Universidad de San Andrés
Escuela de Administración y negocios

TRABAJO DE GRADUACIÓN
LICENCIATURA EN ADMINISTRACIÓN DE EMPRESAS

IMPACTOS DE LA LEY DE GENÉRICOS EN LA INDUSTRIA FARMACÉUTICA

Un estudio sobre el mercado de medicamentos

Alumno: Federico Malvestiti
Legajo N°: 22.145
Mentor: Diego Pando

Junio 2017

CONTENIDO **PÁGINA**

1. Introducción 4
2. Marco teórico 7
3. Descripción del mercado farmacéutico argentino 13
    - 3.1 Clasificación por tipo de producto 13
    - 3.2 Características del mercado 14
    - 3.3 Cadena de suministro y actores participantes 16
        - 3.3.1 Primer categoría 17
        - 3.3.2 Segunda categoría 20
        - 3.3.3 Tercer categoría 20
    - 3.4 Determinación de los precios 21
4. Primeros efectos de la Ley 25.649 23
    - 4.1 Contribución al problema de asimetría de información 25
    - 4.2 Mejora en la rentabilidad de las farmacias 28
5. Desarrollo 32
    - 5.1 Economía nacional 32
    - 5.2 Aumento de la cobertura social 34
    - 5.3 Nuevas estrategias de laboratorios de marca 37
    - 5.4 Aumentos de precios 40
    - 5.5 Las marcas 41
6. Actualidad de medicamentos genéricos en Argentina 43
7. Medicamentos genéricos en el mundo 45
8. Principales problemas y posibles soluciones 48
9. Conclusión 53
10. Bibliografía 56

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés

Resumen

A través del estudio de diversos artículos y trabajos, y por medio de entrevistas a distintos especialistas de la industria, en esta investigación se buscó comprender cómo funciona el mercado de medicamentos en la Argentina, para poder descifrar de qué impactó en un principio la Ley 25.649, sancionada en 2002 en un contexto de crisis social y económica, para finalmente entender cuáles fueron las razones que llevaron a su posterior incumplimiento.

Entendiendo dicha Ley como una política pública, se buscó en primer lugar describir cómo es el proceso para diseñarlas e implementarlas. Luego se describió cómo funciona el mercado, detallando los distintos actores que intervienen en la cadena de suministro, para poder comprender de qué manera los laboratorios de marca contrarrestaron el peso de la Ley de genéricos a través de diferentes estrategias. En un primer momento, la Ley funcionó al disminuir el costo de los medicamentos, generando mayor competencia en el mercado. Esto se evidenció en el crecimiento del market share de los genéricos en los primeros dos años, pero en los años subsiguientes y con la mejora de la economía nacional la Ley se dejó de cumplir casi en su totalidad.

Realizada la investigación, y luego de comprar el caso argentino con países como Brasil o México, se concluye que la Ley 25.649 no fue una verdadera Ley de genéricos ya que no buscó cambios profundos en el sistema de salud argentino, evitando proporcionar condiciones favorables para el desarrollo de medicamentos genéricos. Esto vino de la mano de la readaptación de las estrategias de laboratorios de marca para no perder mercado. Finalmente, esto se suma a un Estado ineficiente y ausente a la hora de hacer cumplir la Ley.

Palabras clave: políticas públicas, medicamentos genéricos, estrategias, beneficios, Estado, prescripción.

1. Introducción

Actualmente la industria farmacéutica es uno de los sectores empresariales más rentables e influyentes del mundo, valorada por sus contribuciones a la salud y a los avances en materia de tratamientos y prevenciones de enfermedades, gracias a las inversiones en investigación y desarrollo. Por este motivo, existen innumerables investigación y trabajos que abordan la temática. Uno de ellos es la investigación realizada por Tobar (2008), quien establece que existen diversos factores que generan una competencia imperfecta en el mercado de medicamentos. Alguno de estos factores son la elevada capacidad que tiene la oferta para crear su propia demanda, su relación de agencia imperfecta ya que quien prescribe toma las decisiones sobre su consumo en nombre del paciente, la amplia protección por patentes y la gran lealtad a la marca. Tobar concluye que "todos estos factores tienen una misma causa: las asimetrías de información, que permite establecer una diferenciación artificial de los productos, de manera que se mantiene la tendencia a mantener monopolios" (Tobar, 2008, p. 59).

Según un estudio realizado por KPMG (2014), las ventas del sector farmacéutico en nuestro país crecieron a tasas significativas en los últimos años, facturando en 2013 más de US$ 5000 millones, con un crecimiento acumulado del 60% respecto al año 2000. La "alta productividad del sector farmacéutico es consecuencia de ser una actividad de producción capital-intensiva que requiere de una mayor proporción de trabajo calificado en relación a otras actividades, y de significativas inversiones para su desarrollo" (KPMG, 2014, p. 3). Dichas inversiones están destinadas principalmente al gasto de investigación y desarrollo, y a la implementación de nuevos procesos y tecnologías en la producción de drogas y medicamentos.

Otro estudio que aborda la temática es el de D´Annunzio (2013), el cual se centra en la Ley de prescripciones por nombre genérico y su impacto en la industria farmacéutica nacional. Dicha Ley nació en el año 2002, en el marco de una Argentina envuelta en una profunda crisis económica, y luego del dictado del Decreto de Necesidad y Urgencia 486/2002 donde se declaró la

Emergencia Sanitaria Nacional. La autoría intelectual de la Ley fue liderada por el entonces Ministro de Salud Ginés González García, quien hoy en día opina que dicha Ley generó grandes disminuciones de precios en los medicamentos, en un contexto inflacionario del país (Infobae, 2014). La situación era ya insostenible para todos los actores del sector, teniendo en cuenta la recesión económica sostenida y la regulación insuficiente. El consumo disminuía cada vez más, siendo dicha caída del 42% (Malvestiti, 2005), las ventas de los laboratorios, mayoristas y minoristas se retraían y los financiadores se retrasaban en los pagos o recortaban las coberturas.

