentajes varían para el caso de “medicamentos crónicos” a 30 y 70%, o 100% en el caso de los de Alto Costo.

Gráfico Nro. 2. Facturación Anual Industria Farmacéutica Argentina. 2015 y 2016

-Pesos corrientes de salida de fábrica, sin IVA, en Millones-



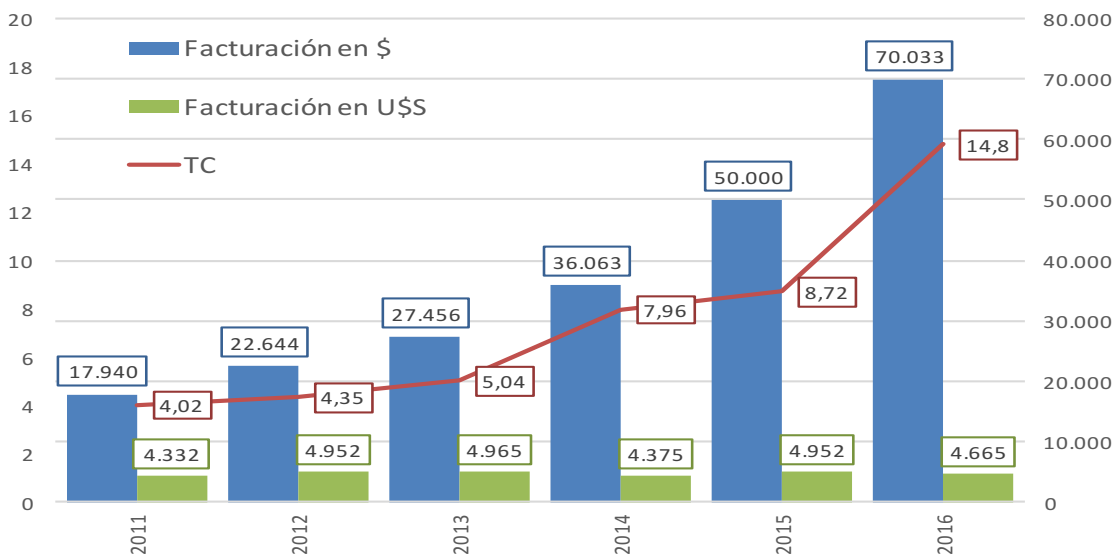
Año	Facturación Total	Producción Propia	Importados
2015	50.001	34.012	15.988
2016	70.033	49.121	20.913
Variación	40,1%	44,4%	30,8%

Fuente: INDEC (2017)

Es interesante comparar el nivel de ventas de medicamentos en pesos con la evolución del tipo de cambio (\$/US\$) e incluir la facturación en dólares en el presente análisis. La evolución de la facturación en pesos muestra una tendencia positiva en el tiempo, con una tasa promedio anual de crecimiento de 31,5% para el quinquenio 2011-2016.

Gráfico Nro. 3. Evolución de la Facturación Total de Medicamentos. Argentina 2011-2016

-Pesos corrientes de salida de fábrica, sin IVA, en Millones, Dólares corrientes, en Millones, de acuerdo con el Tipo de Cambio nominal (TC)-



	Facturación Total. Tasas de Variación anual					
	2012/ 2011	2013/ 2012	2014/ 2013	2015/ 2014	2016/ 2015	Promedio Período
Facturación (\$)	26%	21%	31%	39%	40%	31,5%
Facturación (U\$S)	14%	0,3%	-12%	13%	-6%	2,0%
Variación TC	8%	16%	58%	10%	70%	32,3%

Fuente: INDEC (2017)

Se observa que el aumento de las ventas acompaña el ritmo devaluatorio. El TC posee un incremento promedio para el período similar (32,3%), mientras que las ventas en dólares lo hacen en solo el 2% promedio anual, para el período considerado.

La fuerte concentración que existe en el mercado de medicamentos a nivel mundial, también se evidencia en Argentina. No obstante, la existencia de un alto número de empresas en el mercado, las ventas (tanto en unidades como en valores) están concentradas en las principales firmas: las dos primeras casi alcanzan el 25%, las 6 primeras empresas representan el 50% del mercado total, y las 11 primeras el 75% de las ventas totales. Se trata de empresas de elevada facturación en el plano local industrial, contándose con la presencia de varios grupos de capitales nacionales como lo indica el gráfico siguiente.

Gráfico Nro. 4. Facturación de Medicamentos por Laboratorio. Casos seleccionados. Argentina 2011-2015

-millones de pesos corrientes y porcentajes-

	Laboratorio	2011	2012	2013	2014	2015	Origen del Capital	Particip.	Particip acumul
1	Bayer	2.435	2.734	3.900	6.000	7.153	Alemania	14%	14%
2	Roemmers	1.707	2.039	2.592	3.418	4.399	Argentina	9%	23%
3	Roche	1.634	1.800	2.592	3.400	4.100	Suiza	8%	31%
4	Gador	1.067	1.380	2.310	2.440	3.345	Argentina	7%	38%
5	Pfizer	464	540	625	2.426	3.100	EE. UU.	6%	44%
6	Novartis	1.026	1.255	1.730	2.200	3.050	Suiza	6%	50%
7	Raffo	831	1.143	1.485	2.237	2.870	Argentina	6%	56%
8	Elea	703	1.392	1.530	1.811	2.847	Argentina	6%	62%
9	GSK	945	1.226	1.630	2.094	2.550	UK	5%	67%
10	Abbot	1.228	1.500	1.610	2.787	2.273	EE. UU.	5%	71%
11	Casasco	320	575	695	1.356	1.917	Argentina	4%	75%
12	Sanofi Aventis	622	801	993	1.350	1.700	Francia	3%	79%
13	Abbvie	sd	sd	sd	1.295	1.646	EE. UU.	3%	82%
14	Novo Nordisk	523	645	773	1.150	1.550	Dinamarca	3%	85%
15	Merck Sharp y Dome	sd	sd	565	1.173	1.350	EE. UU.	3%	88%
16	Biogenesis-Bago	450	570	sd	916	1.312	Argentina	3%	90%
17	Boehringer	505	625	820	1.005	1.300	Alemania	3%	93%

	Ingelheim								
18	Ivax	482	580	805	1.000	1.250	Israel	3%	95%
19	Merck	sd	sd	sd	850	1.150	Alemania	2%	98%
20	Janssen Cilag	344	585	800	1.150	1.100	EE. UU.	2%	100%
21	Andrómaco	458	581	sd	Se	sd	Argentina		
22	Phoenix	459	525	sd	Sd	sd	UK		
23	Bagó (1)	1.212	1.570	1.900	2.460	s/d	Argentina		
	Total, Principales	17.415	22.066	27.355	42.518	49.962			

Fuente: Elaboración propia sobre Revista Mercado (Varios Números).

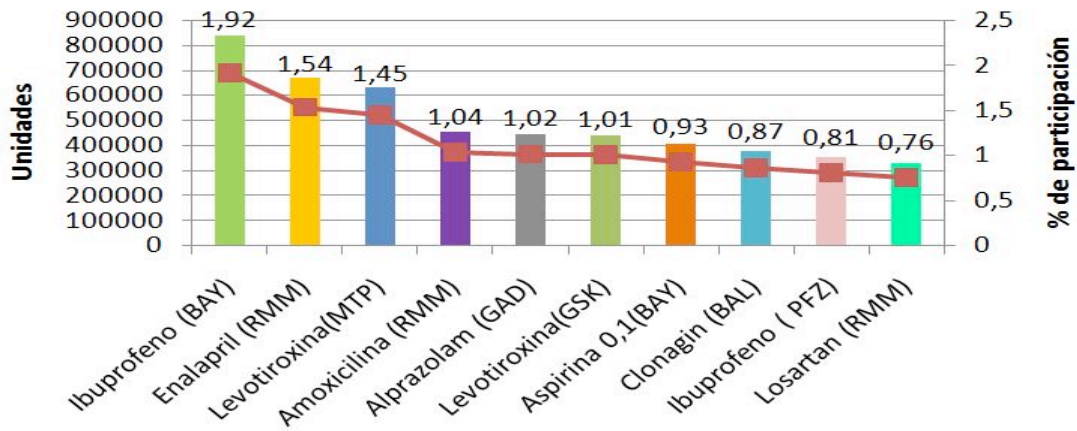
Nota: (1) se incluye en virtud de su presencia en los primeros puestos del ranking los 4 años anteriores.

Un análisis de las diversas cifras de ventas indica que:

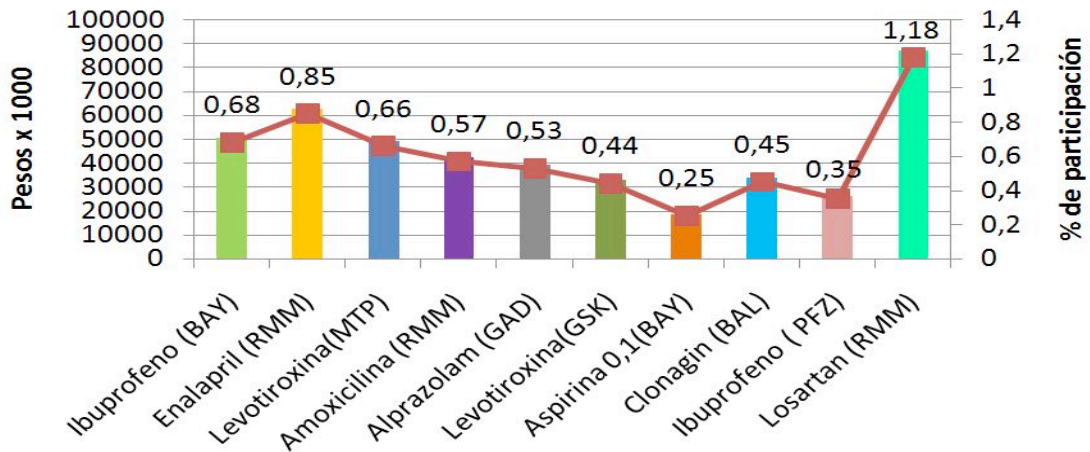
- la participación de los 10 productos más dispensados en unidades representa el 11.35% del mercado. Esto toma mayor dimensión si consideramos que son cerca de 14.000 los productos en el mercado de medicamentos de venta bajo receta y bajo receta archivada;
- los 10 productos más dispensados en pesos y su participación en el **mercado ético**, representan el 5.94% de dicho mercado;
- los 10 productos más dispensados incluyen a la droga ibuprofeno de dos distintos laboratorios. Debido a que estos dos productos tienen igual nombre de productos de venta libre (solo difiere la dosis), y se hace de ellos publicidad en los medios de comunicación, son muy demandados por los pacientes a los profesionales;
- un antibiótico -amoxicilina- esté al mismo nivel de dispensa que los productos destinados al tratamiento de enfermedades crónicas. Esto podría deberse a un uso inadecuado de los mismos;
- las benzodiazepinas, incluidas alprazolam y clonazepam, tienen una alta prevalencia de uso y son prescriptas tanto por médicos clínicos como por especialistas, debiendo dispensarse con receta archivada; el clonazepam es la única benzodiazepina incluida en el grupo terapéutico de los antiepilépticos;
- Las demás drogas están indicadas para el tratamiento de patologías crónicas: hipertensión arterial, hipotiroidismo y la aspirina como antiagregante plaquetario.

Gráficos Nro. 5,6 y 7. Concentración de las ventas por producto del mercado ético. Argentina. Noviembre 2016

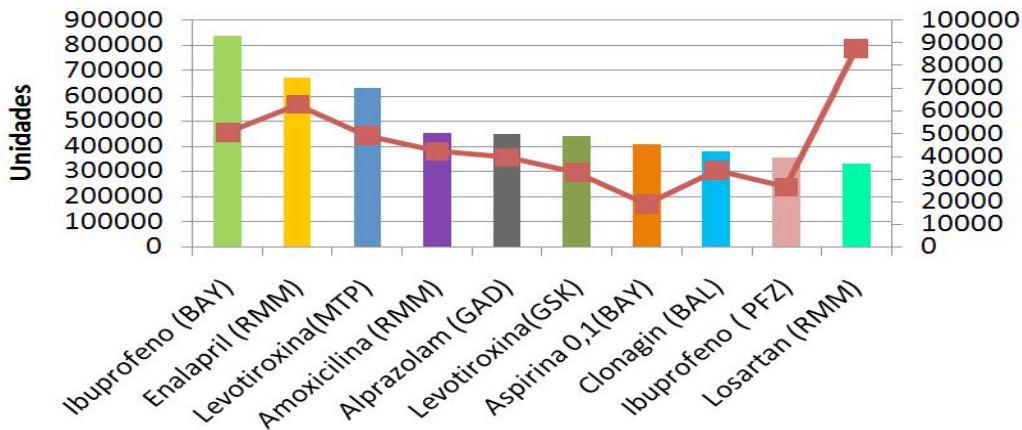
Participación en unidades de los 10 primeros productos del Mercado ético de los Medicamentos - Nov 2016



Participación en moneda local de los 10 primeros productos del Mercado ético de los Medicamentos - Nov 2016



Dispensas en unidades y en pesos de los primeros 10 productos del mercado ético de los medicamentos - Nov 2016



Fuente: COFA (2017)

La concentración se podría también analizar sobre los sub-segmentos, es decir, la participación de las empresas por grupo anatómico o clase terapéutica, encontrándonos con situaciones monopólicas, duopólicas y oligopólicas (REMEDIAR, 2013). Al analizar el gasto en medicamentos de acuerdo con su clase terapéutica se observa que, a pesar de la existencia de más de 5.000 marcas y cerca de 30.000 presentaciones diferentes, existen unos pocos grupos anatómicos que concentran tanto el gasto (en unidades monetarias) como el consumo (en unidades físicas) (Brecher & Asociados, 2008).

De acuerdo con la clasificación según código de ATC²³, observamos que la mayor facturación en 2016 en el mercado local fueron los medicamentos antineoplásicos e inmuno-moduladores con \$10.344 Millones, (representando 15,7% del total facturado); seguidos por los destinados al aparato digestivo y metabolismo, (14,8%); los destinados al aparato cardiovascular (13,3%) y los destinados al sistema nervioso (12,8%), según el Gráfico Nro. 8.

Gráfico Nro. 8. Facturación de la industria farmacéutica por grupo anatómico.

Argentina. Año 2016

Clasificación ATC, 1er nivel de codificación, precios corrientes de salida de fábrica, sin IVA, en mil de \$

Código ATC	Grupo Anatómico	Facturación	%
A	Aparato digestivo y metabolismo	10.344	14,8%
B	Sangre y órganos hematopoyéticos	3.189	4,6%
C	Aparato cardiovascular	9.340	13,3%
D	Medicamentos dermatológicos	2.693	3,8%
G	Aparato genitourinario y hormonas sexuales	3.767	5,4%
H	Hormonas empleo sistémico, excluyendo hormonas sexuales	1.679	2,4%
J	Antiinfecciosos para empleo sistémico	7.403	10,6%
L	Medicamentos antineoplásicos e inmunomoduladores	10.963	15,7%
M	Aparato musculoesquelético	4.986	7,1%
N	Sistema nervioso	8.979	12,8%
P	Medicamentos antiparasitarios, insecticidas y repelentes	232	0,3%
R	Aparato respiratorio	3.691	5,3%
S	Órganos de los sentidos	811	1,2%
V	Varios	1.965	2,8%
	Total	70.033	14,8%

Fuente: INDEC (2017)

²³ La clasificación ATC (Anatomical Therapeutic Chemical) fue desarrollada por el Consejo Nórdico de Medicamentos y propuesta para ser utilizada a nivel internacional por el Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2002). Es un sistema de codificación de sustancias farmacéuticas y medicamentos estructurado en cinco niveles:

- 1er nivel (anatómico): órgano o sistema sobre el que actúa el fármaco (existen 14 grupos en total).
- 2do nivel: subgrupo terapéutico.
- 3er nivel: subgrupo terapéutico o farmacológico.
- 4to nivel: subgrupo terapéutico, farmacológico o químico.
- 5to nivel: nombre del principio activo (monofármaco) o de la asociación medicamentosa.

Estos cuatro grupos de medicamentos (códigos ATC A, C, L y N) concentraron -en 2016- el 56,6% de la facturación de la industria farmacéutica.

En la facturación del mercado interno de producción propia, los grupos que presentaron las facturaciones más significativas son los destinados al aparato cardiovascular, los del aparato digestivo y metabolismo y los medicamentos destinados al sistema nervioso.

Con relación a la reventa local de medicamentos importados, se destaca el grupo anatómico correspondiente a antineoplásicos e inmuno-moduladores, seguido por los anti-infecciosos y los del aparato digestivo y metabolismo.

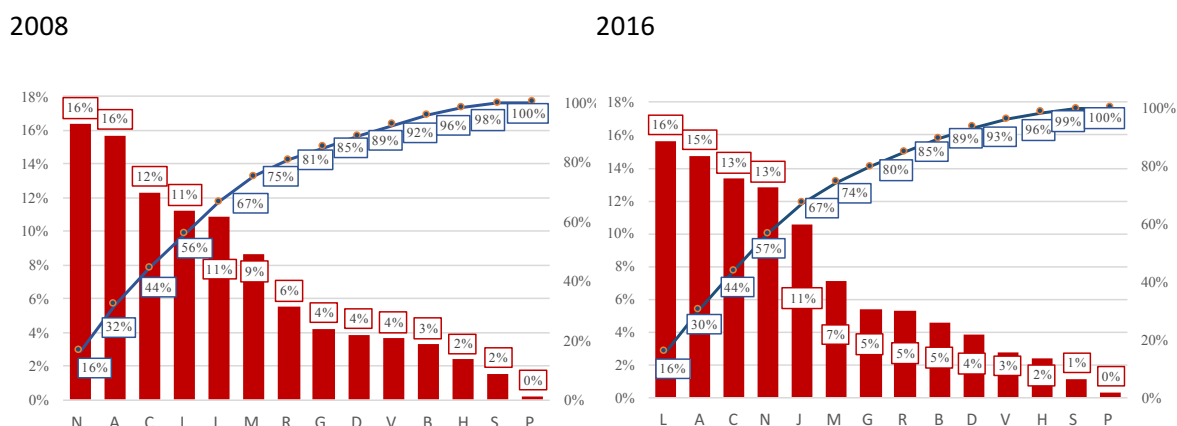
Respecto a la comparación con años anteriores, se observa que el grado de concentración es similar, aunque cambia el orden de los grupos de medicamentos en el ranking de facturación. En 2008, el 55,6% de la facturación se concentraba en los primeros 4 grupos anatómicos, siendo el grupo más importante el N (sistema nervioso), siguiendo los grupos A (aparato digestivo y metabolismo), C (Aparato cardiovascular) y J (anti-infecciosos).

En 2016, la concentración de los primeros cuatro grupos es similar (54,5%), Pero el orden de los primeros cuatro grupos es L, A, C, N entrando en el primer lugar

Es de destacar el crecimiento en la participación total que han tenido los medicamentos antineoplásicos e inmuno-moduladores que pasaron de representar el 10,9% (5to lugar) en 2008 a ocupar el 15,7% del mercado en 2016 y el primer lugar el grupo de antineoplásicos e inmuno-moduladores con el 16% del mercado.

Gráfico Nro. 9. Comparación de la Facturación por grupo anatómico 2008-2016

Clasificación ATC, 1er nivel de codificación. Precios corrientes de salida de fábrica, sin IVA.
En Porcentaje.



Fuente: Informe REMEDIAR (2012) e INDEC (2017)

Análisis de los primeros cuatro grupos ATC.

Antineoplásicos e inmuno-moduladores (L). Estos medicamentos en el año base del análisis (2008) estaban en el quinto lugar con una participación en las ventas totales del 11%. Actualmente se encuentran en el primer lugar (2016, 16%). Estos

medicamentos tienen la capacidad de matar o detener el crecimiento de las células vivas. Se utilizan en la quimioterapia del cáncer. El gran crecimiento de este grupo es liderado por el subgrupo L01 Antineoplásicos. Los antineoplásicos son sustancias que impiden el desarrollo, crecimiento, o proliferación de células tumorales malignas. Solo dos drogas (Rituximab y Bevacizumab) representan aproximadamente el 30% de las unidades dispensadas y el gasto de la seguridad social (Van der Koy, 2017).