La Ley 25.649 tiene como finalidad le prescripción de las recetas médicas por el nombre genérico del medicamento, es decir por el nombre de su droga. Se entiendo por especialidad medicinal genérico a "*una especialidad medicinal de menor precio, con igual principio activo, concentración, forma farmacéutica y equivalencia de cantidad de unidades"* (art. 2°, párr. 2° y 3°). Esta es una manera para que los farmacéuticos puedan sustituir las marcas, por otras genéricas de menor costo, y dejando la elección final al consumidor. En este sentido se pretendía aumentar la competencia en el mercado de medicamentos local, respaldando a aquellos laboratorios con productos de menor precio y permitiendo a la población adquirir sus remedios con costos más reducidos. Así lo indica un estudio realizado por Abrutzky, Bramuglia y Godio (2008) sobre esta misma problemática. En el mismo, las autoras concluyen:

> "En términos de los usuarios del sistema de salud habría un avance significativo respecto a la situación previa, con especial peso en los sectores más desfavorecidos económicamente, que serían los principales beneficiarios de estas políticas. Se verifica con el análisis del la evolución del Índice de Precios al Consumidor por el abaratamiento relativo de la salud y de los medicamentos en particular" (Abrutzky, Bramuglia y Godio, 2008, p. 7).

Por otro lado, el ex Ministro de Salud, Ginés González García, afirma que cayó mucho el grado de cumplimiento de la Ley, y hace hincapié en la

importancia de revitalizarla (Infobae, 2014). Las cifras indican que aunque es obligatorio desde 2002, solamente entre el 20% y el 25% de las prescripciones médicas se hacen por el nombre de la droga, mientras que en 2003 ese número alcanzaba el 71%. El Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (Safyb) calcula que la sustitución por nombre genérico no supera actualmente el 9% de las ventas, en comparación con el 45% en los países desarrollados con una legislación similar (La Nación, 2014). Carlos Vasallo, profesor de economía de la salud de la Universidad de San Andrés, coincide con que la Ley de genéricos "fue una medida de corto plazo no pensada como una política estructural para cambiar un mercado de medicamentos muy concentrado" (La Nación, 2014). Por otro lado, D´Annunzio (2013) concluye en su investigación que la Ley por sí sola no resultó suficiente para incrementar la competencia en el mercado y asegurar el acceso a los medicamentos para toda la población.

El objetivo de este trabajo es responder la siguiente pregunta de investigación: ¿Por qué la Ley 25.649, una vez promulgada en 2002 y con un alto nivel de cumplimiento, hoy en día no es respetada y no se efectúan controles sobre la misma? Al mismo tiempo, analizaremos los efectos a corto y largo plazo que tuvo la Ley de genéricos en el mercado de medicamentos argentino, intentando dilucidar cuáles fueron las causas que llevaron a que el nivel de cumplimiento de la Ley disminuyera tan significativamente, cómo fue ese proceso y quiénes influyeron en el mismo, y por último brindaremos posibles soluciones para un mejor funcionamiento de la Ley.

2. Marco teórico

Para poder determinar cuál fue el propósito de la sanción de la Ley de genéricos, en qué contexto fue diseñada, qué mecanismos de control y de estudio de impacto se implementaron, debemos realizar un análisis de lo que son las políticas públicas. Según Tamayo Sáez, las políticas públicas se entienden como "un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención y termina con la evaluación de los resultados que han tenido las acciones emprendidas para eliminar, mitigar o varias ese problema". Otra definición que podemos encontrar sobre políticas públicas es la realizada por Ruiz López y Cadenas Ayala. Ambos autores coinciden en que las políticas públicas son "el conjunto de actividades de las instituciones de gobierno, actuando directamente o a través de agentes, y que van dirigidas a tener una influencia determinada sobre la vida de los ciudadanos" (Ruiz López y Cadenas Ayala, 2009, p. 5). De ambas definiciones podemos concluir que las políticas públicas son un proceso de decisiones, llevadas a cabo a lo largo de un plazo de tiempo con el fin de resolver uno o varios problemas que influyen en la vida de los ciudadanos.

Universidad de
San Andrés

En su estudio sobre las políticas públicas, Tamayo Sáez establece cinco fases que conforman la construcción de las políticas públicas:

La definición del problema: en esta primera etapa se define el problema, sus causas, sus dimensiones, a quién afecta y en qué medida, y cómo evolucionaría el problema si no se actuara sobre éste. La primera tarea del analista de políticas en esta primera fase es "identificar a los actores con algún tipo de interés en el problema y reconstruir sus definiciones" (Tamayo Sáez, 1997, p. 2). Por este motivo el autor cree que la definición del problema es principalmente una cuestión política, ya que se decide a quién se tiene en cuenta y hasta qué punto. Se podría pensar que lo que configura la agenda son todos los problemas que aquejan a la sociedad. Pero yendo a la realidad, no toda cuestión que aparece como problema en la sociedad logra constituirse en objeto de política pública. "¿Los problemas se constituyen como tales exclusivamente por su densidad objetiva o requieren también algún grado de

construcción social, subjetiva?" (Díaz, 1998, p. 12). Según dicha autora está claro que los problemas no existen sólo objetivamente, sino que requieren de la percepción de un actor individual o colectivo que plantee la cuestión. A su vez, plantea que es posible identificar la escala de valores o las preferencias sociales de la administración a partir de las temáticas priorizadas. Sin embargo ocurre muchas veces que la priorización no obedece a criterios ligados directamente a preferencias, sino que pueden "obedecer a imposiciones de hecho, cálculo racional de conveniencias, mera especulación política o económica, tentativas anticipatorias para frenar la tematización de otros actores y hasta urgencias nacidas desde instancias que no se controlan" (Díaz, 1998, p. 13).

Formulación de alternativas de solución del problema: luego de definir el problema, se pasa a especificar cuáles son los objetivos y prioridades, se estudian las distintas alternativas para llegar a esas metas como así también los riesgos, beneficios y costos que involucra cada una de ellas, y por último se analiza qué alternativa produce los mejores resultados con los menores efectos negativos. Para que una política sea pública, es "requisito indispensable que esté investida de legalidad, es decir, que sólo desde el ámbito público se puede formular una política pública" (Tamayo Sáez, 1997, p. 9). A su vez, la "evaluación político-pragmática de las alternativas recomendadas sigue criterios de conveniencia y oportunidad pero está fundamentalmente signada por la disponibilidad de recursos físicos, tecnológicos, humanos y financieros" (Diaz, 1998, p. 18).

Según Diaz (1998), la capacidad no tiene que residir necesariamente en el sector público. El gobierno debe saber aprovechar la capacidad que existe fuera del sector público, es decir en el sector privado, las organizaciones no gubernamentales y la comunidad en general. Igualmente el desempeño debe considerarse en relación con los recursos del municipio. En este sentido, todos estos condicionamientos se expresan en la selección definitiva de un curso de acción. Sus efectos se sienten lógicamente en el "planeamiento provisorio de las etapas de implementación y ejecución, la elaboración de planes de contingencia, la definición del responsable principal de la ejecución, e identificación de los órganos públicos, organizaciones no gubernamentales y

actores privados involucrados, la determinación de sus funciones y responsabilidades" (Diaz, 1998, p. 19).

Implementación de la alternativa elegida: esta etapa consiste en planificar y organizar el aparato administrativo y los recursos humanos, financieros, materiales y tecnológicos para ejecutar la política (Diaz, 1998). Dicha fase articula varios puntos:

- El detalle de los objetivos generales y específicos de los distintos actores
- La selección del nivel de ejecución de cada programa y proyecto
- El diseño organizacional para la ejecución, seguimiento y evaluación
- El diseño de mecanismos de coordinación y comunicación
- La elaboración de programas y proyectos con indicación de unidades ejecutoras y responsables y cálculo de cronogramas físicos y financieros
- La asignación de los recursos necesarios
- La programación de la capacitación y concientización
- El establecimiento de las formas de difusión y publicidad de la medida.

Hay dos posturas distintas en cuanto a la implantación de la alternativa. Una de ellas, llamada modelo "top-down", establece que la esfera política es la que decide, y la esfera administrativa es quien pone en marcha las decisiones, debiendo permanecer necesariamente separadas. Tamayo Sáez cree que bajo este modelo, el factor crítico del éxito de las políticas públicas es la calidad de la decisión. La otra postura más moderna es la implantación como proceso de interacción entre las condiciones iniciales y los resultados esperados, y esto se debe a que hay una cantidad de factores que el plan inicial no tiene en cuenta, actores no previstos que se incorporan al proyecto durante su implantación, todo esto deviniendo en múltiples adaptaciones sobre el plan inicial hasta hacerlo compatible con las condiciones locales y con los intereses de los distintos participantes. Si bien todas las etapas son de vital importancia para que una política pública sea eficiente, podemos decir que la implementación es

la etapa crucial en donde se coordinan y se llevan a la práctica las decisiones tomadas en las etapas anteriores.

Luego de la etapa de implementación, viene la ejecución, definida como el conjunto de acciones destinado a alcanzar los objetivos establecidos por la política (Diaz, 1998). Distintos autores difieren sobre si esta etapa pertenece a la implementación, pero podemos definir a esa última como la programación de la acción, y a esta etapa en particular de ejecución como el accionar propiamente dicho. Miguel Sanguinetti (2000) establece que la ejecución de políticas públicas y de actos de gobierno tropieza generalmente con 3 tipos de dificultades: algunas surgen de la naturaleza de las cuestiones que tratan, otras de las resistencias que generan, y otras de obstáculos que surgen en su implementación. Dicho autor hace referencia a esta última dificultad, específicamente la burocracia, al igual que la mayoría de la literatura especializada. Diaz (1998) difiere de esta perspectiva, aclarando que los efectos del accionar burocrático son una "instancia necesaria, con sus propias particularidades y productividad, jamás asumidas en abstracto sino indagadas como prácticas situadas" (Diaz, 1998, p. 25). Dicha autora establece que las dificultades para la planificación y articulación de las políticas no obedecen sólo a imperativos de su funcionalidad: reproducción, control social y legitimación. Las administraciones no identifican que la competencia política y la resistencia a eliminar la fragmentación institucional de la organización de las áreas sociales de la administración es una parte del problema.

Seguimiento de las políticas públicas: consiste en el proceso sistemático de supervisión de la ejecución de actividades. Su objetivo es suministrar la información necesaria para introducir posibles correcciones que aseguren el logro de los objetivos establecidos previamente. La elaboración de sistemas de seguimiento es "una actividad compleja y crucial; de su calidad y diseño reciben el sentido y pertinencia buena parte de las tareas que se desencadenan una vez que se los instaura: relevamiento de la información, su recepción, control de calidad y posterior clasificación" (Díaz, 1998, p. 27). Dicha autora establece que los niveles de precisión, rigurosidad, confiabilidad y comparabilidad de los productos resultantes afectan las posibilidades de interpretación, análisis y evaluación de la información, que una vez comunicada

y procesada son el insumo central del diseño y ejecución de acciones correctivas.

Evaluación de los resultados obtenidos: se evalúa cuáles fueron los impactos de la política implementada, se determina si los objetivos fueron alcanzados o no, y luego se pasa a establecer si se debe continuar o no con la política. Esta fase existe ya que el gobierno debe rendir cuenta de sus actos, explicar sus decisiones, presentar los logros alcanzados y de esta manera legitimar sus decisiones con resultados. Es la mensuración y análisis de los efectos producidos en la sociedad por las políticas públicas, especialmente en lo que son las realizaciones obtenidas y las consecuencias previstas y no previstas. Para poder realizar eficientemente esta evaluación, es necesaria una estructura organizacional para dicha actividad, apta técnicamente para la configuración de los instrumentos que permitan la elaboración de indicadores, la producción de información, su control de calidad, su clasificación y su análisis e interpretación (Díaz, 1998).