Aparato digestivo y metabolismo (A). En el año 2008 representaron aproximadamente el 16% de la demanda total, con una evolución decreciente en su participación relativa. Su oferta está en manos de 210 laboratorios, entre los cuales figuran Roche, Roemmers, Boehringer y Beta. En este caso, las primeras diez compañías concentran el 52% de la facturación total y el 47% de las unidades vendidas (Brecher & Asociados, 2008). “Respecto a los subgrupos, para el caso de los antieméticos y antinauseosos, sólo dos laboratorios abastecen al 90% de la demanda. A su vez, las dos firmas líderes del segmento agrupan el 60% de las ventas de medicamentos de terapia biliar y hepática, y una situación similar se observa en aquellos medicamentos destinados al tratamiento de la obesidad, vitaminas, tónicos y anabólicos” (Brecher & Asociados, 2008).

Sistema nervioso (N). Los medicamentos del sistema nervioso representaban en 2008 el 16% del mercado, pero su participación en 2016 ha bajado a 13% de la demanda total de medicamentos. Son aproximadamente 150 los laboratorios que producen los medicamentos de este grupo, entre los que se destacan Roche, Bayer, Gador y Novartis. Los primeros diez laboratorios concentran el 60% de la facturación total del segmento, y cerca del 55% de las unidades vendidas al mercado interno. En este grupo se encuentran dos subgrupos con elevados niveles de concentración. Por un lado, los anestésicos, con el 90% de la facturación en manos de cuatro laboratorios, y los antiparkinsonianos, con dos laboratorios concentrando el 65% de las ventas (Brecher & Asociados, 2008).

Aparato cardiovascular (C). Representan el 12% del mercado (2008) y su participación relativa se ha mantenido estable en el tiempo. La oferta la componen 136 empresas, donde las primeras diez concentran el 60% de la facturación y el 63% de las unidades vendidas. Se destacan los laboratorios Roemmers, Merck Sharp&Dohme, Bagó y Gador. El 70% la oferta de medicamentos para terapéutica cardíaca está concentrada en los cuatro primeros laboratorios del grupo, mientras que el 80% de las ventas de hipertensivos están en manos de tres firmas (Brecher & Asociados, 2008).

En síntesis,

El panorama agregado indica la presencia de un gran número de oferentes, pero a medida que se circunscriben los respectivos sub-grupos terapéuticos comienza a evidenciarse crecientes grados de concentración.

Ello se agudiza para tratamientos de patologías complejas y/o sub-clases donde la biotecnología irrumpe con mayor predicamento.

2.4. Comercio Exterior de Insumos y Productos Farmacéuticos

La actividad tiene una triple dependencia externa: i) como importadora de materia prima; ii) como exportadora materia prima y productos finales; iii) como flujo de servicios dada la presencia de destacadas firmas internacionales.

El volumen del intercambio comercial y su saldo negativo han crecido durante toda la serie (2003-2016). La relación exportaciones (E) e importaciones (M) se ha visto deteriorada, pasando de valores cercanos al 60% a próximos al 40%. Si tomamos como referencia los valores de la facturación de la industria podemos observar que las X representan aproximadamente el 20% de la facturación total. Mientras que las M más del 40%.

El sector presenta un déficit comercial estructural, siendo en los últimos años explicado por la creciente importación de medicamentos. Esto contrasta con lo ocurrido durante la década del noventa cuando los principios activos tuvieron una fuerte incidencia en el saldo negativo... (MECON, 2015). Esta situación podría deberse a un cambio de estrategia de los laboratorios, especialmente multinacionales.

De todas maneras, es conveniente notar que las exportaciones han tenido un crecimiento sostenido durante toda la serie analizada, si miramos punta a punta se observa que aumentaron más del 340%.

Cuadro Nro. 1. Evolución del comercio exterior

Año	Exportaciones		Importaciones		Resultado del Intercambio	
	Millones USD	Variación	Millones USD	Variación	Saldo	X/M
2.003	267		475		-209	56%
2.004	344	29%	545	15%	-201	63%
2.005	351	2%	625	15%	-273	56%
2.006	436	24%	763	22%	-326	57%
2.007	513	18%	939	23%	-426	55%
2.008	628	22%	1.141	22%	-513	55%
2.009	659	5%	1.208	6%	-549	55%
2.010	693	5%	1.566	30%	-873	44%
2.011	810	17%	1.790	14%	-980	45%
2.012	903	11%	2.088	17%	-1.185	43%
2.013	913	1%	2.138	2%	-1.225	43%
2.014	851	-7%	2.123	-1%	-1.272	40%
2.015	1.047	23%	2.400	13%	-1.353	44%
2.016	907	-13%	2.157	-10%	-1.250	42%

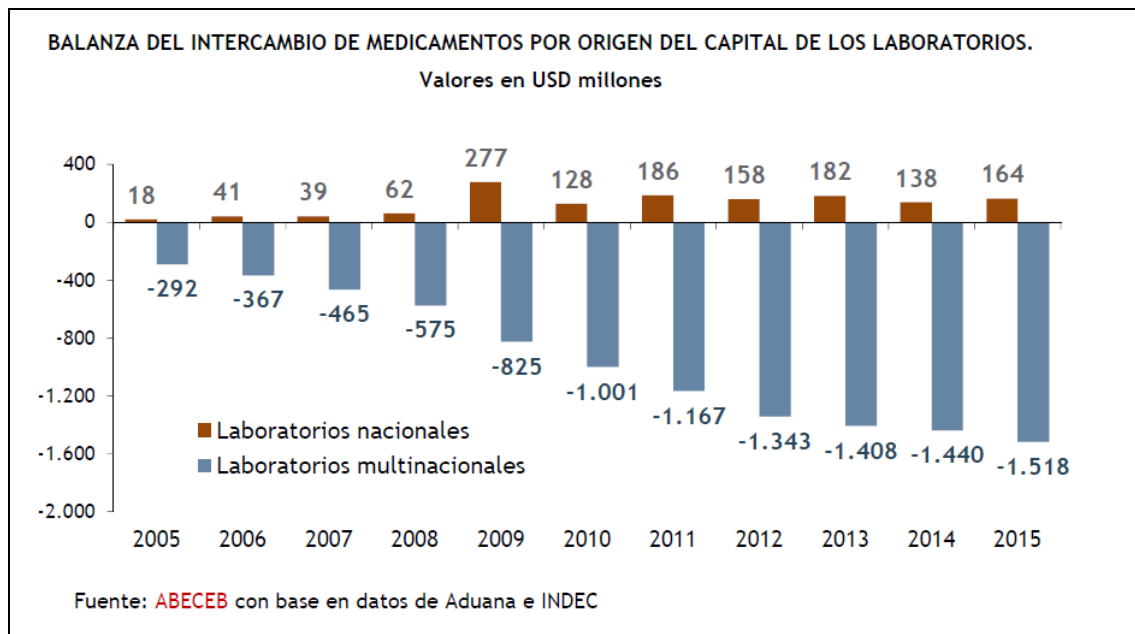
Fuente: Elaboración propia sobre INDEC

En términos de exportaciones se trata de un sector en crecimiento, aunque durante el último año se registró una fuerte caída (se debe principalmente a la situación de Venezuela (INDEC, 2017)); mientras que los niveles de las importaciones revelan la debilidad estructural de abastecimiento de materia prima.

Del total de exportaciones, los grupos anatómicos que presentaron las facturaciones más significativas son los medicamentos destinados al sistema nervioso, los destinados al aparato digestivo y metabolismo y los de sangre y órganos hematopoyéticos.

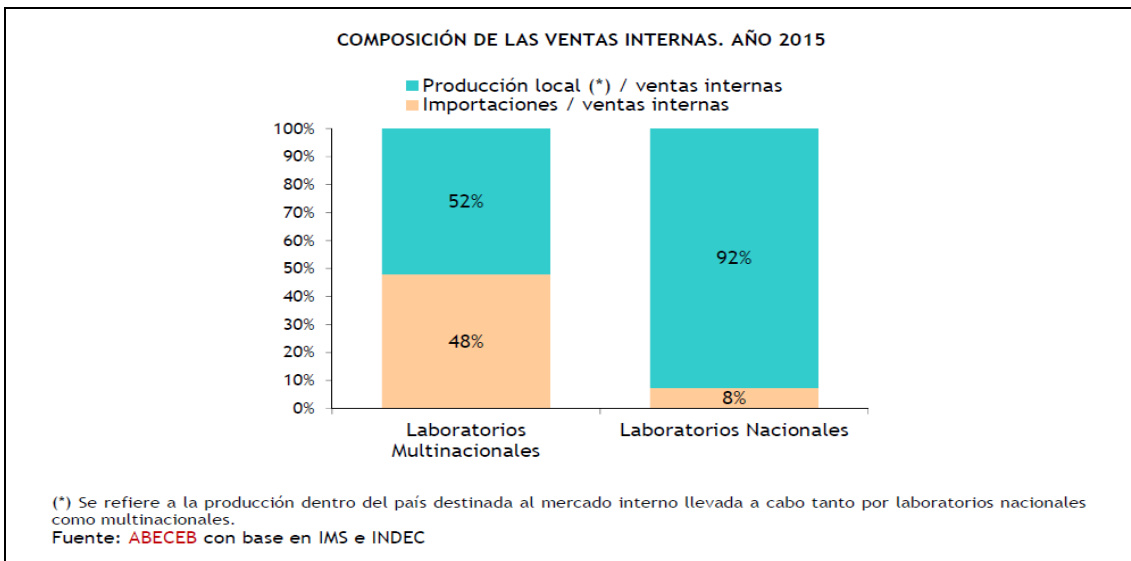
Un dato significativo tiene que ver con la composición según el origen del Capital de las empresas, los laboratorios nacionales tienen un saldo positivo mientras que los multinacionales, quienes importan productos terminados para su reventa (especialmente biotecnológicos), muestran un resultado ampliamente deficitario. En este sentido es preciso aclarar que en muchos casos los nacionales importan materia prima para luego producir en el país mientras que las empresas multinacionales importan productos terminados para su reventa (y particularmente biotecnológicos).

Grafico Nro. 10.



La composición y dinámica del comercio exterior se relaciona con la estructura del origen del capital de las empresas; mientras que los laboratorios nacionales producen para vender –mayoritariamente- a nivel local, los multinacionales exportan el 58% de sus ventas lo cual se explica por la radicación de casas matrices en nuestro país que importan productos terminados y luego los distribuyen a otros países de la región.

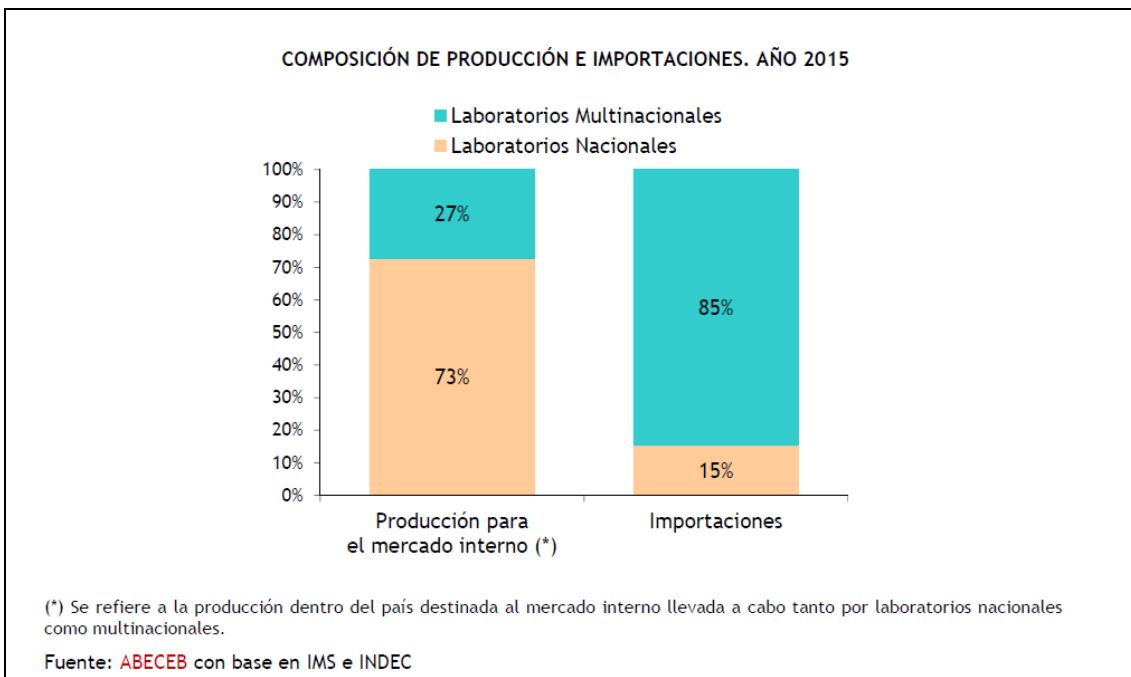
Gráfico Nro. 11.



De esta forma las importaciones representan la mitad de las ventas internas en los multinacionales, y no llegan al 10%, en los nacionales.

Por su parte una mirada adicional puede hacerse desde la composición de la producción y las importaciones, se verifica que mientras los nacionales producen mas para el mercado interno, ademas, importan una menor proporción.

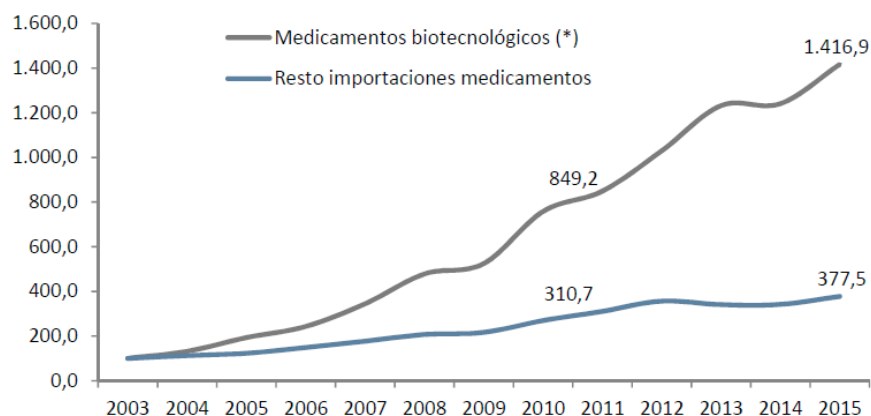
Gráfico Nro. 12.



En el marco de este panorama hay un dato a destacar: la velocidad de crecimiento de los productos biotecnológicos dentro del total importado, revelando el impacto de la irrupción de este tipo de medicamentos.

Gráfico Nro. 13

IMPORTACIONES ARGENTINAS DE MEDICAMENTOS. Biotecnológicos vs resto.
Índice Año 2003=100



Fuente: ABECEB con base en INDEC

En síntesis, se trata de una actividad que tiene –desde distintas perspectivas- cierto impacto sobre las cuentas externas de la economía en su conjunto. Y donde los modelos de intercambio reflejan algunos rasgos estructurales de la actividad (origen del capital; manufacturación en base a principios activos importados, red de subsidiarias regionales).

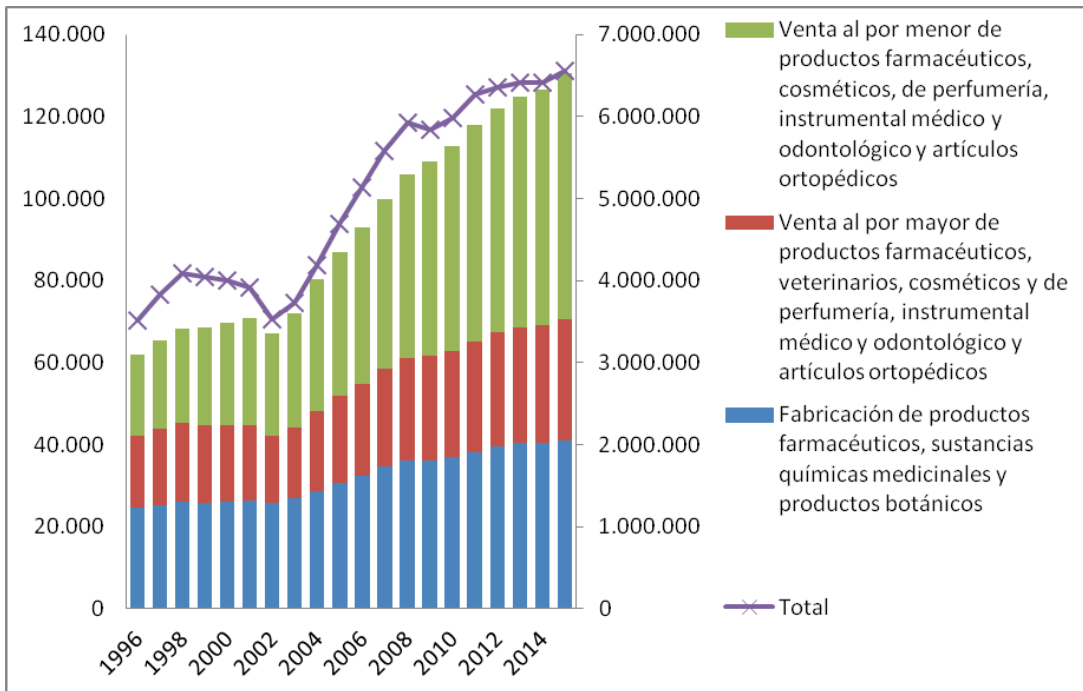
2.5. Empleo y salarios del Sector Farmacéutico

La industria, ocupa fuerza de trabajo calificada, con niveles salariales superiores al promedio de la economía y elevada tasa de registración.

De acuerdo con lo registrado por el Ministerio de Trabajo el Sector de Producción Farmacéutica emplea en forma directa 40.885 empleados²⁴. Asimismo, se estima que la cadena de distribución y comercialización (integrada por las droguerías, distribuidoras y farmacias) emplea alrededor de 120.000 personas más (CILFA, 2016). Este valor surge como resultado de adicionar a los registros mencionados, las categorías correspondientes a: Venta al por mayor de productos farmacéuticos, veterinarios, cosméticos y de perfumería, instrumental médico y odontológico y artículos ortopédicos 29.818 y Venta al por menor de productos farmacéuticos, cosméticos, de perfumería, instrumental médico y odontológico y artículos ortopédicos 59.916. Como puede apreciarse los puestos de trabajo han aumentado ininterrumpidamente en las dos décadas analizadas, a excepción del año 2002 (crisis económica, política y social)

²⁴ Código 2423-Fabricación de productos farmacéuticos, sustancias químicas medicinales y productos botánicos

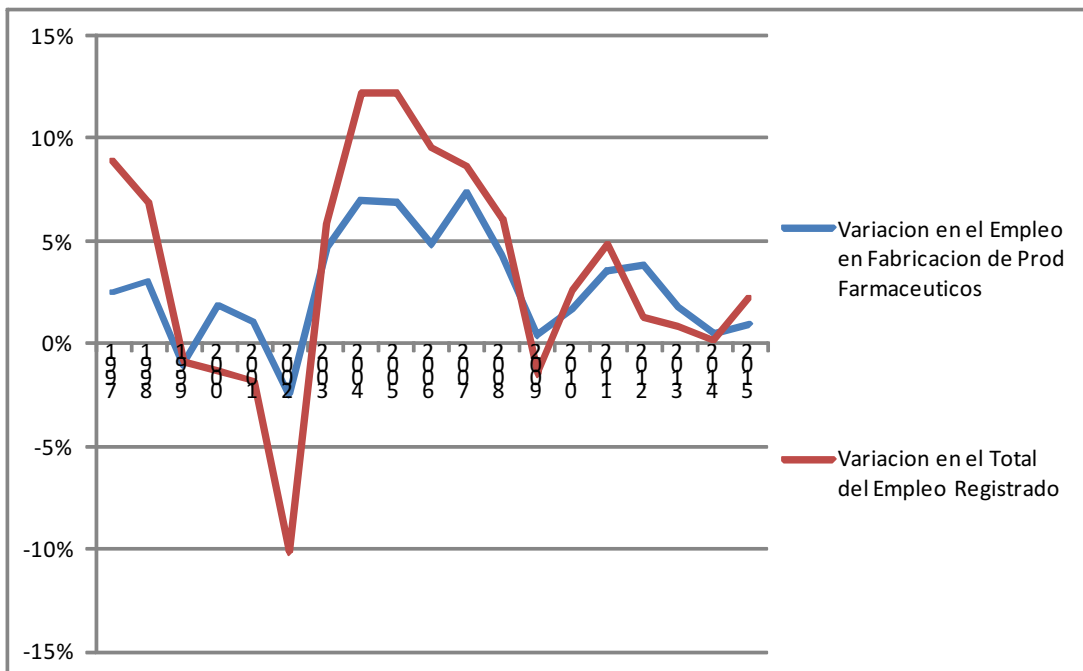
Gráfico Nro. 14. Empleo Registrado. Fabricación, Ventas Productos Farmacéuticos. 1996-2015.



Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Observatorio de Empleo y Dinámica Sectorial (2016)

Dinámicamente la serie de empleo revela menor alternancia hasta a la salida de la crisis acompañando la lógica del mercado de trabajo a lo largo del último lustro

Gráfico Nro. 15. Variación en el empleo registrado Total y Fab de Prod Farmacéuticos. 1997-2015.



Fuente: Ministerio de Trabajo, Empleo y Seguridad Social de la Nación. Observatorio de Empleo y Dinámica Sectorial

A esta dinámica del empleo se suma la alta profesionalidad del mismo hecho que va más allá el origen del capital de cada subsector.

Cuadro Nro. 2. Estructura del Personal según la calificación del puesto por tipo de empresa

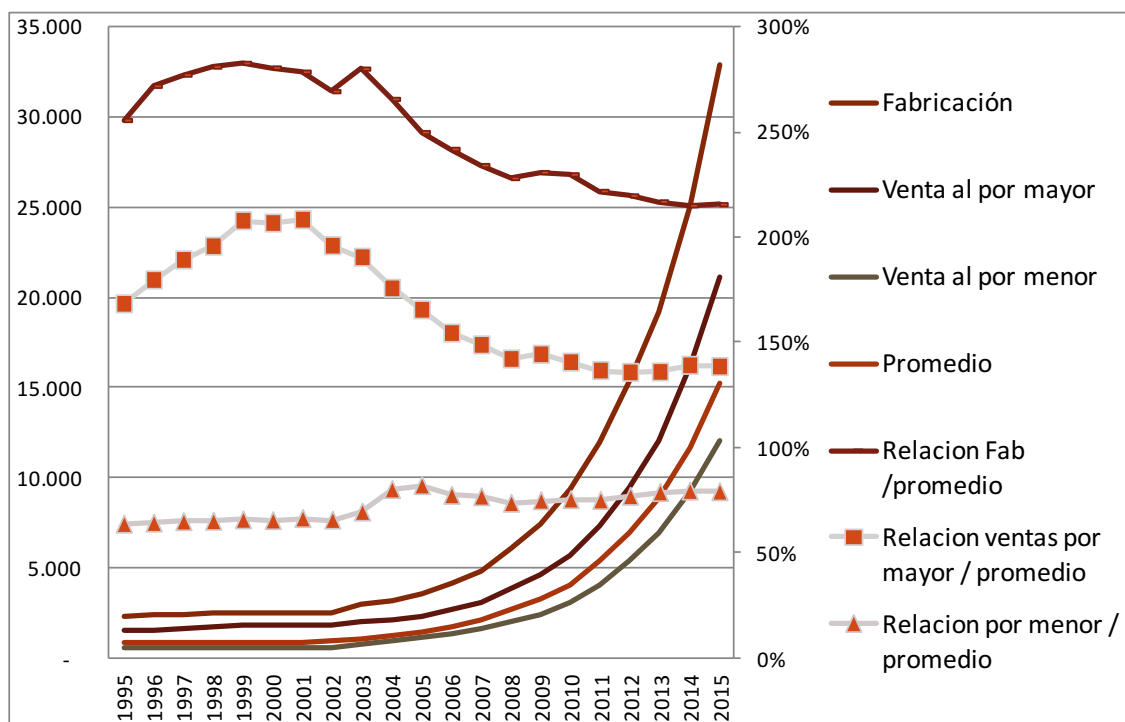
Según calificación de la tarea	Clásicas	Multinacionales	Innovadoras	Total dinámicas	Total Industria (EIL)
Profesional	23,8%	30,2%	37,1%	26,6%	9,4%
Técnico	24,1%	23,3%	32,6%	25,4%	21,6%
Calificación Operativa	34,6%	34,9%	14,6%	31,3%	47,9%
Sin Calificación	17,5%	11,6%	15,7%	16,8%	21,0%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: Tumini (2008). Ministerio de trabajo de la Nación.

Los datos previos muestran la calificación de los trabajadores comparada en diferentes categorías de empresas farmacéuticas y con el Total de la Industria, vemos que se destaca por el alto nivel de profesionalización y técnico de sus trabajadores.

Si la industria tiene alto dinamismo tecnológico, un perfil de personal calificado y elevado nivel de formalidad no sorprende que ello se traduzca en salarios que superen el promedio industrial.

Gráfico Nro. 16. Variación de los salarios de los empleos registrados de la Industria Farmacéutica y del Total de las Industrias



Fuente: Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social de la Nación, Observatorio de empleo y dinámica empresarial.

En síntesis

La oferta de medicamentos se destaca –más allá de su aspecto de aprovisionamiento de un bien altamente sensible desde la mirada social- como un sector que:

- ***tiene un nivel de facturación que lo ubica dentro de los primeros sectores dentro de la industria local;***
- ***fuerte presencia de firmas de capital nacional;***
- ***marcada concentración productiva, especialmente a medida que se analiza submercados particulares (marcadamente en los medicamentos de recientes lanzamiento y afectados por el cambio técnico);***
- ***integración vertical entre producción y comercialización mayorista; marcada desconcentración en el comercio final (farmacias) acrecentado por su cobertura geográfica;***
- ***presencia de un extenso marco regulatorio a nivel técnico-sanitario y escasa intervención económica (mas allá de inducciones al uso de genéricos y/o mecanismos de compras por parte de OS estatales);***
- ***fuerte y variada inserción externa; a nivel de exportaciones es un sector relevante a la vez que evidencia una clara dependencia externa que termina traducándose en un desequilibrio de balance comercial;***
- ***se trata de una actividad altamente profesionalizada con remuneraciones superiores al promedio industrial y de cierta cuantía numérica***

Sección 3. La Demanda de Medicamentos: Sector público, Obras Sociales Nacionales, INSSPJ y pacientes

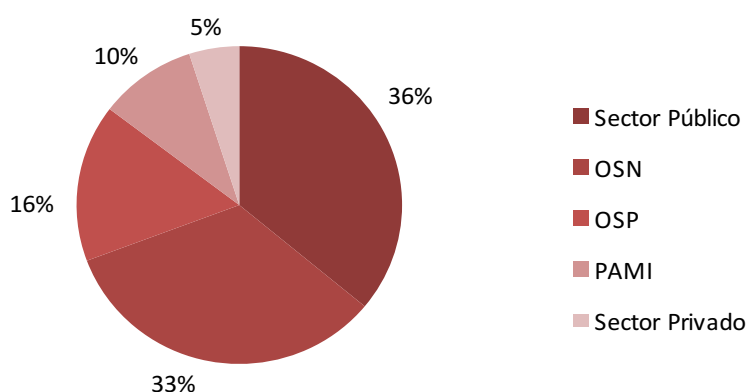
3.1 Cobertura de Medicamentos en Argentina.

Cada persona en nuestro país tiene acceso a medicamentos, en función del tipo de institución que le da cobertura de salud y sus ingresos disponibles para hacer frente al gasto adicional, si la cobertura no es del 100%. Así la demanda de medicamentos se relaciona estrechamente con el modelo de cobertura de salud.

El sistema de salud de nuestro país está fragmentado en varios subsectores los cuales financian y prestan servicios de salud y sin una rectoría (mas allá de lo formal) que regule su organización. La gestión de servicios sanitarios se reparte entre distintos proveedores y financiadores con reglas de acción diferentes: el sector público, la seguridad social, y el sector privado. Se estima que la población que posee cobertura explícita representa el 64% de la población, alrededor de 28,2/44,5 millones de habitantes (2016). Dentro de este segmento, el 59% posee cobertura exclusiva de la Seguridad Social y un 7% adicional accede a la medicina prepaga mediante el pago voluntario de seguros. Habiendo superposiciones: dobles y hasta triples coberturas; no existiendo un padrón único de beneficiarios.

Mientras que el conjunto de las OSN cuenta con cerca de 14 millones de beneficiarios, solamente el PAMI suma 4,9 millones, constituyéndose en la obra social más importante del sector. Las obras sociales provinciales suman en total 7,1 millones de afiliados, siendo el IOMA la de mayor tamaño con cerca de 2,5 millones. Por último, la medicina prepaga brinda cobertura a aproximadamente 2,2 millones de afiliados. Se debe considerar un porcentaje importante de beneficiarios con doble cobertura (cerca de 2 millones de afiliados), por lo cual la suma simple de cada subsector sobrepasa los porcentajes establecidos en el gráfico. Por su parte una parte de los beneficiarios de mayores ingresos acceden a la medicina prepaga a través de Obras Sociales.

Gráfico Nro. 17. Cobertura poblacional por sectores. Argentina 2010.



Fuente: Elaboración propia en base a MSAL (2010).

*El 100% de la población es cubierta por el Sector Público, el gráfico muestra el porcentaje que solo accede a este tipo de cobertura.

Es preciso aclarar que la existencia explícita de cobertura por lo tanto no siempre garantiza el acceso (porque no se cuenta con los recursos o por otros tipos de barreras)²⁵.

En general, los seguros sociales (obras sociales nacionales, provinciales, PAMI, etc.) tienen una cobertura mayor a la del sector público. Aquí es importante notar que es prácticamente imposible conocer cuál es la cobertura efectiva, dado que cada Ministerio de cada provincia y en algunos casos los municipios, tiene programas propios que se superponen o complementan con los nacionales. Además, cada seguro social cuenta con un programa propio de cobertura, en el caso de las OSN regulado por la Superintendencia de Servicios de Salud (SSS), pero en el de las OSP cada una tiene su propio vademécum y convenio con los prestadores. Adicionalmente, en algunos casos, se accede a través de la Justicia (Recursos de Amparo) o vías de excepción.

A partir de este modelo de cobertura de salud, existen múltiples rangos de cobertura en lo referido al costo del medicamento por parte del paciente.

En el Sector público los medicamentos del nivel ambulatorio son cubiertos en buena medida por el programa REMEDIAR (ahora CUS Medicamentos), mientras que algunos de alto costo (oncológicos) y crónicos (para el Asma o DBT) en general los cubre la respectiva provincia, y otros de alto costo como VIH son financiados por Nación, a través de un Programa Específico. En estos casos son financiados al 100% por el sector público.

Como hemos comentado previamente, la demanda de medicamentos es decidida esencialmente por los médicos (prescripción en los servicios de consulta y atención ambulatoria, hospitalización y rehabilitación).

También los usuarios inciden directamente sobre la demanda, cuando deciden adquirir un medicamento por voluntad propia (automedicación), se ha mencionado que 1 de cada 4 medicamentos que se venden son de venta libre. Esta situación denota la inexistencia de un sistema masivo de seguridad social en salud que garantice acceso a los medicamentos y la tolerancia con la venta libre²⁶ de medicamentos de prescripción obligatoria (OMS, 2001). En función del tipo de medicamentos (venta libre o prescripción obligatoria), la demanda generada por los usuarios proviene de la automedicación o la auto-prescripción.

La demanda depende también del ingreso de las personas, de los precios de los medicamentos, de los mecanismos de financiamiento, de la estructura de la oferta, de las regulaciones para el acceso, del manejo y uso de los medicamentos, así como del perfil epidemiológico de la población.

Las diversas coberturas sanitarias y dentro de estas la de los medicamentos torna impreciso el cálculo del gasto total y de la real cobertura prestacional (respecto del pago de bolsillo de los pacientes). Examinaremos una aproximación a este problema.

²⁵ Un estudio del PAMI demuestra que a un tercio de los afiliados no se les realizó ninguna receta durante el año 2015; se esperaría que fuera diferente dado el perfil epidemiológico de la población PAMI (edad avanzada).

²⁶ Por cuestiones de alcance en este estudio no hemos abordado con profundidad este mercado, aunque se lo considera relevante desde el punto de vista tanto económico como sanitario.

3.2 Encuestas de gasto en salud y en medicamentos: la demanda revelada.

La eficiencia del sistema de salud para cubrir riesgos puede analizarse a partir de la carga financiera por gastos en salud que tienen los hogares, como se distribuye esta carga por niveles socioeconómicos y cuál es su evolución temporal.

La Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación (2005 y 2010) presentó información sobre la asignación de recursos en salud por parte de las familias y el peso relativo del gasto en medicamentos.

Según esta encuesta, el componente más importante del gasto de bolsillo en el sector salud, es el gasto en medicamentos que da cuenta de un 44% del gasto total. El segundo rubro del gasto de bolsillo lo conforma la afiliación voluntaria (17%).

Gráfico Nro. 18. Montos y porcentajes de gastos en salud, por tipo de gasto, Argentina, 2010

Distintos rubros de gasto en salud	Monto de gasto	% de cada gasto en el total	% de cada gasto s/total sin afiliación	Promedio de gasto poblacional (en \$)
Afiliación voluntaria per cápita	559.029.673	16,8		15,42
Consulta médica	184.365.686	5,5	6,7	5,08
Análisis, estudios	128.303.997	3,9	4,6	3,54
Tratamientos	35.822.489	1,1	1,3	0,99
Consulta al dentista	376.186.133	11,3	13,6	10,37
Consulta al psicoterapeuta	98.959.187	3,0	3,6	2,73
Consulta a otros profesionales	24.739.825	0,7	0,9	0,68
Medicamentos	1.467.327.722	44,1	53,0	40,47
Internación (mensualizado)	74.224.757	2,2	2,7	2,05
Otros gastos (gasas, anteojos)	361.700.987	10,9	13,1	9,98
Prácticas alternativas (mensualizado)	18.084.850	0,5	0,7	0,50
TOTAL	3.328.745.306	100,0	100,0	91,80
TOTAL SIN AFILIACIÓN	2.769.715.633			76,38
Población	36.260.130			

Fuente: MSAL (2010). III Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, MSAL, 2010

En la comparación de datos de 2005 con los resultados de 2010, si bien el total de gasto aumentaba el 53%, el de medicamentos lo hizo en 73%, frente a un 30% de crecimiento del gasto en consulta médica. Los dos gastos que menos crecen son el de análisis, tratamientos e internaciones (28%) y la afiliación (21%).

Gráfico Nro. 19. Cocientes de los gastos en salud de los sectores de ingresos familiares más altos (quintil 5) en los gastos de los de menores ingresos (quintiles 1 y 2)

Tipo de gasto	Q5 / (Q1+Q2) 2010
Afiliación voluntaria	6,0
Consulta al médico	1,8
Consulta al dentista	5,8
Consulta a otros profesionales	5,0
Análisis, tratamientos, internaciones	3,9
Medicamentos	1,4
Otros gastos	1,7
GASTO TOTAL	2,4

Fuente: III Encuesta de Utilización y Gasto en Servicios de Salud, MSAL (2010)

El análisis por quintil de ingresos muestra que, si bien el quintil de más altos ingresos familiares gasta en salud 2,4 veces lo que gasta el quintil de menores ingresos familiares, estas diferencias son más relevantes (unas 6 veces) para el gasto en afiliación voluntaria, seguido por la consulta al dentista (5,8) y por la consulta psicoterapéutica (5 veces). En medicamentos la distancia es menor (1,4 veces), lo que indicaría el bajo nivel de elasticidad ingreso de estos bienes.

Por ello, la porción de medicamentos en el gasto total en salud es mayor para los grupos más pobres (58%) que para el quintil de mayores ingresos (38%), lo que indica el grado de regresividad del gasto en medicamentos (además en algunos casos podría no acceder ya que el gasto superaría el total de sus ingresos).

De la misma manera, el gasto en salud del primer quintil (ingresos más bajos) da cuenta del 6% del total de ingresos de dicho quintil. Para el 2° es de 3,7%, para el 3° de 3,1%, para el 4° de 2,4% y para el quinto (nivel más alto de ingresos) un 2%. Esto indica también la baja elasticidad ingreso de los “bienes”, es decir su condición de “bienes necesarios”.

3.3 Componentes de la Demanda: Las Obras Sociales Nacionales (OSN).

Una parte relevante de la demanda se encausa a través de las compras de las OSN. Son casi 300 instituciones definidas originalmente por actividad productiva que agrupan a los trabajadores del ámbito de la entidad sindical,²⁷ pero que desde la década de los años 90 permite el traspaso de afiliados (esto ha generado lo que se denomina descreme), ya que los afiliados de mayores ingresos han sido captados por OS cuyo

²⁷ Cubren a alrededor de 14 millones de beneficiarios (SSS, 2016). Su financiamiento proviene de una carga sobre el salario, por el cual el trabajador aporta el 3% de su ingreso y 6% constituye el aporte del empleador. Las Obras Sociales Nacionales son reguladas por las Leyes 23.660/88 y 23.661/89, y poseen un ente rector con facultades legales de regulación, control y sanciones (Superintendencia de Servicios de Salud- SSS-). La SSS aboga por el cumplimiento de la normativa vigente y el estado de situación financiera de las entidades.

ingreso promedio es mayor al de la de origen, generando el desfinanciamiento de estas últimas.

La definición explícita de las prestaciones que deben brindar las OSN, surge del Programa Médico Obligatorio (PMO) mediante el Decreto 492/95 (luego modificado en reiteradas oportunidades) que se establece para el conjunto de todas las obras sociales nacionales y prepagas. Es decir, las OSP quedan afuera de este programa y la explicitación de su cobertura depende de la regulación de cada jurisdicción provincial.

El PMO constituye un listado muy extenso de prestaciones, abarcando prácticamente todas las intervenciones médicas aceptadas científicamente, con excepción sólo de tratamientos en fase de experimentación y estética (Colina, 2008)²⁸.

La normativa obliga a los Agentes del Sistema Nacional del Seguro de Salud (OSN y Prepagas) a realizar descuentos sobre el PVP de medicamentos de acuerdo con el tipo de medicamento:

- Ambulatorios, 40%
- Patologías crónicas prevalentes, 70% y 100%²⁹

Conforme a un precio de referencia y para las formas farmacéuticas, concentraciones y presentaciones de los medicamentos explicitados en sus anexos. La normativa detalla el listado de medicamentos de cada una de estas categorías. Cabe aclarar que, si el paciente elige otra marca más cara que la del precio de referencia, el descuento será inferior. Asimismo, se detallan los medicamentos a ser cubiertos en un 100%:

- Medicamentos suministrados durante la internación
- Medicamentos particulares:
 - Eritropoyetina (Insuficiencia Renal Crónica)
 - Dapsona destinada (lepra en cualquiera de sus formas clínicas)
 - Medicamentos para uso oncológico
 - Inmunoglobulina (antihepatitis B)
 - Drogas para el tratamiento de la tuberculosis
 - Cobertura de insulina (100%) (Resolución 301/99 MSyAS)
 - piridostigmina (comp. 60mg), Miastenia Gravis (Resolución 791/99 MSyAS)
 - Anticonceptivos (Ley 25.673 (Salud Sexual y Procreación Responsable)
 - Medicación de soporte clínico de la quimioterapia
 - Medicación analgésica destinada al manejo del dolor de pacientes oncológicos

28 De acuerdo con la Resolución 310/2004, el PMO tiene dos implicancias directas respecto al consumo de medicamentos, ya que impone distintas escalas de descuentos (mínimos) para el acceso a los medicamentos por parte de los beneficiarios del sistema y el cumplimiento de prescribir los medicamentos por su nombre genérico, de acuerdo con los principios y mecanismos establecidos en la Ley No 25.649 y su Decreto Reglamentario.