Dejando de lado el proceso de definición, diseño e implementación de las políticas públicas, pasamos a establecer qué características deben tener. En su análisis, Meny y Thoenig describen las siguientes:

- Un contenido: la actividad pública se "identifica bajo la forma de una sustancia, de un contenido. Se movilizan los recursos para generar resultados o productos. Estos productos son los que el analista examina como un problema de investigación para la acción, y resultan de un proceso de trabajo y de acción" (Meny y Thoenig, 1992, p. 90).
- Un programa: las políticas públicas no se reducen a un acto concreto considerado aisladamente; los actos y actividades se integran a un marco general. En este sentido, "los actos se articulan en torno a uno o algunos ejes específicos que forman un denominador común: el sector de intervención, el problema tratado, la constancia del decisor público en sus opciones e intenciones" (Meny y Thoenig, 1992, p. 90).

- Una orientación normativa: la actividad pública es resultado de la expresión de finalidades y de preferencias que el decisor asume responsablemente. Es decir, la actividad pública y los actos que se desprenden de ella no son el resultante de respuestas aleatorias.
- Un factor de coerción: el acto público es impuesto a la colectividad social, teniendo en cuenta que el actor gubernamental posee la legitimidad de la autoridad legal. Dicho actor, según Meny y Thoenig, ejerce una coerción que se apoya en el monopolio de la fuerza.
- Una competencia social: una política pública se "define por su competencia, por los actos y disposiciones que afectan la situación, los intereses y los comportamientos de los administrados" (Meny y Thoenig, 1992, p. 91).

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés

3. Descripción del mercado farmacéutico argentino

Para poder realizar la investigación, es necesario describir previamente los conceptos que harán más sencilla la comprensión de la misma. En este sentido, a continuación explicaremos los tipos de productos comercializados en la industria, características del mercado, la cadena de suministro y sus distintos actores, la determinación de los precios, y una introducción sobre lo que son las políticas públicas:

3.1 Clasificación por tipo de producto:

Para comenzar a entender el mercado de medicamentos, es de vital importancia conocer las distintas especialidades farmacéuticas que existen en el mercado. Como lo establece D´Annunzio (2013), la clasificación por tipo de producto es la siguiente:

- Medicamento original o innovador: es el que contiene un principio activo nuevo, resultado de la investigación y desarrollo del Laboratorio productor, que es propietario de los derechos de patente y los comercializa bajo un nombre de marca registrada.
- Licencias o “segundas marcas”: son aquellos productos originales o innovadores, pero comercializados por otras compañías farmacéuticas, respetando el proceso de fabricación del original y con otro nombre comercial, con autorización expresa del investigador.
- Copias o “similares”: aquellas especialidades que salen al mercado después del medicamento innovador, que contienen el mismo principio activo, pero sin la licencia del medicamento original. Deben cumplir con criterios de calidad y basan sus datos de seguridad y eficacia terapéutica en la documentación publicada que existe sobre dicho principio activo. En gran parte, las copias se denominan con una marca de fantasía que les permite competir con el innovador y las licencias “como uno más”. A su vez hay copias cuyo nombre es el del principio activo bajo Denominación Común Internacional (DCI) seguido del nombre del titular o fabricante de la especialidad.
- Medicamentos genéricos: es “todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma

farmacéutica, y cuya bioequivalencia (se comportan de igual manera en el organismo) con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de indisponibilidad" (Ley 29/2006, España, 2006). Solo pueden comercializarse una vez que la patente del original haya caducado. Se distribuyen con el nombre del principio activo, sin ser identificados como una marca comercial. La principal ventaja del medicamento genérico sobre uno de marca es el menor costo de producción al no requerir de inversión en investigación y desarrollo. Al mismo tiempo, estos medicamentos cumplen los mismos registros sanitarios que los medicamentos de marcas y tienen la misma eficacia sobre el organismo.

3.2 Características del mercado:

Como lo establece D´Annunzio en su estudio (2013), el mercado farmacéutico global se caracteriza por ser una actividad altamente competitiva y globalizada, con un alto grado de regulación de precios por parte de los gobiernos, y con altas barreras de entrada. La principal diferencia que hay entre laboratorios es que aquellos innovadores compiten en el desarrollo de nuevas drogas y por diferenciación de sus productos, afrontando altos costos de investigación, desarrollo y promoción. En cambio, aquellos laboratorios productores de medicamentos genéricos o similares no enfrentan esos costos, por lo que representan una fuerte competencia debido a sus precios menores.

A su vez hay que tener en cuenta que en el mercado farmacéutico intervienen una gran cantidad de actores, cumpliendo diversos roles en el proceso que inicia en la producción y termina en el consumo. Esta diversidad de actores genera que el mercado farmacéutico sea altamente complejo. En muchas de las relaciones entre los distintos actores se presenta asimetría de información, lo que genera una disfunción en el mercado ya que el nivel de información sobre la calidad, la eficacia, la inocuidad, el valor monetario y la idoneidad específica de los medicamentos varía en gran medida entre las partes que intervienen.

La mayor desigualdad de conocimientos se da entre el prescriptor o el dispensador y el consumidor final. Esto permite a que los farmacéuticos den

consejos equívocos en beneficio propio y así aumentar sus ingresos. Al mismo tiempo, puede haber prescripciones desacertadas si el prescriptor desconoce determinado producto. En este sentido, fabricantes tienen la posibilidad de beneficiarse de ese desconocimiento entregando información tergiversada, con el propósito de aumentar sus ventas. Frente a este dilema, hay ciertas herramientas que poseen los gobiernos para que no se generen estos beneficios a partir de la asimetría de la información. Se establecen normas de calidad, se reglamentan las prácticas de promoción, se generan actividades de información y capacitación, y se intenta fortalecer la ética profesional para impedir la prescripción por motivos de lucro. A su vez, los colegios farmacéuticos y las distintas asociaciones de laboratorios pueden generar ciertas normas de comportamiento para impedir que esa asimetría de información sea aún mayor.

Dentro del mercado farmacéutico, podemos distinguir tres sub-mercados que difieren en cuanto a sus dinámicas:

- Mercado popular: está conformado por medicamentos O.T.C. (Over The Counter) o medicamentos de venta libre. Estas especialidades entran en este mercado ya que fueron autorizadas a ser dispensadas sin receta médica, destinadas a dolencias menores que no requieren de tratamiento médico, y por ende son comprados directamente. En este mercado entra en juego la publicidad que realizan los laboratorios, para poder ejercer presión sobre los consumidores, ya que son especialidades adquiridas directamente por estos.
- Mercado Ético: está conformado por los medicamentos de venta bajo receta. Es decir, son especialidades que, por el contrario a los del mercado popular, solo pueden dispensarse si hay una prescripción médica. En este mercado entran en juego ciertos actores de financiación, es decir las entidades de seguridad social. Al ser especialidades dispensadas por el farmacéutico, las asimetrías de información comienzan a ser uno de los factores por los cuales creció la venta de medicamentos genéricos (Tobar y Sánchez, 2014). Asimismo, Malvestiti (2005) establece que “la estructura del mercado ético se construye sobre tres pilares: la oferta, el médico y el paciente”

(p. 15). Si tenemos en cuenta la oferta, hay que destacar que su actividad sobre el consumo está dirigida al médico. Según Malvestiti, los laboratorios tratan de influir en el médico para que recete sus productos, mediante visitadores médicos, publicidad, conferencia, congresos, premios y viajes. Todos estos gastos luego se trasladan al precio que paga el consumidor. Por su parte, el médico tiene el poder exclusivo de recetar, no figurando el precio entre los factores de influencia. Finalmente, el paciente es quien abona un precio determinado, sin posibilidad de influir sobre lo que se consume.

- Mercado Institucional: en este mercado se incluyen los medicamentos hospitalarios o de internación, adquiridos generalmente por el sistema de salud estatal, o por sanatorios y clínicas privadas. Se adquieren a través de licitaciones por precios.

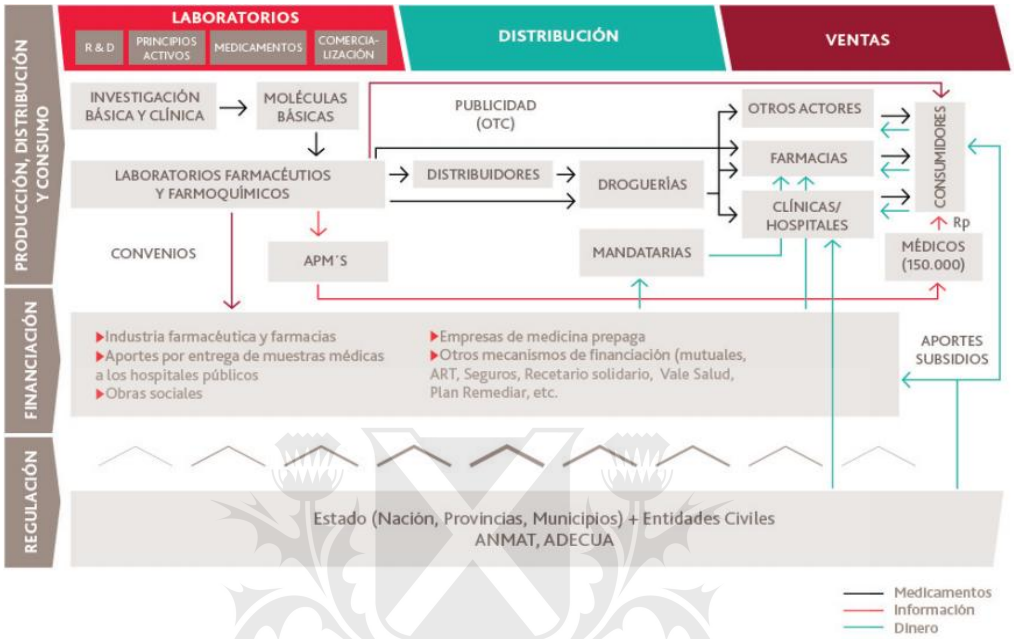
3.3 Cadena de Suministro y actores participantes:

Según Laudon y Laudon (2008), la cadena de suministro de una empresa es una red de organizaciones y procesos de negocios que se conjugan para la adquisición de materias primas, la transformación de estas materias en productos intermedios y terminados, y la distribución de estos últimos a los clientes. Esta cadena enlaza a proveedores, plantas de manufactura, centros de distribución, tiendas detallistas y clientes para el suministro de bienes y servicios desde su origen hasta su consumo. Si tenemos en cuenta la cadena de suministro del mercado farmacéutico, podemos dividirla en tres grandes categorías: productos/distribución/consumo, financiación y regulación.

En la siguiente figura podemos observar como es la cadena de suministro del mercado farmacéutico argentino, y cómo se relacionan los distintos actores.

Universidad de San Andrés

Figura 1: Cadena de Suministro del mercado



3.3.1 Primer categoría:

En el cuadro anterior podemos ver la relación entre los distintos actores de la primera categoría de la cadena de suministro: Laboratorios, distribuidoras, droguerías, mandatarias y farmacias.

- Laboratorios:

Los laboratorios son los encargados de realizar la compra de materias primas para luego realizar la producción de los medicamentos. Una vez terminados, se debe realizar la logística para que se efectúe la distribución a los distintos canales de comercialización. Los laboratorios tienen la opción de contar con una fuerza de venta directa a las farmacias, o disponer de un sistema indirecto en el cual las distribuidoras realizan la repartición de los medicamentos hacia las droguerías, y estas finalmente hacia las farmacias. Según un estudio realizado por KPMG (2014), en Argentina, cerca del 60% de los laboratorios activos son de capitales nacionales, mientras que el 40% restante son de capitales extranjeros.