²⁹ Ver Resoluciones 310/SSS/04; 1156/SSS/14

Por último, tendrán cobertura del 100% para los beneficiarios y apoyo financiero del Fondo Solidario de Redistribución los Medicamentos Especiales, de acuerdo con el listado de la Resolución 1048/2014 de la Superintendencia de Servicios de Salud del MSAL a través del mecanismo financiero Sistema Único de Reintegros (SUR).

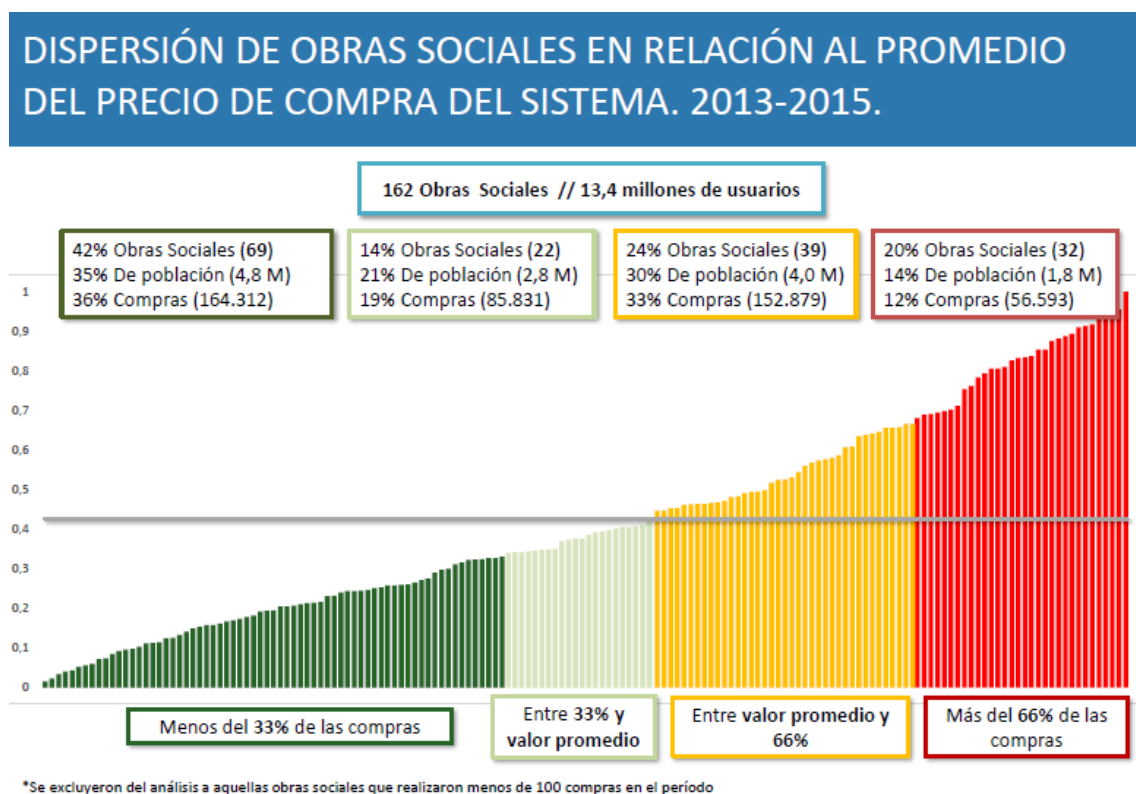
El Sistema Único de Reintegros (SUR), se crea “para apoyar financieramente a los Agentes del Seguro de Salud en el reconocimiento de las prestaciones médicas de baja incidencia, alto impacto económico y las de tratamiento prolongado “(SSS, 2014).

El SUR constituye un avance respecto al mecanismo de reintegro anterior, la Administración Prestaciones Especiales (APE), al hacer explícitas las prestaciones que serán reembolsados a las OSN. La lista de prestaciones fue actualizada en resoluciones posteriores (Res. 1048/14). Se establece también un listado de medicamentos, con precisiones respecto del tipo de enfermedad, edad, etiología y tratamiento, sobre las cuales los Agente del Seguro de Salud podrán pedir reintegros. También fueron actualizados los valores máximos de recupero.

El mecanismo de reaseguro opera mediante un esquema de reconocimiento de gastos discrecional y sujeto a la disponibilidad de recursos. La Resolución No 1561/12, crea el Procedimiento de Autorización de Reintegros del Sistema de Tutelaje de Tecnologías Sanitarias Emergentes, con el objeto de velar por la adecuada utilización de las innovaciones tecnológicas en materia de Salud.

De acuerdo con un informe del Observatorio de Precios de la Superintendencia de Servicios de Salud, existe un alto grado de variabilidad en el precio pagado por un mismo medicamento por las Obras Sociales en el marco del Sistema SUR.

Grafico Nro. 20.



Fuente: Observatorio de Precios de Medicamentos. SSSalud. 2017

Para el resto de los gastos catastróficos no cubiertos, el dispositivo deja de funcionar quedando todo el riesgo a cargo del seguro de salud. De esta manera no se garantiza la suficiencia de los recursos de las obras sociales ante algunos de los problemas que implica el financiamiento de las enfermedades que requieran tecnologías de alto costo.

Las Obras Sociales Nacionales requieren realizar un gasto per cápita mensual en medicamentos de \$127 para alcanzar la cobertura prestacional del PMO (Van der Kooy et al, 2016). Esta cápita representaría para el universo de 14 millones de beneficiarios promedio por año, un gasto de 21,4 mil millones. Este valor podría fluctuar entre las OS de mayores ingresos y las de menor recaudación. Según el mismo estudio, solo el 65% de las obras sociales alcanzan con sus ingresos el valor del PMO, aun después de la distribución de subsidios (SUMA, SUMARTE, SANO).

Cuadro Nro. 3 Gasto mínimo en Medicamentos de Obras Sociales y Afiliados, según el PMO

Medicamentos	Obra Social	Afiliado
Ambulatorios	35,9	40,5
Oncológicos	20,6	
HIV	4,7	
Otros de Alto Costo	25,6	
Sub-Total	86,8	40,5
Total	127,2	

Fuente: Van der Kooy 2016

En definitiva, se trata de una cobertura más formal que real ya que las reglas de financiamiento no contemplan los mecanismos que garanticen que estos derechos puedan ser llevados a la práctica.

Convenios con la Industria. Las OSN habitualmente se abastecen de medicamentos a través de convenios. Los convenios son acuerdos entre las OSN y prepagas y un proveedor, para la provisión de los medicamentos a sus afiliados, en base a listados de los mismos y con la condición de descuentos determinados. La mayoría de las OSN realizan convenios de abastecimiento de medicamentos a través de la figura de las mandatarias o gerencadoras.

Las mandatarias –como se expresara previamente- son empresas especializadas en administrar y proveer cobertura farmacéutica a agentes de la seguridad social. Los principales servicios que ofrecen a los financiadores son: i) Vademécum; ii) Red de farmacias y iii) auditoría y control del convenio

La provisión de medicamentos cuenta con el listado de medicamentos (vademécum) de la lista de laboratorios que integran el acuerdo con la mandataria. Estos medicamentos, son en términos generales más caros que los “genéricos” pero muchas veces asumen descuentos superiores a los que obliga el PMO y resultan más atractivos que los de prescripción por nombre genérico.

Las mandatarias, poseen a su vez arreglos comerciales con redes de farmacias en todo el país. De este modo es posible armar una cartilla de farmacias “a medida”, según el

número, distribución geográfica, cobertura de turnos y características generales elegidas por cada cliente.

Resulta un aporte a la fragmentación general del sistema de salud que los afiliados tengan, en cada caso, un listado de comercios habilitados, con un sistema de descuentos de acuerdo con qué plan cada uno esté adherido.³⁰

El trabajo de las mandatarias incluye el servicio de negociación de pagos y plazos por farmacia, y además de la auditoría para el cumplimiento de los contratos.

Cobran sus servicios por medio de distintas formas. Una de las más extendidas es el sistema de “cápita” por medio del cual la mandataria recibe de la prepaga u obra social un monto determinado de dinero por afiliado.

Otro tipo de contrato “por prestación” es aquel en que 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.

Formación del precio de los medicamentos y OSN.

El esquema de cobertura que se presenta a continuación es el predominante para la seguridad social, el precio de venta al público es fijado por el laboratorio (PVP), quien luego hace descuentos al resto de la cadena para su venta, luego el consumidor paga una parte del Precio de Venta al Público, y la cobertura es compartida entre la farmacia y la Obra Social.

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. El laboratorio es quien determina el margen de ganancia total del producto en toda la cadena de comercialización (Gráfico Nro. 20).

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

³⁰ Esta situación conduce a la existencia de diferentes listados o *vademécum* que proliferan a lo largo de todo el país con diversidades de coberturas, acceso y participación de los laboratorios, condicionando el funcionamiento y la lógica interna de las empresas en materia comercial.

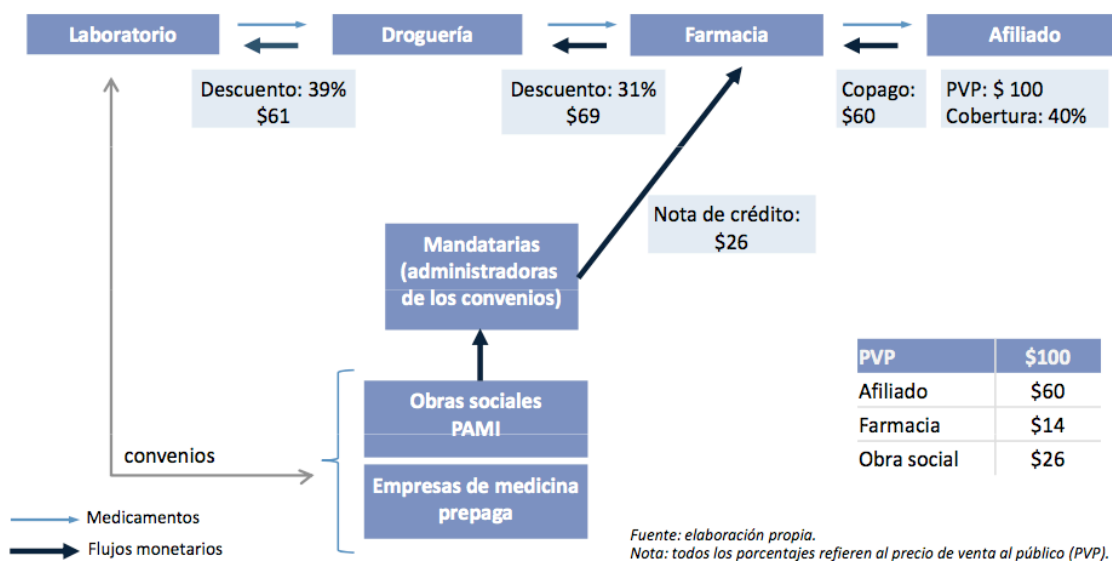
locatarios en el caso de la fabricación por encargo”. De esta forma al Precio Salida Laboratorio se le debe adicionar el 21% de IVA, y en las etapas subsiguientes, la venta de Droguerías a Farmacias y Farmacia a Público, no tributan, constituyendo el IVA para las Droguerías un costo a absorber, no trasladable.

Las droguerías compran dichos productos con un descuento preestablecido y fijo del 31% 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 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.

Gráfico Nro. 21. Esquema de Financiamiento de medicamentos con cobertura



Fuente: MECON (2015)

3.4 Componente de la demanda: El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (PAMI).

El Instituto Nacional de Servicios Sociales para Jubilados y Pensionados (INSSJYP, 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. Por su

parte el presupuesto 2017 se aproxima a los \$117 mil millones. Medido en términos per cápita representaría \$23.600 anuales.

De acuerdo con los datos de la Cuenta Inversión del Presupuesto Nacional, el 85% de los recursos son transferidos al Sector Privado, donde se incluye el destino medicamentos, aunque no desagrega su participación relativa. Estas dimensiones económicas lo transforman en el mayor comprador de medicamentos de Argentina, representando alrededor del 35-40% del mercado total.

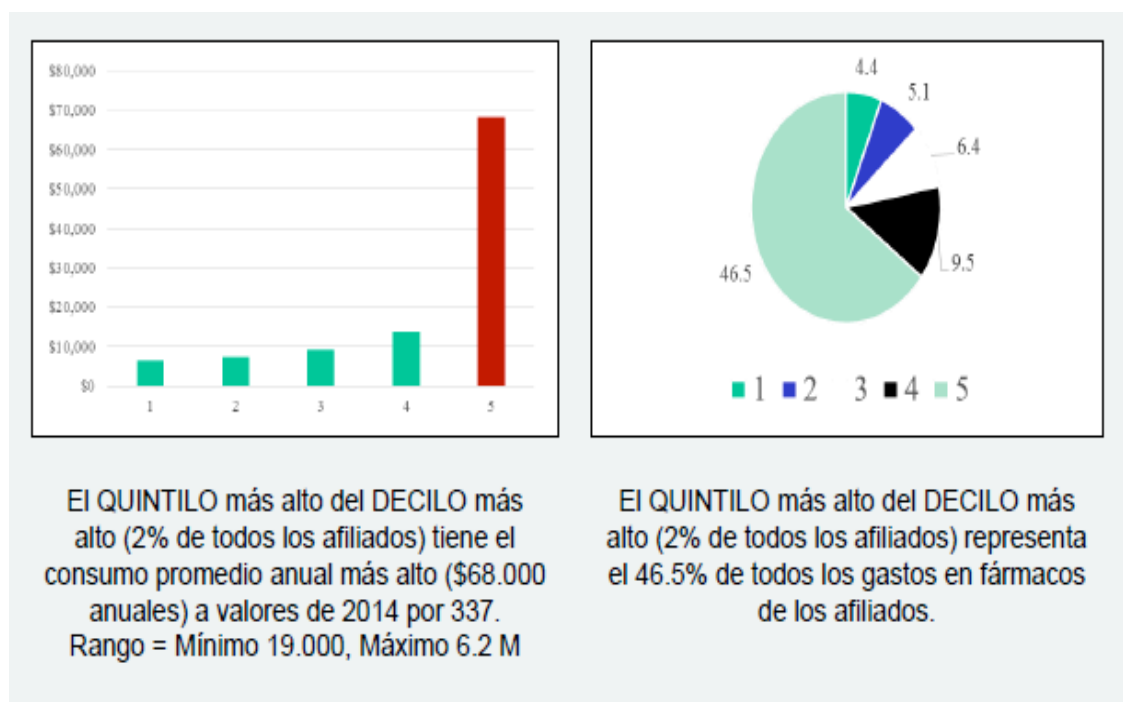
Cobertura en medicamentos. Los niveles de cobertura de medicamentos son los siguientes:

- 50% de descuento para los medicamentos para patologías agudas.
- 50% a 80% de descuento para los medicamentos para patologías crónicas.
- 100% de descuento para hipoglucemiantes, insulina y tiras reactivas.
- 100% de descuento para medicamentos oncológicos, HIV y otros tratamientos especiales.
- 100% de descuento para medicamentos para afiliados con discapacidad.
- 100% a través del Subsidio Social para medicamentos ambulatorios.

De acuerdo con un estudio propio sobre el consumo de medicamentos de los beneficiarios del INSSJYP (se identificaron a un total de 4.439.678 afiliados que fueron seguidos por un año calendario en su consumo de fármacos) surge que:

- **3.014.948 (68%)** consumieron al menos un fármaco y **1.424.730 (32%)** no consumieron ningún producto.
- Entre las personas que consumieron fármacos, el INSSJP financió la compra de un total de **132.891.122 dispensas**, de las cuales **80.705.269 (60%) fueron financiadas al 100%**.
- El gasto en medicamentos alcanza a \$27 mil millones (2016), correspondiendo casi la mitad del gasto a medicamentos ambulatorios subsidiados.
- Como se muestra en el gráfico 21 el gasto en medicamentos se concentra en pequeños grupos de población y se relaciona con las patologías que requieren medicamentos de alto costo.

Gráfico Nro. 22. Consumo de Medicamentos de Afiliados de PAMI, por quintiles y deciles.



Fuente: PAMI (2017).

El sistema de compra de medicamentos de PAMI: El Convenio INSSJYP / Industria y la Resolución 337/2005. En el año 1997 se firmó el Convenio de PAMI con las Cámaras de la Industria Farmacéutica (CILFA y CAEME) -luego ingreso COOPERALA- para la provisión de medicamentos a los beneficiarios del INSSJYP. 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- al 30-40 % en la actualidad.³¹

El Convenio PAMI-INDUSTRIA, acuerda la figura de administrador, quien recibe los fondos del Instituto y transfiere los recursos a los Laboratorios y Farmacias según corresponda, en función de los descuentos de acuerdo con los tipos de medicamentos dispensados.

El precio de venta al público de cada medicamento es determinado por cada laboratorio, y sobre ese precio se acuerdan descuentos a las droguerías y farmacias, como se presentó anteriormente.

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.

³¹ Si adicionamos el Convenio de las Obras Sociales Nacionales y algunas Provinciales como IOMA con PRESEFAR administran el 62 % del mercado a través del Convenio.

“El Convenio no es de prestaciones farmacéuticas, porque los prestadores subcontratan a las farmacias, pero los tomadores del Contrato (CAEME, CILFA y COOPERALA) son los fabricantes/productores de los medicamentos, y por ende no pueden estar a cargo de la gestión de las prestaciones. No pueden, pero están. El Convenio está administrado por FARMALINK SA (que es la propia Industria) y por el CAMOyTE (Centro de Autorización de Medicamentos Oncológicos y Tratamientos Especiales) que autoriza acriticamente tratamientos para regímenes especiales de cobertura y carteliza la provisión de medicamentos de alto costo llamados 'especiales' “(IEPS, 2016).³²

Algunas consideraciones sobre el último Convenio firmado. El convenio vigente hasta 2018, prevé que el mecanismo de pago será por producto a precio publicado por el Manual Alfabeta con diferentes tipos de descuento de acuerdo con el medicamento, que van desde el 35 al 56% del PVP³³.

El Convenio no fija precio, los precios son definidos por el “mercado”. Incluye una cláusula de ajuste para salvaguardarse del aumento de precios, ya que en caso de que el aumento sea mayor al de la Inflación general publicada por INDEC, la industria se compromete a realizar un descuento adicional que prácticamente anula el efecto del aumento del precio. En todos los casos se toma como precio base el del medicamento a inicios de 2017, o 31/01/2016 (corregido por un 27%). De este modo intenta protegerse financieramente, frente a un mercado que se caracteriza por sus fallas, como ha sido explicado anteriormente.

A los afiliados los protege financieramente al 100%, en todos los grupos a excepción de ambulatorios y Clozapinas. En este caso serán ellos los que deban cargar con el aumento del precio, a través de su copago. Aunque pueden trasladarlo al PAMI, en función de lo establecido por la Resolución 337/2005. Además, prevé un mecanismo adicional para la compra de medicamento por vía de excepción.

Los mayores riesgos financieros para el PAMI provienen del tipo de Convenio, que no establece limitaciones en cantidades y uso (aunque esta gestión se realiza internamente a través de restricciones para la prescripción), y de acuerdo con informes no publicados, un tercio de los beneficiarios no habría comprado medicamentos durante el año de estudio, por otro lado, los precios ya recogen en general la inflación del rubro ocurrida desde finales de 2015 a la fecha.

En el Convenio además se establece que el descuento al PAMI será el mayor que para cualquier tipo de comprador (aunque solo habla de seguros y no de compras del sector publico). Establece los mecanismos para altas y bajas del Vademécum y los aspectos administrativos legales para la gestión del Convenio, por ejemplo, plazos para realizar los pagos, débitos, etc.

Entre estos últimos se destaca la inclusión en el Convenio (participación institucional) de las farmacias a través de su organización que las agrupa COFA. Este es un aspecto clave para este colectivo, dada el riesgo que supone para ellos, la introducción de

32 El último acuerdo firmado es del 27 de enero de 2017 y prórroga el convenio original firmado el 31 de mayo de 2002, hasta el 31 de marzo de 2018. La revisión de dicho convenio está aún en curso.

33 A continuación, se explica con mayor precisión para cada grupo de medicamentos, ya que en algunos casos el descuento es sobre el precio promedio de un grupo de medicamentos.

cadena de farmacias, además de manifestar que los Convenios existentes las perjudican por la bonificación a la cuales quedan “sometidas”.

Descuentos por grupo de medicamentos

Ambulatorios y Clozapinas: El PAMI pagara un 62% del PVP menos el copago que paga el afiliado. El Copago fluctúa entre 20% y 50%. La industria hará un descuento por variación del precio de este tipo de medicamentos. Esta compensación toma como referencia el precio al 31/12/2016. La fórmula relaciona la inflación general con la del medicamento que está cubriendo y protege financieramente al Instituto de cambios significativo en el precio encima de la inflación general. Aunque ese aumento recaerá sobre los usuarios, salvo que utilicen el mecanismo de subsidio establecido en la Resolución 37³⁴.

Antidiabéticos Orales y Accesorios: Son dispensados sin cargo para los afiliados. PAMI paga el 62% del PVP. La formula relaciona la inflación general con la del medicamento que está cubriendo y protege financieramente al Instituto de cambios significativo en el precio más allá de la inflación general.

Tiras reactivas: Son dispensados sin cargo para los afiliados. PAMI paga el 55,6% del PVP. La industria hará un descuento por variación de este tipo de medicamento. En este caso la compensación toma como referencia el precio al 31/01/2016 más 27% o el PVP que surja del Anexo XVIII.

Insulinas: PAMI paga el 55% del PVP. Son dispensados sin cargo para los afiliados. La industria le hace el mismo descuento por inflación.

Oncológicos y tratamientos especiales: Son dispensados sin cargo para los afiliados. El PAMI pagará el precio sugerido en el Manual Alfa Beta, menos un promedio de 50%, sobre el monto total a pagar por el segmento, independientemente del descuento particular de cada medicamento. Para el descuento por inflación, se toma como referencia el precio al 31/01/2016 más 27% o el PVP que surja del Anexo XVIII.

Suplementos nutricionales: Son dispensados sin cargo para los afiliados. El PAMI pagará el precio sugerido en el Manual Alfa Beta, menos un 35 o 42%, ya sean suplementos orales o enterales. Contiene una fórmula para la compensación por si aumenta el precio del medicamento. Esta compensación toma como referencia el precio al 31/01/2016 más 27% o el PVP que surja del Anexo XVIII.

Factores de coagulación o hemofilia: Son dispensados sin cargo para los afiliados. El PAMI pagará el precio sugerido en el Manual Alfa Beta, menos un de 56% del precio promedio. Contiene una fórmula para la compensación por si aumenta el precio del medicamento. Esta compensación, es diferente al resto ya que toma como referencia el precio menor entre el precio al 31/01/2016 mas 27% y el PVP que surja del Anexo XVIII o el Precio Promedio Simple de los PVP.

Medicamentos Resolución 337: Son dispensados sin cargo para los afiliados. El PAMI pagará el precio sugerido en el Manual Alfa Beta, menos un 44,5% hasta un máximo de 5,5 millones de medicamentos dispensados mensualmente. Superado ese límite se aplicará un descuento del 38%.

³⁴ Luego se explican los requisitos para acceder al subsidio, que cambiaron en virtud del impacto que tenían sobre el financiamiento del PAMI.

La industria hará un descuento por variación del precio de este tipo de medicamentos. Esta compensación toma como referencia el precio al 31/12/2016.

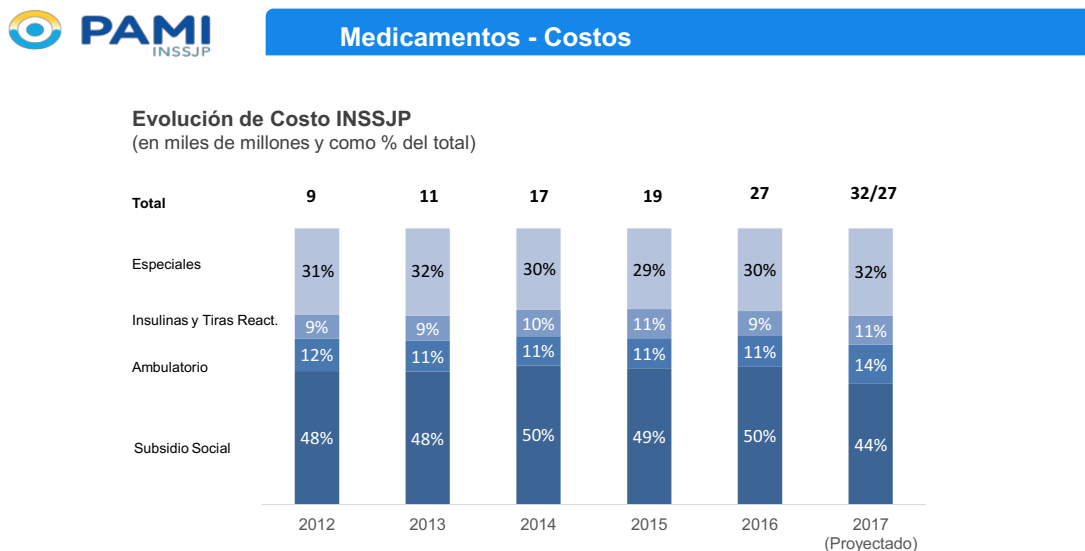
Medicamentos por Vía de Excepción: Por vía de excepción el PAMI podrá autorizar la dispensación de especialidades no incluidas en los Anexos. El PAMI pagara el precio sugerido en el Manual Alfa Beta, menos un 38%. Adicionalmente la industria puede hacer un descuento mayor, pero queda a su criterio.

Las Resoluciones 439/2016 y 005/2017- Bien diseñadas... mal comunicadas? Estas dos resoluciones estuvieron en el centro de la escena cuando se hicieron públicas.

La primera de ella limita el Vademécum retirando de la cobertura del 100% medicamento de baja eficacia clínica. Esto resultaría razonable, desde el punto de vista financiero y sanitario, ya que haría más eficiente al gasto. No estamos en condiciones de evaluar en profundidad, los aspectos clínicos, definidos en conjunto entre el PAMI y el IECS (Instituto de Efectividad Clínico Sanitario) de la decisión, aunque reconocidos actores del sistema apoyaron esta medida.

Por su parte la Resolución 005/2017 establece nuevas condiciones para acceder al Subsidio del 100% en medicamentos. Resultaría también razonable su regulación a la luz del impacto que tenía el modelo anterior, 50% del gasto total en medicamentos. En el grafico 22 podemos apreciar lo mencionado y ademas, la evolucion del gasto en medicamentos. Aproximadamente \$27 mil millones para el año 2016, de los cuales se proyecta reducir la proporcion del gasto en Subsidiados.

Gráfico Nro. 23. Evolución del Gasto en Medicamentos. 2012-2017



Fuente: Presentación del presidente de PAMI (2017). Jornadas de Economía de la Salud 2017.

Las condiciones para acceder al subsidio por su parte también resultan razonables a la vez que dejan abierta la posibilidad de solicitar por vía de excepción. Para acceder a los medicamentos al 100 % de cobertura por razones sociales,

- a) los afiliados al Instituto deberán

- Tener Ingreso menor o igual a 1,5 haberes previsionales mínimos.
- No estar afiliados a un sistema de medicina Pre Paga concomitantemente con la afiliación al Instituto.

b) No encontrarse incurso en alguno de los siguientes supuestos:

- Ser propietarios de más de un inmueble
- Poseer un vehículo de menos de 10 años de antigüedad (a menos que posean un certificado de discapacidad),
- Poseer aeronaves o embarcaciones de lujo.

De no cumplir con los puntos a y b y, **siendo el costo en bolsillo de los medicamentos indicados para su tratamiento igual o mayor al 5% de sus ingresos**, podrá solicitar la cobertura al 100% en medicamentos por razones sociales a través de un mecanismo de vía de excepción.

En síntesis

Por su importancia relativa, alrededor del 35-40% del mercado, el vínculo entre PAMI y la INDUSTRIA define buena parte de los resultados sanitarios y económicos del sector farmacéutico.

A través del Convenio acceden a medicamentos más de 3 millones de afiliados (1/3 de los afiliados) y se da cobertura del 100% a un grupo muy importante de medicamentos, entre ellos los de alto costo y riesgo sanitario.

Por su parte los medicamentos ambulatorios son cubiertos entre el 50 y 80%, aquí radica el mayor riesgo para los afiliados que pueden quedar desprotegidos financieramente ante un aumento acelerado de los precios, el Convenio por su parte protege al PAMI de estos riesgos a través de una cláusula por inflación.

Dos de las últimas medidas tomadas Resoluciones 439/16 y 05/17, racionalizar el vademécum y el mecanismo de acceso a subsidios, desde el punto de vista sanitario y económico resultan "saludables", aunque deberá estudiarse con detalle cual ha sido su impacto.

La falta de acceso a la información hace que esta tarea sea compleja, por lo que se considera oportuno generar mecanismos de mayor acceso a la misma.

Sección 4. El mercado Argentino de los Medicamentos: Gastos, Precios y Volúmenes

Con las características antes señaladas (tanto de la oferta como de la demanda de fármacos) nos centraremos en lo ocurrido en el mercado a lo largo de los últimos años

desde dos perspectivas: la relación del gasto en medicamentos/salud en conjunto y la evolución de precios y cantidades de este último mercado.

4.1 Medicamentos y gastos en salud.

Es preciso aclarar algunas particularidades, antes de analizar las cifras. El gasto total en salud del país en su conjunto se conforma por los gastos estatales y de la seguridad social³⁵ (en sus diversos estamentos) y el gasto privado (“de bolsillo³⁶”); aproximar a ambos tiene sus debilidades: mientras que los primeros van desde lo presupuestado – como flujo y/o gasto de capital- a lo realmente ejecutado, para el caso privado las estadísticas son algo más difusas aún. En otro orden este gasto se compone de flujo y/o saltos (inversiones) en el stock de infraestructura. Como es de esperar en el primero de los casos conforman la caja (cotidiana o mensual) que tiene perentoriedad, mientras que las segundas se amortizan con más plazos.

¿Cuál es la participación del gasto de medicamentos en la cuenta de salud? A falta de información centralizada fidedigna y actualizada aproximamos desde distintas fuentes.

Desde el lado de la demanda, en el caso de los prestadores estatales, -especialmente los hospitales de media y alta complejidad- el tema se percibe de otra forma: los salarios son de planta/contratos y cubiertos por otra vía con lo cual los presupuestos operativos se asignan a gastos corrientes, donde la provisión de medicamentos llega a superar el 25%; esa es la caja cotidiana que maneja un director de hospital para quien los insumos le agotan rápidamente el presupuesto. Y como es de esperar fija la problemática del costo de los fármacos y otros insumos a la cabeza de la agenda.

Otra fuente (relevante por su peso en la demanda total) corresponde al PAMI; de su presupuesto total -\$82.300 millones para 2016- lo asignado a gasto en salud fue de \$ 54.200 millones anuales. Y aproximadamente el 50% del mismo, como hemos visto, se destina a medicamentos.

En el extremo opuesto, las prestadoras privadas tienen otro perfil de gastos, especialmente considerando el esquema de selección adversa que habitualmente aplican. Los datos del Gráfico Nro. 23 señalan una participación del orden del 10/12 %.

³⁵ Para el caso del Gasto del Sector Público y de la Seguridad Social, existen estadísticas, aunque los niveles de apertura de las mismas son escasos. No se cuenta con información sistematizada, en este caso para la cuenta gasto en medicamentos.

³⁶ Se subdivide básicamente en gasto directo y gasto en seguros.

Grafico Nro.24 Estructura de Costos de prestadores privados

COSTOS LABORALES	76,0%
Sueldos	44,6%
SAC y vacaciones proporcionales	4,4%
Contribuciones patronales	11,6%
Honorarios	15,5%
INSUMOS MÉDICOS	13,6%
Imágenes	0,6%
Laboratorio	2,6%
Medicamentos y descartables	10,5%
INSUMOS NO MÉDICOS	5,9%
Alimentación	2,6%
Lavandería y serv. gales	1,7%
Resid. patogénicos	0,6%
Oxígeno	1,0%
SERVICIOS PÚBLICOS	0,7%
Energía eléctrica	0,5%
Teléfono, agua y gas	0,2%
INVERSIONES	3,7%

Fuente: ADECRA (2015).

Si consideramos el gasto total en salud, la participación de los fármacos, medido desde el lado de la oferta (facturación de la industria mas cadena e IVA), representaría aproximadamente el 12,5% del mismo (2015). Se estiman los gastos en medicamentos a partir de la facturación de la Industria según datos del INDEC, que luego se ajustan por IVA (21%) más los costos que adiciona cada tramo de la cadena de comercialización (en el caso de los medicamentos de alto costo se adiciona un porcentaje menor debido a que las ventas son institucionales y no a través de farmacias). Entendiendo que la estimación tiene limitaciones metodológicas, se cree que merece la pena construir el indicador, porque permite una aproximación parcial al comportamiento del mercado, en relación con las variaciones del gasto total en salud.

Pese a que la participación de las ventas en el mercado interno respecto al GTS cae de 14,4 a 12,5 (entre 2011 y 2015) es importante notar que en el mismo período el GTS aumenta 225% y el gasto de PAMI 250%³⁷.

³⁷ <https://www.minhacienda.gob.ar/secretarias/politica-economica/programacion-macroeconomica/gasto-publico-consolidado/>

Cuadro 4. Gasto en Salud y facturación de la Industria

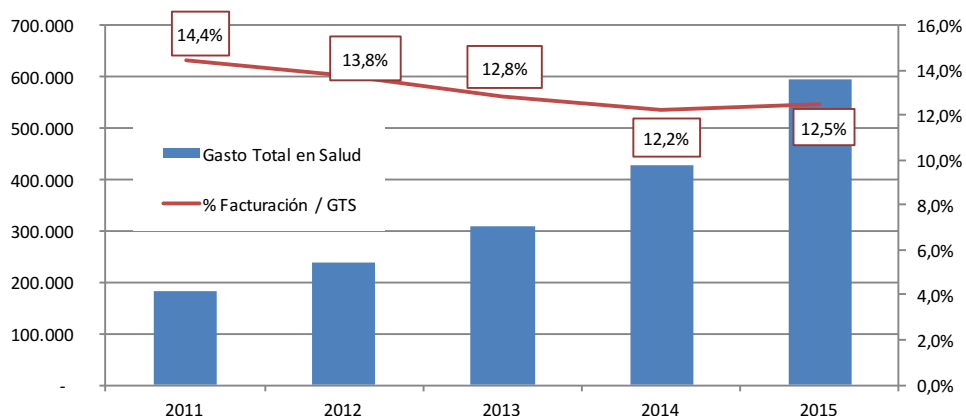
Año	Gasto Publico + SS	Gasto Privado*	Gasto Total en Salud (GTS)	Variación anual GTS	Facturación Medicamento al mercado interno (FM)	Variación anual FM al mercado interno	% FM / GTS
2011	127.753	54.751	182.505		26.343		14,4%
2012	165.832	71.071	236.903	30%	32.679	24%	13,8%
2013	216.398	92.742	309.140	30%	39.575	21%	12,8%
2014	298.992	128.139	427.132	38%	52.222	32%	12,2%
2015	415.091	177.896	592.987	39%	73.924	42%	12,5%

Fuente: Elaboración propia sobre Ministerio de Economía e INDEC.

*se toma el 30% como valor de referencia (Cetrangolo et al, 2017) ya que no se cuenta con estadísticas oficiales desde el año 2001.

Gráfico Nro.25. Gasto Total en Salud y % de Facturación de la Industria al Mercado Interno. Argentina 2012-2015

Gasto Total en Salud, eje izquierdo, en millones
Facturación/GTS, eje derecho, en porcentaje



Fuente: Elaboración propia sobre Ministerio de Economía e INDEC.

4.2 Precios de los Medicamentos: un rompecabezas complicado

Si nos preguntamos acerca de la evolución de los precios de los medicamentos en los últimos años la primera respuesta remite a la inexistencia de una fuente de datos oficial única completa y consistente que brinde la información básica para responder tal cuestión (... y para tener una base sólida para la toma de decisiones políticas). Resulta sorprendente (y preocupante) que para un mercado de esta magnitud económica y sanitaria (recordemos que se comercializan 5.000 marcas y cerca de

30.000 presentaciones diferentes) no exista a nivel estatal registros centralizados con información sobre estos productos.³⁸

A partir de esa realidad se trata -en la presente sección- de recomponer el mapa de precios apelando a información secundaria y/o segmentada del mercado. Usaremos para ello distintas fuentes, aunque imperfectas en materia de cobertura global.

Si el análisis se refiere al monto total del mercado de medicamentos INDEC e IMS³⁹ son las fuentes de referencia; el nivel de cobertura de la información de ambas series es alto y representa buena parte del mercado farmacéutico; los cálculos son de ventas a salida de laboratorio, con lo cual para tener una aproximación del gasto total deben adicionársele los gastos de comercialización. Los datos registrados por el INDEC son a través de su encuesta trimestral a 75 Laboratorios, que representan más del 90% de la facturación. Tomando como referencia el tipo de cambio promedio para el trimestre y los precios a salida de laboratorio (Sin IVA), vemos que existe alguna diferencia con los datos de IMS, representando INDEC entre el 84 y 89% de lo registrado por IMS, también encontramos diferencias, menores, en la evolución de la facturación (variación anual).

Cuadro Nro. 5. Facturación de la industria farmacéutica.

-en millones de dólares y porcentajes-

Año	INDEC	Var. Anual	IMS	Var. Anual	INDEC/IMS
2011	4.332		4.923		88%
2012	4.952	14%	5.577	13%	89%
2013	4.965	0%	5.713	2%	87%
2014	4.375	-12%	5.201	-9%	84%
2015	4.952	13%	5.756	11%	86%

Fuente: INDEC e IMS

Recordando que se trata de estimaciones y que la información no contempla los costos de comercialización, los datos -en dólares- indican -más allá del ajuste por la devaluación del año 2014- un crecimiento de cierta magnitud.

Con ese marco, cabe indagar sobre la evolución de los precios. Para ello se utilizan centralmente dos fuentes de datos: la información desagregada de IMS y los registros del Programa Remediar (IPREMER); en ambos casos se utilizan valores en dólares.

Como lo señala el cuadro siguiente, la evolución de las facturaciones en precios promedios (PP)⁴⁰ han sido crecientes medida en dólar tipo oficial y con fluctuaciones si lo medimos a partir del dólar de "mercado".

³⁸ El uso de índices de precios -más allá de su correcta captación- tiene dos limitaciones para su uso en políticas sanitarias determinadas: i) lo acotado de la muestra; ii) la rigidez que una canasta fija implica para aproximar un mercado con rápidos cambios en el mix de productos.

³⁹ IMS es una empresa privada especializada en el mercado de medicamentos que publica la evolución de precios a salida de droguería para el mercado privado -no incluye licitaciones públicas- con una amplia desagregación por clase terapéutica.

⁴⁰ Se define precio promedio como facturación respecto de unidades dispensadas; no escapa que el uso de esta metodología contiene errores propios de mercados caracterizados por habituales cambios en la composición de lo recetado, pero aún así marca una tendencia de largo plazo.