Figura 2: Ranking de facturación. Año 2013

RANKING	EMPRESAS	ORIGEN DEL CAPITAL	FACTURACIÓN (*EN MILLONES DE PESOS*)	SHARE (EN %)	EMPLEADOS
1	Roemmers	Argentina	2,463	9.1	900
2	Laboratorios Bagó	Argentina	1,298	4.8	1,380
3	Laboratorios Elea	Argentina	1,176	4.4	250
4	Gador	Argentina	1,108	4.1	500
5	Bayer	Alemania	1,003	3.7	1,020
6	Casasco	Argentina	1,003	3.7	700
7	Laboratorios Raffo	Argentina	979	3.6	1,100
8	Baliarda	Argentina	898	3.3	700
9	Pfizer	Estados Unidos	876	3.2	500
10	Montpellier	Argentina	860	3.2	
11	Ivax Argentina	Argentina	854	3.2	200
12	Laboratorios Phoenix	Argentina	714	2.6	520
13	Glaxo Smithkline Argentina	Reino Unido	700	2.6	600
14	Sanofi Aventis	Francia	681	2.5	475
15	Novartis	Suiza	649	2.4	620
16	Boehringer Ingelheim	Alemania	643	2.4	400
17	Laboratorios Bernabó	Argentina	600	2.2	
18	Investi Farma	Argentina	592	2.2	
19	Andrómaco	España	511	1.9	610
20	Beta	Argentina	451	1.7	700
20 PRIMEROS			**18,060**	**67**	**11,175**
TOTAL			**27,035**	**100**	**40,400**

Fuente: "La industria farmacéutica argentina: presenta y perspectivas", KPMG (2014)

Universidad de SanAndrés

En la figura anterior se evidencia una particularidad del mercado farmacéutico argentino, ya que es uno de los cuatro países del mundo en cuyo sector las empresas de capital nacional tienen mayor presencia y participación que las empresas de capital extranjero. Podemos ver en la figura anterior que 8 de los 10 primeros laboratorios son de capital nacional. A su vez, como lo demuestra D´Annunzio en su trabajo (2013), el market share de los laboratorios nacionales es más alto medido en unidades que en valores, dejando en evidencia que el precio promedio por unidad es menor que en las compañías extranjeras. Estos hechos actuales son consecuencia de haber sido la Argentina un país pionero regional en la fabricación de medicamentos,

posicionándose les empresas nacionales entre las más importantes de Latinoamérica.

- Distribuidoras:

Las distribuidoras son empresas logísticas creadas por los principales laboratorios que concentran la distribución hacia las droguerías. El principal objetivo de las distribuidoras fue desde su origen reducir los costos de distribución e inventarios, y al mismo tiempo realizar un proceso de especialización e integración vertical. Sin embargo, hoy en día ocupan un lugar estratégico en la distribución de los medicamentos, desplazando en gran parte a las droguerías. Brindan soluciones integrales para la industria farmacéutica en materia de almacenamiento, venta, facturación, distribución y cobranza, permitiéndole a los laboratorios concentrarse en lo central de su negocio, que es la producción y marketing.

- Droguerías:

Por su parte, las droguerías proveen a las farmacias y distintas instituciones de salud en todo el país. Las droguerías integrales son aquellas que comercializan todas las especialidades medicinales, con una logística de alto nivel de servicio por celeridad y frecuencia de entrega. De todas maneras, las droguerías también comercializan medicamentos de laboratorios genéricos más pequeños que cuentan con una fuerza de venta directa a farmacias y droguerías, ya que esta es la única manera que tienen dichos laboratorios de poder llegar a una mayor cantidad de farmacias.

- Mandatarias:

Por otro lado, las mandatarias “son organizaciones que se encargan de unir a las obras sociales y prepagas con una red de farmacias, a las cuales les saca un porcentaje de descuento que luego volcará a la obra social y a sus costos. A su vez, brinda el servicio de auditoría de recetas” (Malvestiti, 2005, p.16).

- Farmacias:

Por último, las farmacias son el canal de dispensación. Es decir, el comercio en el cual las personas realizan la compra final de los medicamentos. Podemos distinguir a las farmacias chicas, medianas y cadenas de farmacias.

3.3.2 Segunda categoría: La financiación

La seguridad social está constituida por los agentes que proveen el financiamiento a los consumidores cuando estos necesitan realizar gastos en materia de salud. Dicho sector está conformado por más de 300 entidades actualmente, divididas en:

- Obras sociales estatales, por ejemplo PAMI, IOMA.
- Obras sociales sindicales, por ejemplo SMATA, OSECAC .
- Empresas de medicina prepaga, por ejemplo Medicus, OSDE, Galeno.

3.3.3 Tercer categoría: La regulación

La industria farmacéutica en general se caracteriza por tener un alto grado de regulación. Dentro de este mercado de medicamentos, el estado juega un rol fundamental como ente regulador. Brinda el marco institucional adecuado y los mecanismos de gestión y control necesarios para su funcionamiento. El principal control que estos ejercen es sobre los precios de los medicamentos, la principal variable en este mercado. Por este motivo el precio de un mismo producto puede diferir entre una región y otra.

Al mismo tiempo, cabe destacar que el Estado es uno de los principales consumidores de medicamentos, a través de los tres presupuestos: nacionales, provinciales y municipales. Son todas las compras de medicamentos que se realizan para los hospitales públicos. Está conformado por el Ministerio de Salud Nacional, Ministerios de Salud Provinciales y por la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT). Este último es un organismo descentralizado de la Administración Pública Nacional, creado en agosto de 1992, mediante decreto 1490/92. Es el organismo encargado de llevar adelante los procesos de autorización, registro, normatización, vigilancia y fiscalización de los productos de su competencia en

todo el territorio nacional. Sus objetivos son proteger la salud humana, garantizando que los medicamentos, alimentos y dispositivos médicos posean tanto eficacia, como seguridad y calidad.