Cuadro Nro. 6. Evolución de indicadores de la Industria Farmacéutica.2003-2016

-en millones de dólares, millones de unidades, porcentajes-

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: Elaboración Propia, sobre INDEC, IMS, MSAL NACION y BANCO CENTRAL

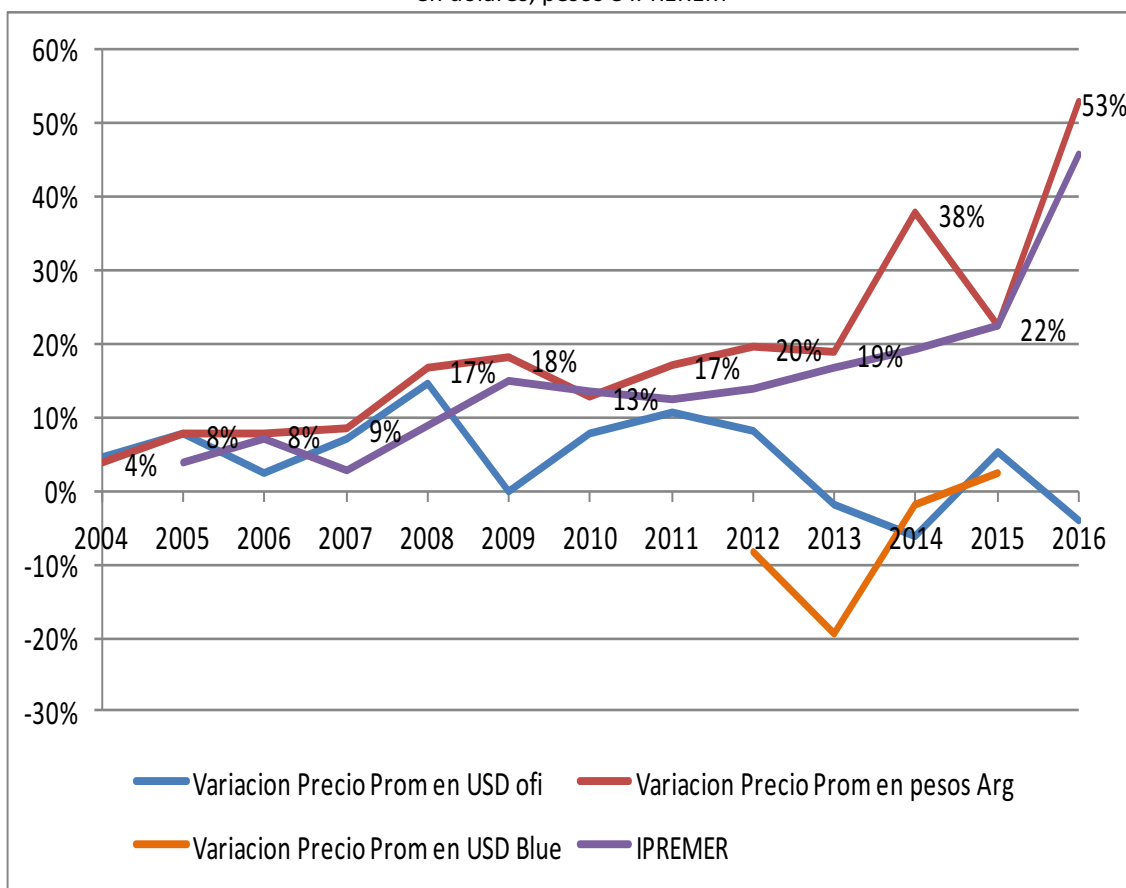
Desagregaremos el análisis de estas fuentes de datos por temas remarcando:

- Medido en dólares es un mercado que ha crecido aceleradamente; mas allá de adelantos/atrasos cambiarios, los valores del último bienio duplican a los registrados una década atrás;
- Algo similar ocurre con el número de unidades promedio; mas allá de las inconsistencias en la comparación debido al cambio de mix de productos, el promedio de los últimos años se ubica en el entorno de los 700 millones de unidades cuando en el promedio de la serie hasta el 2.010 rondaba los 480 millones;
- Si los valores facturados crecen más que las unidades no sorprende que el precio promedio en dólares tenga una tendencia claramente creciente a lo largo de la última década y media;
- Siempre en base a la misma fuente –IMS- los precios promedios medidos en pesos, superan la tasa de inflación; esta tendencia también es refrendada por el indicador IPREREM; particular dinamismo exhibe los valores del último bienio; en general se muestra un aumento sostenido de los precios de los medicamentos desde hace mas de una década, con una aceleración marcada a partir de 2014, que tiene como pico el periodo de finales de 2015 y principios de 2016. Lamentablemente no se cuenta con una canasta uniforme que permita seguir los precios bajo una metodología comparable.

Este último punto luce más evidente desde el gráfico Nro. 26.

Gráfico Nro. 26. Variación en el precio de los medicamentos

-en dólares, pesos e IPREMER-



Fuente: Elaboración propia sobre INDEC, IMS y REMEDIAR

Esta dinámica de precios es refrendada por otras fuentes de información.

En dos informes oficiales, indican una aceleración en la evolución de los precios, en el último bienio, aunque señalando que ya mostraban una aceleración previa. En uno de ellos⁴¹, el indicador se calcula a partir de una muestra de 10 medicamentos, 5 de ellos para patologías crónicas y 5 de alta frecuencia en el consumo⁴², señalándose que para los años 2014 y 2015, hubo una virtual duplicación en los precios (el índice pasó de 285 a 480).

Por su parte un informe interno del Ministerio de Salud (discontinuado) que seguía el precio de los medicamentos publicados en el Manual Farmacéutico, muestra una tendencia similar, aunque con menor aceleración. Lamentablemente pese a ser un informe oficial, solo realizaba el cálculo de los índices a partir de una canasta de medicamentos REMEDIAR (IPREMER) y luego sobre la totalidad de los renglones publicados por el manual (IPPM). En ese informe se destaca que “la evolución de los Índices de Precios para el periodo 2003-2015, muestran una aceleración en el incremento de los precios de los medicamentos. Durante este periodo se registran dos años de fuerte incremento en el nivel de precios: 2014 donde el IPREMER aumentó

⁴¹ Informes de Cadenas de Valor. Salud, Farmacia y equipamiento médico'. Año 1. N 21. diciembre 2016.

⁴² En el caso de los de uso habitual se consideró la amoxicilina, la amoxicilina+clavulánico, ác., cefalexina, clonazepam y diclofenac. Respecto a los medicamentos utilizados para las patologías crónicas fueron considerados el atorvastatin, enalapril, levotiroxina, losarte y simvastatin.

19,80% y el IPPM 22,59%; y 2015 donde se registró un aumento del 45,82% para el IPREMER y del 37,88% para el IPPM". Cabe aclarar que en el informe también se menciona que "La principal variación en los Índices de Precios se registró en el mes de noviembre de 2015 donde el IPREMER aumentó un 12,45% respecto del mes de octubre y el IPPM lo hizo en un 12,07% también respecto del mes previo. En el mes de diciembre se observa otra variación significativa de precios, aunque de menor magnitud. El IPREMER se incrementó un 10,56% mientras que el IPPM aumentó 6,02%; ambos respecto del mes de noviembre de 2015" (Informe de precios de medicamentos IPPM e IPREMER. Febrero 2016. Dirección de Economía de la Salud. Ministerio de Salud de la Nación)

Adicionalmente se han analizado publicaciones de precios correspondientes a la medición realizada por la Ciudad de Buenos Aires y la Provincia de San Luis, correspondientes al período octubre 2013-2016. En el caso de CABA el índice se desagrega por Productos Farmacéutico, y muestra un aumento del 30% interanual 2013 y 2014, un aumento del 34% en el período 2014-2015, para alcanzar su máximo valor 46% en 2015-2016. Mientras que, para San Luis, las variaciones interanuales entre 2012-2016 ha sido 22%, 26%, 24% y 39%

En la misma dirección La Universidad de Avellaneda, ha hecho una medición a partir de noviembre de 2015, "La metodología aplicada para realizar el relevamiento de precios al consumidor consistió en relevar los datos presentados en el reconocido Vademécum de Alfabeta, entre los meses de noviembre de 2015 y agosto del corriente año. En este informe, se registran las variaciones de precios de un total de 123 medicamentos, y registraron un aumento promedio del 59%, guarismo cercano a la devaluación, pero fuertemente por encima del aumento general en el nivel precios. Por su parte, el subconjunto de medicamentos de uso masivo verificó un alza del 64% promedio... "Universidad Nacional de Avellaneda. Observatorio de Políticas Públicas. Modulo de Políticas Económicas. Infografías. Octubre 2016). Otro informe da cuenta de una tendencia similar (Ver Anexo 3).

Por su parte la medición de la asociación de consumidores libres sobre una canasta de 22 medicamentos de alta frecuencia de consumo muestra una evolución del 15% entre nov 2014 y 2015 y de 16% entre nov. 2015 y marzo 2016. Resulta llamativa la diferencial de precios con los informes antes mencionados (Seguimiento de Precios. La Canasta de Medicamentos 2016 en <http://www.hectorpolino.com>).

Finalmente, y como cierre ilustrativo diversos artículos publicados en la página web del Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud (www.ieps.com.ar, 2017), mencionan que:

- a) entre 2016 y 2017 el precio de algunos medicamentos subió más del 500%, que no son la mayoría pero que un grupo de 619 medicamentos tuvo subas de más del 100%.
- b) en el caso de los de venta libre el aumento fue para las marcas mas conocidas entre 100 y 200%
- c) los medicamentos de Alto Costos son 260% más caros en Argentina que en Reino Unido.

En síntesis

Se trata de un mercado con un comportamiento dinámico en materia precios.

Se destaca la falta de registros públicos detallados que permitan evaluar tanto la marcha general del mercado como de las respectivas subclases terapéuticas especialmente aquellas calificadas como críticas por sus precios, relevancias terapéuticas y/o previsible impactos tecnológicos.

Centrado en análisis de lo ocurrido recientemente, se verifica una tendencia de largo plazo a incrementar precios promedios y cantidades que redundan en un gasto creciente; más recientemente las diversas mediciones parciales indicarían un crecimiento por encima de los valores inflacionarios promedios y de las evoluciones salariales

Sección 5. Lineamientos de Políticas sobre medicamentos

Los rasgos estructurales y funcionales que exhibe actualmente el mercado de medicamentos derivan en una serie de distorsiones con sus consecuentes costos sociales. Ello fundamenta –desde una mirada teórica- la intervención pública en diversos aspectos (económicos sanitarios, comerciales, etc.). Empíricamente una mirada retrospectiva de lo ocurrido a lo largo de las últimas décadas denota severos problemas en las propias intervenciones (de las diversas instancias) estatal hecho que deviene en la necesaria reconsideración de las muy diversas políticas que se encuentran en ejecución.

Centrada en la perspectiva económica -no por irrelevantes se dejan de lado consideraciones sanitarias- dada la relevancia industrial de la actividad los cambios deben contemplar no sólo los aspectos relacionados con precios y cantidades suministrada al sistema de salud sino también el aporte de la actividad -en términos de empleo y comercio exterior- al conjunto de la economía (mas aún considerando que se trata de un sector con fuerte presencia de empresas nacionales y un mercado dinamismo tecnológico). Compatibilizar ambos aspectos introduce una restricción adicional al rediseño de políticas públicas en la materia.

Medicamentos seguros, eficaces y con costos adecuados para permitir el acceso universal para todas las patologías es el objetivo teórico e ideal que perseguir; pero las condiciones de partida –al igual que en los análisis del mercado- obligan a optar por objetivos de segundo orden y con cierto grado de posibilidad de alcanzar (por caso una mejor cobertura –a costo razonable- para segmentos poblacionales menos favorecidos y/o grupos afectados por patologías críticas).

Cualquier diseño parte de un marco regulatorio e intervenciones ya establecidas que son necesarias tener en cuenta. En esa dirección un **primer elemento** a señalar es la gran cantidad y dispersión de normas regulatorias, instancias públicas de intervención y casi nulas instancias de evaluación de los impactos de las políticas públicas en esta actividad. Se tornan necesarios ámbitos/mecanismos de coordinación sustantivos a nivel nacional en función de desarrollar un sistema de medicamentos.

Con dispersión de jurisdicciones con potestades sobre ingresos y gastos no sorprende un **segundo elemento** distintivo: la falta de información oficial, pública, fidedigna, centralizada y actualizada sobre precios y cantidades del mercado de medicamento con un grado de detalle que permite encuadrar y enfocar problemas específicos.

Adicionalmente se trata de un tema que accede a los primeros planos de las agendas públicas (estatales y/o privadas) sólo muy ocasionalmente y, por lo general, asociado a situaciones críticas (mayormente desde la perspectiva económica que desde los indicadores sanitarios); antes bien existe una percepción de existencia de problemas, pero se diluye en la cotidianeidad. Se destaca que buena parte de los ejes centrales de la regulación del mercado –convenio PAMI/Industria; legislación sobre genéricos; ley de patentes; mecanismos de liberación comercial para nuevos medicamentos, etc.-

datan de varios años y fueron resultados de “cambios forzados” por situaciones sanitarias críticas. Ello remite a la necesidad de contar –como **tercer elemento**- con una estrategia definida de implementación/manejo de las intervenciones. Una alternativa es plantear una estrategia de cambio basada en nuevos modelos de intervención; otra -más factible- es alinear las formas de funcionamiento de las actuales intervenciones en base a criterios convergentes.

En esa dirección varias son las acciones propuestas en distintos planos:

***Coordinación de las políticas públicas.** Una primera instancia a nivel nacional radica en la necesidad de contar con un marco institucional único al que converjan los grandes lineamientos en materia de medicamentos por parte de los Ministerios de Salud Pública, Producción, Comercio y Ciencia, Tecnología e Innovación Productiva. Una segunda instancia de coordinación necesaria es entre las políticas nacionales y las provinciales (e incluso municipales); un capítulo adicional –no menor en función de su relevancia consumidora- se refiere a la necesidad de incorporar al PAMI (y a las Obras Sociales Nacionales y Provinciales) como parte central del modelo de regulación de mercado.

Ese ámbito de coordinación institucional deber ser el espacio de lineamiento de una hoja de ruta para tender a normalizar el mercado y marcar las pautas para las medidas específicas de cada instancia de acciones concretas.

De contarse con instancias de coordinación de los organismos públicos será posible el desarrollo de:

- compras conjuntas y centralizadas por parte del Estado (similar a las desarrolladas en varios países); estas acciones –cuya implementación puede ser secuencial temporalmente- pueden comenzar por sectores de mayor criticidad sanitaria, gasto elevado etc.
- coordinación entre las políticas de nuevas aprobaciones de medicamentos y los precios de lanzamiento, bajo criterios de costo-efectividad no alejado de los valores promedios preexistentes
- criterios similares en firmas de convenios entre PAMI/Obras Sociales Nacionales y Provinciales
- seguimiento preciso de la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia respecto a las condiciones de competencia de mercado

***Sistema de información pública.** Siendo un mercado tan extenso –en términos de productos, presentaciones e incluso usos específicos- cualquier diseño de una política pública consistente requiere contar con información actualizada, fidedigna y real sobre precios cantidades y formas de distribución a lo largo de la cadena. Es deseable que dicha base informativa sea de corte público e incluya además reactivos químicos. Un Observatorio Público de Medicamentos es altamente deseable no solo para el monitoreo del mercado sino también para establecer criterios prospectivos que permitan prever problemas de mercado.

***Medidas de racionalización sobre la demanda.** Un área de acciones específicas corresponde a la inducción hacia el uso de los medicamentos de igual efecto terapéutico de menores precios en base a:

- * uso de genéricos en PAMI y mayor extensión en Obras Sociales nacionales y provinciales;

- * reconocimiento del menor precio de la respectiva subclase en los sistemas de reembolsos

- * publicidad pública y obligatoria de los precios pagados por los compradores estatales a ser registrado en Ministerio de Comercio

*** Medidas de racionalización sobre la Oferta.** Se trata de compatibilizar los aportes sociales de la actividad por el lado de la producción el empleo y el saldo de comercio exterior con el aprovisionamiento actualizado y racionalmente necesario de medicamentos. Algunas acciones propuestas a tal fin son:

- * una revisión sustantiva del Convenio vigente entre la industria y el PAMI (con extensión a las Obras Sociales nacionales y provinciales), con la incorporación de otros segmentos de la cadena de aprovisionamiento, criterios de recuperación del ente comprador referido a inducir el tipo de producto a adquirir;

- * Restricciones al ingreso de nuevos medicamentos en función de análisis costo/eficiencia (más allá de los aspectos sanitarios);

- * Diseño de un programa de competitividad exportadora y fomento de innovaciones para desarrollos específicos accediendo a sistemas promocionales vigentes (pero incorporando sistemas preferenciales para ventas a submercados interno más vulnerables).

En todos los casos ello demanda una formulación estratégica coordinada entre varias administraciones ministeriales y descentralizadas en su operacionalidad. Implica además sumar una actividad de evaluación de estas políticas a la Superintendencia de Salud.

Anexo 1. Medicamentos: Panorama mundial y regional. Magnitudes y tendencias.

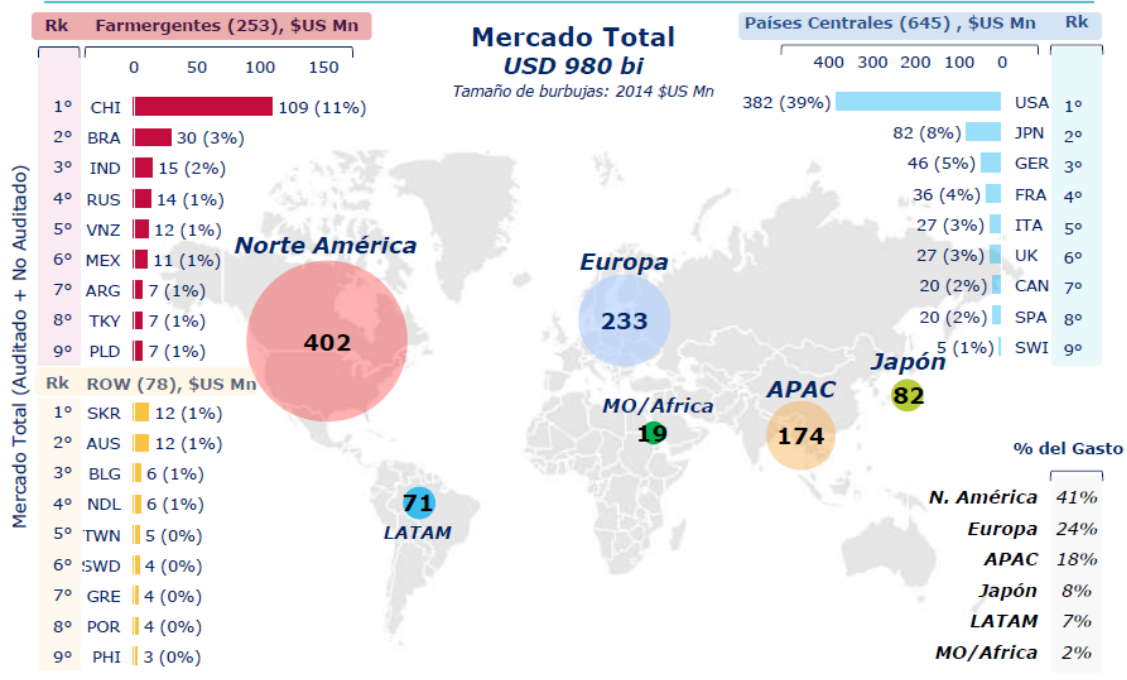
La industria farmacéutica factura a nivel mundial casi USD 1.000 Billones, esto representa alrededor el 1,3% del PBI mundial, siendo una industria con un alto nivel de concentración tanto en términos geográficos (localización de las casas matrices y ventas) como de participación en la facturación. Como hemos mencionado su evolución ha sido creciente década tras década, hace 30 años apenas explicaba un 0,5 del PBI mundial, siendo además el tamaño de este ultimo considerablemente menor. La Revista FORBES⁴³ por ejemplo para el año 2.013 estimo la ganancia en un 42%, siendo la más rentable de todas. Cinco empresas declararon ganancias del 20% o superiores, el valor de mercado esas cinco empresas supera los 700 mil millones de euros.