3.4 Determinación de los Precios

"Los precios de los medicamentos dependen de su estructura de costos, el cual determina el precio de manufactura, y del mercado al que va dirigido, incidiendo sobre los márgenes de utilidad que las empresas obtienen" (Malvestiti, 2005, p.19). Podemos decir que el costo de elaboración está compuesto entonces por los siguientes elementos:

- Gastos de investigación y desarrollo;
- Costos de producción, aquí entran los costos de materias primas, del blisteado y estuchado (empaque) de los medicamentos;
- Costos operativos, administrativos y aquellos necesarios para efectuar los controles de calidad;
- Gastos de distribución, incluyendo gastos de almacenamiento, transporte y atención al cliente;
- Gastos de promoción: aquí entra toda la inversión realizada en publicidad, salarios y comisiones de los agentes de propaganda médica (APM), congresos y costos de muestras médicas.

En el mercado farmacéutico argentino son los propios laboratorios quienes establecen lo que se llama el Precio de Venta al Público (PVP) de un medicamento. Como establece D´Annunzio (2013), dicho PVP luego se toma como referencia en toda la cadena de comercialización, en donde se fijan los márgenes de utilidad de cada actor como porcentaje fijo de ese PVP, desde distribuidoras hasta droguerías y farmacias. Aquí es donde entran en juego diferentes variables en cuanto a la financiación de los medicamentos. Como explicamos anteriormente, en el mercado de medicamentos OTC, o de venta libre, la financiación puede ser efectuada por la farmacia directamente al consumidor. En cambio, en el mercado ético, entran en juego las entidades de seguridad social, tanto públicas como privadas.

Las droguerías compran los productos con un descuento ya preestablecido y fijo en la industria, del 31% sobre el PVP. A este se le llama “precio droguería”. A su vez, las droguerías pueden obtener un descuento adicional, alcanzando hasta un 39% de descuento sobre el PVP. Por otro lado, el precio de compra de las farmacias se establece en un 20% sobre el PVP, llegando a obtener descuentos totales del 33%. A través de distintos convenios con diferentes entidades de seguridad social, las farmacias ceden descuentos. En este sentido, el precio total pagado por un medicamento se divide en diversas partes, variando en cada caso de convenios acordados.

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés

4. Primeros efectos de la Ley 25.649

Para comprender los efectos de la Ley, primero debemos describir cómo funcionaba el mercado farmacéutico previamente a su sanción. El sistema comenzaba con los incentivos de los laboratorios de marca, quienes a través de distintos métodos intentaban influir en la prescripción de los médicos. Contaban con una fuerza de visitadores médicos, encargados de relacionarse con los médicos, ofreciéndoles distintos tipos de beneficios para que prescriban sus marcas en vez de la competencia. En este sentido, el médico no tenía motivos para prescribir medicamentos genéricos, ya que estaba otorgándole al paciente un medicamento de calidad y a su vez se beneficiaba personalmente. Luego, el paciente se dirigía a la farmacia, y el farmacéutico debía otorgarle el medicamento que la receta contenía, sin posibilidad de cambio. Ni el farmacéutico ni el paciente tenían posibilidad de influir en la compra, quien contaba con la decisión final era el médico prescriptor. Este último no elegía el medicamento para conveniencia financiera del paciente, y allí es donde se generaba un problema de agencia por asimetría de información. En este caso, como establece Malvestiti (2005), la demanda era inelástica porque el paciente no tenía posibilidad de sustituir lo prescripto. A su vez, se agrega el caso de que el consumidor tuviera cobertura médica, situación en la cual el pago era parcial y el resto lo abonaba la obra social o prepaga, generando mayor inelasticidad al precio. Dicho de esta manera, el negocio era para unos pocos, concentrando el poder en los laboratorios de marca que contaban con mayores recursos. Los precios de los medicamentos eran muy altos ya que se trasladaban los costos de promoción y todos aquellos relacionados con las visitas médicas, desde el costo de las muestras hasta la invitación a distintos congresos médicos del mundo. En síntesis, la oferta de medicamentos se concentraba en los laboratorios de marca, y la demanda en los médicos prescriptores.

La Ley 25.649 se sancionó en un contexto de profunda crisis económica y social. Fue una política que se diseñó a partir de la necesidad de bajar los precios de los medicamentos, teniendo en cuenta la importancia de estos en la vida de las personas, ya que más allá de la situación económica, los

medicamentos se deben seguir consumiendo en muchos casos por patologías crónicas. Teniendo en cuenta la definición de lo que es una política pública, entendiendo a esta como un proceso que se inicia cuando un gobierno o un directivo público detecta la existencia de un problema que, por su importancia, merece su atención, podemos decir que dicha Ley se inició como una política pública.

En este sentido se sancionó la Ley 25.649 con dos objetivos específicos: promover la competencia por precio y mejorar la calidad de la prescripción. Las medidas tomadas fueron la obligación del médico prescriptor de consignar el nombre genérico del medicamento; el derecho del usuario de elegir según su preferencia; habilitación al profesional farmacéutico a dispensar la alternativa comercial elegida. Nicolás Santander, presidente de Capgen afirma:

"Dos claves tiene la definitiva consolidación de los genéricos en el país: la ley que obliga a la prescripción por denominación común internacional y el rol profesional del farmacéutico. La Ley se va a cumplir en su totalidad siempre y cuando el farmacéutico tenga la posibilidad de hacer docencia con el paciente, dando a conocer que existen diferentes alternativas, algunas más económicas, y que el paciente pueda tomar la decisión de que medicamento se lleva" (Capgen, 2014).

Luego de la sanción de la Ley, como bien establece D´Annunzio (2013), los laboratorios de marca cambiaron su estrategia, otorgando menos incentivos a los médicos prescriptores, ya que éstos no le generaban tantos beneficios al tener que prescribir con el nombre genérico de la droga. Estos laboratorios se enfocaron en incentivar a las farmacias al otorgarles mayores descuentos en sus medicamentos a cambio de recomendación dirigida a sus productos en el mostrador. A partir de la Ley, el médico prescribe un medicamento por su nombre genérico, y el consumidor puede optar en la farmacia por el producto que más le conviene. En esta situación, el farmacéutico ya no es un simple intermediario ya que tiene la posibilidad de influir en la decisión del consumidor, tratando de dispensar el medicamento que más retorno le represente a la farmacia.