El crecimiento ha sido constante y sostenido en las últimas décadas y no se espera que se detenga en los próximos años, sino más bien que continúe, dada la aparición de nuevos medicamentos biotecnológicos que, junto al aumento de la expectativa de vida, generarán una presión aún mayor sobre el financiamiento de los sistemas de salud.

El ritmo de innovación en la industria de síntesis química parece haberse estancado, pero la facturación de la industria farmacéutica multinacional de base innovadora sigue creciendo a tasas exponenciales. Luego de un período de intensa innovación farmacéutica (desde 1980 y hasta mediados de 1990), se registra una disminución en el descubrimiento de nuevas moléculas. Esto se constata, por ejemplo, mirando a uno de los mayores productores de fármacos innovadores. En 1996 la autoridad regulatoria de estados Unidos (Food and Drug Administration) aprobó el ingreso de 53 nuevos medicamentos, mientras que diez años después solo autorizó 16 (Nature, 2008) (Tobar, 2012).

⁴³ Ver www.ieps.com.ar

Gráfico Nro.27. Mercado Mundial de Medicamentos



Fuente: Market prognosis 2015-2019, Figures consider both Audited and Non audited (projected) markets
 3 LATAM: C.America, Ecuador and Uruguay figures from MIDAS MAT12/2014 plus Non audited projections



El desarrollo de medicamentos biológicos y biotecnológicos impulsa la expansión de los gastos catastróficos. El adjetivo “catastrófico” se utiliza para hacer referencia a un conjunto de enfermedades cuya cura o tratamiento implica un alto costo. Por un lado, porque año a año aparecen nuevos tratamientos a costos que, en promedio, duplican los tratamientos anteriores. Por otro, porque cuando los medicamentos son efectivos, aumentan la esperanza de sobrevivencia de los pacientes y, puesto que siempre se trata de pacientes crónicos, los costos de la atención se multiplican.

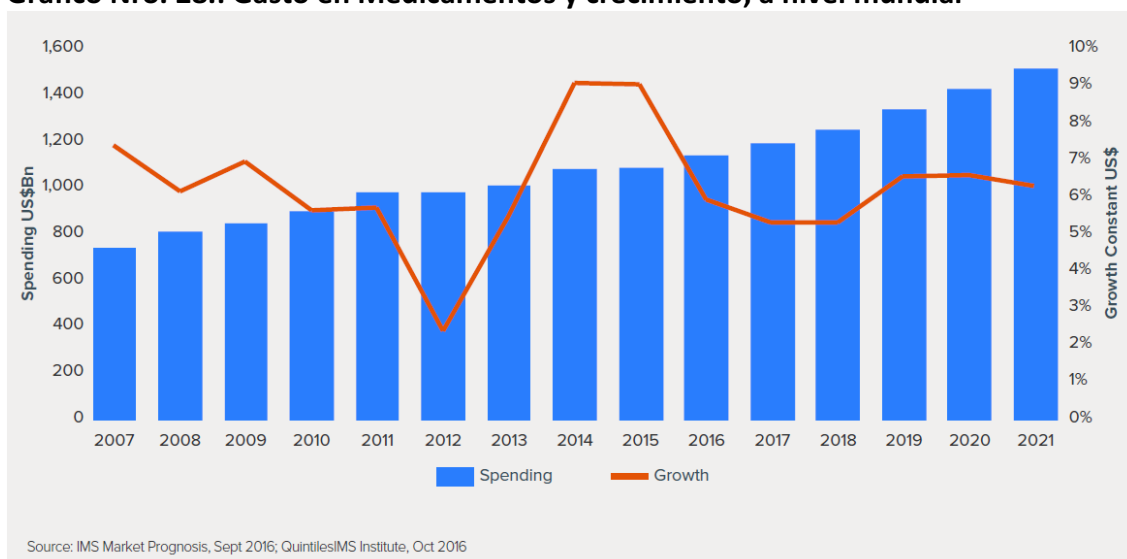
En Estados Unidos, principal mercado mundial, los gastos farmacéuticos representan un 21% de los gastos totales en salud. Pero, dentro de ellos, los gastos en pacientes crónicos representan el 78% del gasto en medicamentos (IMS, 2010)⁴⁴. En otras palabras, las enfermedades crónico-degenerativas no solo se diferencian de las agudas por su evolución clínica sino también por su estructura de costos. En las enfermedades agudas, que son la mayor parte de las transmisibles (cuando estas no se hacen crónicas), en promedio el costo farmacéutico es equivalente a un cuarto del costo total de los tratamientos. En las crónicas, supera al 50% y en las crónico-degenerativas de tipo catastrófico supera el 80%.

En el caso de América Latina se acentúa esta tendencia especialmente en los últimos años, dado que aquí se localizan algunos de los países denominados farma-ergentes (Brasil, Venezuela, México y Argentina) cuyo crecimiento y potencial de crecimiento en el nivel de facturación es mayor al promedio a nivel mundial, aunque con fluctuaciones. De todas maneras, como hemos visto en el gráfico Nro. 26, en términos comparativos continúan siendo mercados marginales en volúmenes totales, toda

⁴⁴ Hemos presentado ya la situación en PAMI.

Latinoamérica es la quinta parte de USA que junto a Europa concentran el 65% de la facturación en medicamentos.

Gráfico Nro. 28.: Gasto en Medicamentos y crecimiento, a nivel mundial



Hacia el interior de lo que ocurre en la región se observan comportamientos disimiles. En la mayoría de los países ha habido un crecimiento, entre 2008-2015 de 53% en promedio, con casos extremos en Venezuela 189% y Colombia 0,9%.

Parte de la explicación radica en el crecimiento de la economía, que generó una mayor demanda y cobertura de los sistemas de salud (mayor acceso) y parte en el aumento del precio promedio de los medicamentos. En el caso de Venezuela casi todo el aumento corresponde a precios. Por su parte en Colombia una explicación posible se vincula con una política de control de precios de medicamentos de alto costo y la creación de la cuenta de Alto Costo⁴⁵. Esa medida vino a morigerar los años precedentes a 2008 cuando se dio un crecimiento exponencial del gasto en medicamentos, especialmente por vía de resoluciones judiciales (amparos). Finalmente, México, representa un caso único con una disminución en la facturación y el volumen de ventas. Es sabido que ha tenido una fuerte política orientada a genéricos. En ambos casos resulta riesgoso asignar los resultados exclusivamente a esas intervenciones y merecen un análisis más detallado.

Como se desprende de los datos, al igual que en los países avanzados, en la Región existe una tendencia hacia un mayor gasto en medicamentos y a una expansión en su consumo. Los gráficos siguientes dan cuenta de la situación ante mencionada haciendo referencias a valores facturados y unidades vendidas en distintos países de la Región.

⁴⁵ Revista ISALUD. Volumen 11. Número 52. junio 2016.

Gráfico Nro. 29.

AMERICA LATINA - MERCADO DE MEDICAMENTOS - En millones de U\$S

País	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variación 2008-2015
Brasil	12.449	13.116	17.543	21.915	21.608	22.859	23.886	19.465	56,4%
México	8.551	7.071	7.761	8.304	8.362	8.913	7.472	6.704	-21,6%
Venezuela	4.365	5.727	6.230	5.102	7.074	6.256	9.165	12.617	189,1%
Argentina	3.242	3.332	4.018	4.931	5.571	5.760	5.248	5.810	79,2%
Colombia	1.609	1.506	1.805	1.995	2.124	1.940	1.948	1.614	0,3%
América Central	1.072	1.064	1.181	1.318	1.434	1.531	1.590	1.746	62,9%
Chile	1.059	1.041	1.207	1.398	1.502	1.584	1.554	1.533	44,7%
Ecuador	679	742	825	923	977	1.044	1.130	1.173	72,8%
Perú	647	618	722	811	925	977	919	895	38,4%
República Dominicana	351	379	421	434	460	510	536	488	39,3%
Uruguay	259	284	332	372	360	385	360	337	30,1%
Paraguay	195	175	199	248	256	295	305	282	44,3%
Bolivia	149	186	192	249	239	275	274	306	105,0%
Total	34.628	35.240	42.436	48.000	50.891	52.329	54.386	52.971	53,0%

Fuente: IMS Health Argentina, a precios de salida de laboratorio.

Gráfico Nro 30.

AMERICA LATINA - MERCADO DE MEDICAMENTOS - En millones de unidades

País	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	Variación 2008-2015
Brasil	1.632	1.769	2.067	2.347	2.588	2.892	3.154	3.393	107,9%
México	933	910	915	966	985	997	769	804	-13,8%
Venezuela	534	548	581	614	658	729	722	575	7,6%
Argentina	511	532	587	649	677	707	689	724	41,8%
Colombia	296	303	311	329	335	347	356	383	29,3%
América Central	155	154	166	175	186	193	200	219	41,2%
Chile	224	222	223	228	242	255	270	278	24,1%
Ecuador	165	174	189	202	209	213	220	218	31,6%
Perú	101	96	105	111	121	127	128	140	38,6%
República Dominicana	38	39	41	41	43	46	48	43	13,1%
Uruguay	64	71	72	75	77	81	82	84	30,8%
Paraguay	41	42	44	46	50	53	54	57	37,0%
Bolivia	25	29	27	33	34	38	35	37	47,5%
Total	4.720	4.890	5.328	5.816	6.205	6.679	6.727	6.954	47,3%

Fuente: IMS Health Argentina

Anexo 2. La estructura (teórica) del mercado de medicamentos

En la medicina occidental la oferta se conforma por una larga cadena de operadores que podemos dividirlos -a los efectos del presente trabajo- entre los (diversos) decisores y los abastecedores de productos, insumos y servicios. Los primeros - pacientes, médicos, institucionalidad pública y sistema "pagador"- establecen la demanda, el esquema de solución del problema y los modelos de financiamiento, mientras que los segundos interactúan con el primero de los bloques como abastecedores de insumos y servicios.

El agente económico central es **la persona/paciente**: se convierte en demanda bajo distintas circunstancias: i) tiene síntomas de desequilibrios en su salud (por lo general teñidos de subjetividad) provenientes de diversos orígenes; ii) la institucionalidad pública que establece determinados estándares sanitarios mínimos de cumplimiento

obligatorio (i.e. campañas de vacunación preventiva); iii) circunstancias naturales (desastres climáticos, epidemias).

Disparada la demanda el segundo agente económico es **el médico** (en todas sus disciplinas y equipos complementarios de asistencia), quien legalmente tiene la facultad de establecer los protocolos de curación (prácticas, consumo de fármacos, etc.) en base a su criterio que queda reflejado en la receta.

Un tercer elemento lo conforman **los “pagadores”**: sistemas de cobertura prepagas (privadas, públicas y/o semi públicas), sector estatal, que junto con los pacientes (por su aporte directo) conforman la “restricción presupuestaria” del gasto en salud⁴⁶.

Con distintas modalidades según la tipología del sistema de salud y/o el circuito elegido por el paciente en cada uno de ellos, esta trilogía conforma el núcleo divisional (sustentado además por legislaciones acerca de pertinencias profesionales, formas de funcionamiento, financiamiento, y controles de diversos tipos).

En el extremo opuesto, existen diversos **bloques de aprovisionamiento de insumos**. Uno de ellos es la **oferta de medicamentos**; estos pueden provenir de sustancias pre existentes en seres vivos (convenientemente procesados) ó de la síntesis química (farmo-química); su desarrollo involucra una larga serie de etapas científicas tecnológicas e industriales como paso previo a su ingreso al sistema de comercialización –donde droguerías, farmacias y otros arreglos comerciales- hacen de puente con el usuario.

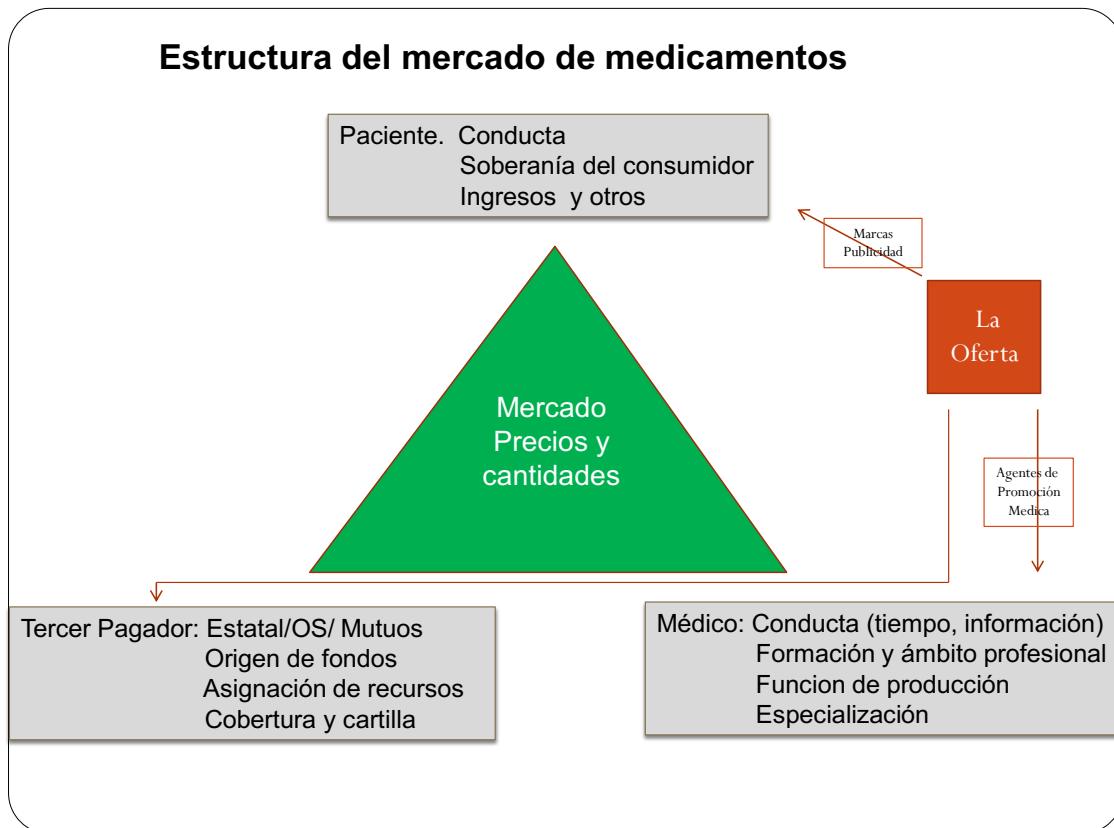
De acuerdo con su uso pueden ser de venta libre (OTC) o bajo receta (de diversas características). Siendo el medicamento un “estatuído crítico” en los procesos habituales de curación, esta actividad industrial y sus tecnologías subyacentes son relevantes.

Un segundo bloque –que contribuye al diagnóstico del facultativo- se conforma por la **aparatoología médica, insumos y los reactivos de diagnóstico**, que pueden provenir de la farmo-química o de procedimientos biológicos⁴⁷.

⁴⁶ A los fines de este trabajo –con miras al diseño de políticas públicas- es importante notar que “vía poder de compra” se pueden inducir determinadas prácticas y usos (biotecnológicos).

⁴⁷ Al igual que en la propia génesis de los medicamentos, la oferta de reactivos y kits de diagnósticos se encuentran bajo procesos de cambios desde el advenimiento de las manipulaciones del ADN (ahora de enzimas, bacterias, hongos y otros seres vivos).

Gráfico 31. Estructura del mercado de la Salud y los medicamentos



Fuente: Elaboración Propia.

Finalmente, un tercer conjunto de agentes económicos se refiere a los **servicios específicos de curación y rehabilitación** derivados de las propias prácticas médicas (cuyas habilidades guardan relación con el tipo de modelo prestacional). A ello cabe sumar las inversiones físicas en infraestructura (edificios, equipos de imágenes y diagnósticos⁴⁸, servicios complementarios, comunicaciones,) que responden en diseño y conformación a las especificidades del sistema.

Funcionamiento. La medicina moderna funciona sobre la base de la acción del médico, en quien el paciente deposita –con diversos grados de subjetividad- su confianza. Cuenta con una formación inicial -habilitada legalmente por un título de grado, especialización y/o posgrado- con diversas especializaciones y un posterior bagaje de actualizaciones y experiencias -individuales y colectivas (la inter-consulta)-. Frente a una serie de síntomas -que trata de objetivar- apela a una serie de análisis y en base a sus conocimientos delinea un procedimiento de curación que casi unánimemente incluye los medicamentos; puede acotarse a un protocolo específico o bien abrir a otro tipo de prestaciones más complejas.

En ese procedimiento la receta es el documento que habilita al consumo de medicamentos y/o otras prestaciones auxiliares. A la dupla paciente-médico se adiciona -en la mayoría de los casos- un ente pagador (que se fondea con impuestos o con contribuciones privadas voluntarias). No escapa que el equilibrio económico y

⁴⁸ Habituales usuarios de reactivos (algunos de los cuales son de base biológica).

financiero de éstos radica en un extremo en las posibilidades de ingreso (impuesto o cuota) y las restricciones al gasto, pero de un gasto que depende de lo contenido en la receta emitida por los médicos.

El aprovisionamiento de medicamentos -la Oferta- opera bajo condiciones comerciales para lo cual induce consumos por diversas vías: hacia los pacientes en base a publicidad y marcas; sobre los médicos -a partir de los visitadores médicos y una larga serie de incentivos; etc.) y/o sobre los formuladores del vademécum de compras de los entes de financiación. El objetivo es el beneficio y la estrategia es la fidelización del paciente (y/o médico) a través de la marca. De allí que la publicidad sea clave en esta actividad.

Anexo 3. Ley de Patentes y Medicamentos

Existe un amplio consenso en cuanto al papel que las patentes y los Derechos de Propiedad Intelectual (DPI) pueden desempeñar en el fomento de la investigación y el desarrollo (I+D) aplicados al campo de la salud, sobre todo en los países desarrollados. Las patentes se consideran particularmente importantes, dado que la I+D entraña costos y riesgos elevados, y al mismo tiempo puede desembocar en invenciones de utilidad potencial para todos los países. Se reconoce asimismo que el nivel de protección otorgado a las invenciones puede influir en la inversión extranjera, la transferencia de tecnología y la investigación (especialmente sobre programas conjuntos de investigación y la investigación orientada a atender necesidades locales). Las patentes, al conferir un monopolio autorizado por el gobierno durante un tiempo limitado, incentivan y recompensan las invenciones útiles.

El sector farmacéutico es uno de los principales usuarios del sistema de patentes. La protección perseguida, no sólo se refiere a nuevos productos sino a un amplio rango de desarrollos tales como formas en que se presentan los compuestos químicos, procesos, formulaciones farmacéuticas, formas de administración, etc. El creciente número y la complejidad técnica del patentamiento en el campo farmacéutico plantean particulares desafíos a las oficinas de patentes, especialmente a aquellas de países que no reconocían hasta hace poco patentes de productos farmacéuticos, El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC, 1994) exigió a los Estados Miembros de la OMC (entre ellos Argentina) que adapten sus legislaciones a las normas mínimas que establece el propio Acuerdo. Dar cumplimiento al Acuerdo reconociendo o reforzando la protección de los derechos de propiedad intelectual (DPI) de los productos y procedimientos farmacéuticos plantea un reto especial a los países en desarrollo. La manera en que se lleva a cabo la reforma legislativa necesaria tiene un impacto significativo en las políticas de salud pública, y particularmente en el acceso de la población a los medicamentos.

Conviene tener en cuenta que, en los países que quedan obligados a introducir la protección por patente para los productos farmacéuticos como resultado del acuerdo sobre los ADPIC, sólo se podrán patentar los productos para los cuales se haya solicitado la patente con posterioridad al 1 de enero de 1995. Esto quiere decir que otros productos (incluidos los que en esa fecha estaban ya patentados o en vías de serlo en otros países, o comercializados) permanecerán en el dominio público, a

menos que la legislación nacional admita (como sucede en Brasil) la protección retroactiva de los productos (llamado "*pipeline*").

La Ley 24.481 (Ley de Patentes y Creación del INPI -Instituto Nacional de Propiedad Intelectual-) fue sancionada en 1995, pero con 5 años de gracia para su definitiva aplicación, por lo que se puso en vigencia en octubre de 2000. Esto no significó que los productos de laboratorios de investigación desde octubre de 2000 estuvieran protegidos por patentes, ni mucho menos que las copias de ellos a partir de esa fecha estén pagando regalías a los laboratorios de invención.

La ley establece que las patentes registrarán sólo para aquellos productos cuyo proceso internacional de patentamiento empezó después de la sanción de la misma en 1995. Si un laboratorio lanzó al mercado un producto cuyo trámite internacional de patentamiento se inició en 1994, éste no está cubierto por la ley de patentes y puede ser copiado sin pagar nada al laboratorio de invención.

La Ley 25.859/2004 reformaría la enmienda en línea con lo que el gobierno argentino había acordado con Estados Unidos en medio de negociaciones comerciales y así hacerla más compatible con el acuerdo ADPIC respecto de los derechos conferidos por las patentes que cubren no solo productos sino procesos.

Además, las modificaciones están referidas a la inversión de la carga de la prueba en los procedimientos civiles relativos a patentes de proceso. Es decir que será el demandado quien deberá probar que el producto ha sido obtenido por un procedimiento distinto al patentado.

También amplía derechos de aplicación de medidas cautelares por parte de la justicia e incorpora el patentamiento de microorganismos, patentes transitorias y protección de datos de pruebas contra un uso comercial ilegal.

Uno de los avances de la nueva normativa fue la creación de la agencia administrativa autárquica INPI, que ha tenido a su cargo la administración del nuevo régimen de patentes.

Uno de los problemas más serios con los que tiene que lidiar la institución tiene que ver con las demoras en el estudio de las solicitudes de patentes. Los exámenes de las mismas pueden tomar entre ocho a diez años (y aun más años) antes que una decisión positiva o negativa respecto de su concesión sea alcanzada. **Durante este largo período de tiempo, la incertidumbre en cuanto a derechos y obligaciones afecta a todos.** El solicitante de la patente no tiene la posibilidad de defender sus derechos contra los posibles infractores. Estos tampoco saben si serán o no castigados según los resultados de los exámenes. Por otra parte, como el término de la patente de invención de veinte años se cuenta desde la fecha de la solicitud de la misma, buena parte del plazo de protección se pierde en trámites administrativos que demoran en resolverse.

Ante situaciones de demora crónica y a efectos de cumplir el art.62.2 del ADPIC otros países conceden prórrogas al plazo de vigencia de la patente como asimismo cuentan con previsiones referidas a la protección provisoria a la solicitud de patentes antes de su concesión. En Argentina no está prevista ninguna clase de prórroga ni existe una previsión específica referida a la protección provisional.

Tal como ya antes se señalará, el art.27 del ADPIC establece que las patentes podrán obtenerse por todas las invenciones, sean de productos o de procedimientos, en todos los campos de la tecnología, siempre que sean nuevas, entrañen una actividad inventiva y sean susceptibles de aplicación industrial.

Pero el ADPIC no define qué constituye una "invención"; sólo especifica los requisitos que una invención debe cumplir para ser patentable. Esto deja a los Estados Miembros una considerable libertad para determinar a qué se debe considerar invención, y para excluir de la patentabilidad cualquier sustancia que exista en la naturaleza.

En ese sentido, se ha señalado que solicitudes de patentes en el campo farmacéutico, otorgadas por ejemplo en Europa o en Estados Unidos, con severos exámenes fueron, sin embargo, rechazadas en el país

El INPI dictó en 2002 la Circular ANP N° 008/02 referida a solicitudes de patentes que reivindican segundos usos médicos. Esta norma es aplicable tanto a las solicitudes de patentes nuevas, como a las que se encuentran en trámite, y dispone que no se otorgue protección por patentes a los segundos usos médicos en los siguientes casos:

(i) reivindicaciones referidas al uso de un compuesto conocido para el tratamiento de una determinada enfermedad, porque este uso será considerado incluido en la prohibición de patentar métodos de tratamiento terapéutico contenida en la Ley de Patentes N° 24.481;

(ii) reivindicaciones referidas a un proceso para la fabricación de un medicamento, cuando la novedad del proceso esté basada en un nuevo uso de un compuesto conocido, porque el INPI considerará que la invención no cumple con el requisito de novedad.

Esta circular ha sido objeto de crítica por parte de los laboratorios multinacionales que objetan no estaría en línea con el acuerdo ADPIC.

Por su parte la Resolución INPI No 283/2015, incorpora una interpretación y aplicación más restrictiva respecto de la prohibición de la patentabilidad de toda materia viva y preexistente en la naturaleza contenida en el art. 6 de la Ley de Patentes.

La norma original establece que quedan excluidas de ser objeto de patentes: las plantas, sus partes y componentes que puedan conducir a un individuo completo sean o no modificados y los procedimientos esencialmente biológicos para reproducción o producción (obtención) de plantas. El fundamento radica en prevenir el monopolio de los procedimientos de reproducción naturales o procedimientos no técnicos.

Por lo tanto, para determinar si un procedimiento para la producción o reproducción de plantas y animales es esencialmente biológico es relevante el aspecto técnico del proceso: si la intervención técnica del hombre juega un rol importante en la determinación del resultado o si su influencia es decisiva, entonces el proceso se considerará que tiene una naturaleza técnica y por lo tanto será patentable.

La Resolución 283/2015 especifica que por partes y componentes de las plantas se debe comprender, con carácter meramente enunciativo, los brotes, semillas, tallos, células, frutos, bulbos, tubérculos, yemas, estacas, flores, etc.; como así también sus componentes celulares tales como organelas, membranas, moléculas de ADN, etc. Adicionalmente, dispone que las reivindicaciones de plantas o animales no estarán permitidas incluso cuando se obtengan por medio de un procedimiento biotecnológico; la redacción anterior solo hacía referencia a los procedimientos microbiológicos.

Dicha resolución conjunta restringe severamente la patentabilidad de una muy amplia gama de desarrollos en el campo farmacéutico, vulnerando en consecuencia el derecho de propiedad del inventor (Zuccherino, 2013). Aun así, como consecuencia de variables técnicas y científicas específicas, no parece posible aplicar a los productos de biotecnología las leyes que regulan a los medicamentos genéricos.

Los medicamentos convencionales se sintetizan a partir de sustratos disponibles y sobre la base de principios químicos. Por el contrario, las herramientas necesarias para la síntesis de productos biotecnológicos no se encuentran a disposición en forma constante, ya que las cepas de bacterias o las líneas celulares requeridas para la producción biofarmacéutica son de características clonales, por lo cual siempre resultan únicas.

Los investigadores hacen hincapié en la distinción entre medicamentos genéricos y fármacos bioequivalentes. Recuerdan que el producto original y su versión bioequivalente no pueden considerarse idénticos (BAGO, 2016).

En Estados Unidos se ha sostenido que las reivindicaciones de "procedimientos análogos" no son patentables a menos que en sí mismos sean inventivos, pero se hizo una excepción para la biotecnología debido a que muchas "invenciones" biotecnológicas repiten procedimientos ya inventados en contextos ligeramente distintos.

El alcance de las patentes determina hasta dónde llega la protección del inventor, lo que resulta particularmente pertinente en el caso de las invenciones relacionadas con la salud, debido a las prácticas de concesión de patentes que prevalecen en este ámbito. En este sentido se advierte que patentes demasiado amplias en el campo de la biotecnología podrían excluir importantes herramientas de investigación del dominio público y cerrar áreas enteras a ulteriores investigaciones.

La manera en que se definan y apliquen esos criterios es un determinante crucial del caudal de conocimiento que se sustrae del dominio público. Esta cuestión tiene una importancia decisiva para los productos farmacéuticos.

Anexo 5. Ley de Genéricos

El 28 de agosto de 2002 se sancionó en nuestro país la ley 25.649 de "Especialidades Medicinales y Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico", que indica que toda receta o prescripción médica deberá efectuarse en forma obligatoria expresando el nombre genérico del medicamento. Sin embargo, en el segundo párrafo de la ley se puntualiza como criterio adicional que la receta podrá indicar, además del nombre genérico, el nombre o marca comercial. Este agregado dejó abierta la puerta para que, luego de un período de buenos resultados (hasta el año 2006), comenzara el incumplimiento de la ley.

La prescripción del genérico ha quedado desvirtuada por la presión de los laboratorios, que imponen en el mercado medicamentos de determinadas marcas a través del marketing y otro tipo de prácticas, como el *lobby* empresarial. La ley de genéricos, vigente en la actualidad, se cumple en menos del 30% de las recetas.

Según datos de la Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos y Uso Hospitalario (Capgen), hasta el año 2006 el negocio de los genéricos llegó a alcanzar el 40% del mercado, pero en 2013 los genéricos cubrían solo el 9%. Como revelan las estadísticas, la situación actual del mercado de genéricos en nuestro país es visiblemente contraria a los fines perseguidos. Esto demuestra, sin duda alguna, que los objetivos de la ley hoy no están cumpliéndose.

La ley de medicamentos genéricos desató una reacción inmediata de los grandes capitales de la industria farmacéutica. Pero como la política de medicamentos genéricos estaba sustentada en un concepto técnico- científico-médico muy fuerte, el proyecto siguió adelante.

A los inversores de capitales extranjeros necesitan que la propiedad intelectual se encuentre protegida durante todo el período de la patente y que no se introduzcan los genéricos hasta tanto no se haya cumplido el período de protección de la propiedad intelectual, porque ese es el verdadero sentido de la patente. También consideran que la protección a través de una buena ley de patentes proporciona la oportunidad para que se desarrolle un mercado de medicamentos genéricos. Estiman que su existencia se debe a las millonarias inversiones que hacen los laboratorios en investigación y desarrollo. Están a favor de los genéricos siempre y cuando se respeten dos cosas: los tiempos establecidos en la ley de patentes de cada país, y que el público tenga la seguridad de que esos genéricos tienen la misma calidad y ofrezcan los mismos resultados que los medicamentos de marca.

Si bien el mercado de medicamentos ha experimentado un gran crecimiento en los últimos años, la evolución del mercado de marcas y genéricos en términos de unidades y valores es desigual.

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.

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

Una de las reacciones más importantes que desarrollaron los Laboratorios, frente al nuevo escenario que estableció la Ley de Prescripción por nombre genérico, fue su nueva estrategia de promoción de sus marcas.

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 enfocarse en el Farmacéutico como objetivo de sus acciones comerciales, con la finalidad de incentivar a su favor la sustitución de medicamentos alternativos y/o genéricos por los de su marca comercial.

Varios Laboratorios, 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 mercado. Si bien no todos los Laboratorios cuentan hoy con APF, muchos asignaron una función adicional al APM, la de visitar Farmacias (Sociedad Argentina de Marketing Farmacéutico, 2012).

Asimismo, existieron iniciativas destinadas a facilitar al paciente el acceso a medicamentos de marcas que usualmente consumían; con descuentos sobre el precio de venta al público igual a los exigidos por el PMO. En este caso, el descuento es financiado por los laboratorios en una mayor proporción y por las farmacias en el restante.

En esta lógica se ubican las Mandatarias (nuevos distribuidores mayoristas de medicamentos que representan a un grupo de Laboratorios), las cuales realizan convenios con las Obras Sociales Nacionales para el abastecimiento de fármacos. Si bien las OSN deben cumplir con el PMO (que impone la utilización de ciertos descuentos para fármacos ambulatorios, crónicos y medicamentos especiales), las mandatarias negocian mayores descuentos que los establecidos por el PMO e incentivan de esta manera el consumo de su vademécum frente a las alternativas más económicas.

Anexo 6. Estimación de Defensa del Consumidor (“Informe Polino”)

- base de 22 medicamento de alta frecuencia de consumo-

Nombre	Nombre	Presentación	Laboratorio	Precio agosto 2014	Precio Noviembre 2014	%	Precio marzo 2013	Precio marzo 2014	%	Precio noviembre 2015	Precio febrero 2016	%
farmacológico	Comercial											
loratadina	AEROTINA	10 mg comp.x 10 (VL)	Raffo	17,1	17,62	3,04	11,22	15,47	37,88	21,98	38,79	76,48
amoxicilina	AMOXIDAL	500 mg comp.rec.x 16	Roemmers	57,37	57,64	0,47	25,55	59,61	133,31	66,82	75,92	13,62
bario, sulfato	BARIO DIF CITRATADO	Oral pvo.x 266 g	Temis-Lostaló	165,78	174,07	5	91,03	166,78	83,21	201,8	279,32	38,41
dexametasona	DECADRON	0.5 mg comp.x 20	Sidus	66,27	69,58	4,99	27	69,76	158,37	79,89	100,72	26,07
diclofenac potásico	DIOXAFLEX	75 mg x 15 cp	Bagó	120	126	5	83,8	128,97	53,9	144,65	177,3	22,57
ibuprofeno	IBUPIRAC 400 MG	comp.x 10 (VL)	Pfizer	12,4	12,71	2,5	9,83	11,68	18,82	14,59	18,02	23,51
insulina humana	INSULINA INSULTARD	HM 100 UI f.a.x 10 ml	Novo Nordisk	239,34	248,91	4	223,37	253,7	13,58	285,74	333,74	16,8
vacuna antigripal	ISTIVAC	jga. pral. 1 x 0.5 ml (Imp)	Sanofi Pasteur	122,85	127,77	4	98,87	122,85	24,25	151,97	211,27	39,02
furosemida	LASIX	40 mg comp.x 50	Sanofi-Aventis	125,32	131,59	5	86,32	125,32	45,18	151,06	183,42	21,42
magnesio, hidróxido	LECHE DE MAGNESIA PHILLIPS	Cereza susp.x 120 ml	GlaxoSmith Kline	37,4	41,23	10,24	17,29	34	96,65	56,22	73,6	30,91
bromazepam	LEXOTANIL	3 mg comp.x 30	Roche	29,56	31,04	5,01	22,57	29,56	30,97	35,63	46,08	29,33
enalapril	LOTRIAL	10 mg comp.x 20	Roemmers	57,5	60,37	4,99	21,59	23,12	7,09	35,63	87,14	144,57
leuprolide, acetato	LUPRON DEPOT 3.75	3,75 mg Fco. Amp. (Imp.)	Abbott	2.642,20	2774,31	5	2.196,69	2642,2	20,28	3.184,96	3444,53	8,15
piretrinas+pip eronilbutoxido	NOPUCID COMPUESTO	loc.x 100 ml	Interbelle Cosme	53,84	54,89	1,95	19,83	49,5	149,62	63,02	85,03	34,93
levonorgestrel +etinilestradio l	NORDETTE	grag.x 21	Wyeth	67,68	71,06	4,99	59,36	71,74	20,86	81,58	86,56	6,1
iodopovidona timillo, maleato	PERVINOX	jab.liq.x 60 ml (VL)	Phoenix	62,76	64,64	3	40,91	57,18	39,77	74,22	108,15	45,72
carbamazepin a	PLOSTIM	0.25% sol.oft.x 5 ml	Alcon	30,32	30,32	0	28,29	30,22	6,82	34,8	39,14	12,47
tramadol	TEGRETOL	200 mg comp.x 30	Novartis	101,44	106,51	5	74,07	101,44	36,95	122,28	144,39	18,08
omeprazol	TRAMA KLOSIDOL	comp.x 20	Bagó	101,86	106,95	5	82,23	107,63	30,89	122,77	149,05	21,41
salbutamol	ULCOZOL	20 mg comp.x 28	Bagó	240,1	252,1	5	161,27	237,19	47,08	289,42	343,72	18,76
lidocaína	VENTOLIN HFA	100 mcg aer.inhal.c/aplic.x2 00ds	GlaxoSmith Kline	68,53	71,96	5,01	50,02	77,08	54,1	84,23	110,38	31,05
	XYLOCAINA	2% jalea x 25 ml	AstraZeneca	47,09	48,5	2,99	34,19	47,08	37,7	55,68	67,02	20,37
				4466,71	4679,77	1,41	3465,3	4462,08	28,76	5358,94	6203,29	15,76

Nota: en la segunda medición

Amoxidal envase por 16 comprimidos – ahora por 21

Decadron 2013 envase de 20 comprimidos – ahora de 30

Bibliografía

- [1] Katz, J y Muñoz A. **“Organización del sector salud: Puja distributiva y equidad”**. CEPAL, Buenos Aires, 1988.
- [2] Organización Mundial de la Salud. **“Informe sobre la Salud en el Mundo. La financiación de los sistemas de salud. El camino hacia la cobertura universal”**. 2010.
- [3] Organización Mundial de la Salud. **“Informe sobre la Salud en el Mundo. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud”**. Ginebra. 2000.
- [4] OPS/OMS; **“Sistemas de Seguros de Salud y Acceso a Medicamentos “**, OMS, 2001.
- [5] Arrow, Kenneth; **“Uncertainty and the welfare economics of medical care “**; The American Review; 1963
- [6] George A. Akerlof, A. Michael Spence, Joseph E. Stiglitz; **“Markets with Asymmetric Information “**; 2001
- [7] Vasallo Carlos; **“Medicamentos: un mercado anormal y concentrado “**; Revista Médicos, número 70; 2012.
- [8] Vasallo Carlos, Sellanes Matilde y Freylejer Valeria; **“Apuntes de Economía de la Salud “**; Hospital El Cruce, 2003.
- [9] Maceira Daniel y Palacios Alfredo; **“Evolución de la Estructura del Mercado Farmacéutico Argentino ante un Contexto de Cambio Regulatorio”**, Análisis de los Determinantes de Competencia en Seis Clases Terapéuticas; CEDES, 2014
- [10] Santa María, Juan Manuel. **“Dinámicas y Perspectivas del Mercado Farmacéutico en América Latina y Argentina”**; IMS, 2015.
- [11] BDO; **“Laboratorios e Industria Farmaceutica”**; Reporte Sectorial; BDO, 2013.
- [12]CILFA. **“Escenario y Perspectivas de la Industria Farmacéutica Nacional”**; 2016-1018
- [13]CILFA. **“El Desarrollo de la Biotecnología Industrial Argentina aplicada a la Salud Humana”**; CILFA, 2012.

- [14]MECON. **“Complejo Farmacéutico”**. Serie Complejos Productivos; Secretaría de Política Económica y Planificación del Desarrollo, Subsecretaría de Planificación Económica Dirección Nacional de Planificación Regional - Dirección Nacional de Planificación Sectorial; junio 2015
- [15]Ministerio de Economía. **“Informe Cadenas de Valor. Salud, farmacia y equipamiento Médico”**. Diciembre 2016.
- [16] INDEC; **“La industria farmacéutica en la Argentina”**; Informe Trimestral, marzo 2017.
- [17] Federico Tobar, Gabriela Hamilton, Sofía Olaviaga, Romina Solano; **“Un Seguro nacional de enfermedades catastróficas: fundamentos para su implementación “**; Fundación CIPPEC, 2012.
- [18] Ke Xu et al; **“Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis “**; The Lancet, 2003
- [19] Emmanuel Abuelafia, Samuel Berlinski, Mariana Chudnovsky, Valeria Palanza, Lucas Ronconi, M. Eugenia San Martín y Mariano Tommasi. **“El funcionamiento del sistema de Salud argentino en un contexto federal”**. Documento 77, Centro de Estudios para el Desarrollo Institucional; 2002.
- [20] Jorge Colina, **“Propuesta para un Sistema de Cobertura de Enfermedades Catastróficas en Argentina”**. Instituto de Ciencias del Seguro de la Fundación MAPFRE. Madrid. Cuadernos de la Fundación/120. Madrid, 2008.
- [21] Van del Kooy, Ernesto. **“Programa Médico Obligatorio “**. ISALUD. CABA, 2016