Benedetto (2006) establece que la sanción de la Ley contribuyó a que haya una disminución en el precio de los medicamentos. En su trabajo, Benedetto explica que hay una porción de los consumidores pertenecientes a la parte inelástica de la demanda, que no son leales a una marca en particular, sino que buscan un mínimo de calidad. Una vez garantizado ese mínimo de calidad, eligen por precio. En este sentido, la calidad viene garantizada por ser un medicamento de marca. Esto generó que no haya competencia por precio entre medicamentos de marca y genéricos, pero sí contribuyó a que haya competencia por precio entre los laboratorios de marca, generando un estancamiento en el aumento de los precios. Por su parte, los medicamentos genéricos abastecieron lo que se puede llamar la parte elástica de la demanda, compitiendo por precio y generando menores gastos a la salud para una gran porción de la población.

Contribución al problema de asimetría de la información:

Como establecimos anteriormente, se dan ciertas disfunciones en el mercado cuando hay actores que tienen mejor información acerca de la calidad del producto. En el mercado farmacéutico el nivel de información sobre la calidad, inocuidad, el valor monetario, la eficacia y la idoneidad específica de los distintos medicamentos varía entre los distintos actores que intervienen. Generalmente, el consumidor o paciente tiene menos conocimientos que el médico prescriptor o el farmacéutico dispensador. El mayor problema que esta disfunción genera es que le permite a los médicos y farmacéuticos dar consejos equívocos para aumentar sus beneficios. En este caso puede llegar a haber prescripciones desacertadas si hay cierto desconocimiento por parte del prescriptor. Al mismo tiempo algunos laboratorios fabricantes pueden aprovechar esa falta de información por el simple objetivo de aumentar sus ventas. En síntesis, en la mayoría de los casos, la decisión de consumo de un determinado medicamento, su marca y dosificación no es tomada por el consumidor final sino por el médico. Este último tiene conocimientos suficientes para reducir dichas asimetrías de información. Sin embargo, no es ajeno a la existencia de promociones, publicidades y diferentes mecanismos de incentivos por parte de la oferta (BDO Becher y Asociados, 2013).

Para hacer frente a estos problemas, el gobierno cuenta con distintos instrumentos. Por ejemplo, el establecimiento de normas de calidad, la reglamentación de las prácticas de promoción, realizar actividades de información y capacitación tanto para los pacientes consumidores como así también para los farmacéuticos y médicos, el fortalecimiento de la ética profesional para impedir la prescripción por motivos de lucro, y el establecimiento de un régimen de licencias y registros para los distintos actores del sector (Economía de la Salud y Medicamentos" No. 005, 1997).

En el caso del sector farmacéutico argentino, el problema se origina en la dinámica entre los distintos actores, que son quienes ordenan, pagan y consumen los medicamentos (BDO Becher y Asociados, 2013). Podemos decir que el médico es quien ordena, pero no paga ni consume; el agente intermediario, que puede ser una empresa de medicina prepaga por ejemplo, paga parcial o totalmente pero no ordena ni consume; finalmente el paciente consume el medicamento, paga su totalidad o una parte, pero no elige el producto. "Esta dinámica, caracterizada por fuertes asimetrías de información, puede dar lugar a situaciones de riesgo moral por parte de los diferentes actores involucrados que tengan algún tipo de poder de negociación o decisión" (BDO, 2013, p.22). Uno de los principales objetivos de la Ley 25.649 era poder reducir dichas asimetrías de información en beneficio del consumidor final. La Ley le otorga el poder de decisión tanto al farmacéutico como al paciente, ya que el médico está obligado a prescribir por nombre genérico de la droga del medicamento, pudiendo el paciente posteriormente decidir qué marca comprar en la farmacia.

Un estudio realizado por el Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud (2010) demuestra que tanto la capacidad de los productores de crear o inducir la demanda, como el papel de la promoción en la elección de las alternativas terapéuticas que llevan a elegir medicamentos de marca, la relación de agencia imperfecta, la protección por patentes y lealtad a la marca, y la concentración oligopólica por segmentos de productos son todas manifestaciones de una misma causa: la asimetría de información. Dicha asimetría genera "diferenciaciones artificiales de los productos por la cual aunque haya muchos fabricantes, siempre existe la tendencia a mantener monopolios transformando

a los consumidores en cautivos” (PAG.). Según este estudio, hay tres acciones que se pueden realizar para reducir las asimetrías de información. La primera de ellas es la extensión del uso de Denominación Común Internacional (DCI) en el rotulado y los prospectos. En términos generales, en Latinoamérica se exige que la rotulación contenga la declaración del fabricante, la fecha de vencimiento, el contenido, dosis, numero de registro sanitario y prospecto de uso. Otra de las acciones es el uso de DCI en propaganda y restricciones a la publicidad. En 2006, la Cámara de Diputados de Argentina otorgó media sanción al proyecto de ley de “Código de Ética para la promoción de medicamentos”. En su artículo 2° establecía la obligatoriedad de incluir la DCI en todas las piezas publicitarias con igual tipografía y tamaño que los nombres comerciales. Dicha ley fue objetada posteriormente por la Cámara de Senadores. Diez años después, la diputada nacional Graciela Camaño presenta nuevamente el mismo proyecto de Ley para su tratamiento parlamentario. Entre sus fundamentos, la diputada nacional establece que “es necesario un código de ética para la promoción del medicamento, que contemple esta actividad en todas sus formas, incluyendo prensa, publicidad directa por correo, actividad de los agente de propaganda médica, el patrocinio de congresos y de reuniones científicas, así como el ofrecimiento de muestras, incentivos, obsequios a profesionales habilitados para prescripción y dispensación de medicamentos por parte de la industria farmacéutica” (IEPS, 2016). Todos estos fundamentos se basan en la necesidad de un marco legal que garantice el acceso a una información honesta, precisa y objetiva de los medicamentos, para acompañar la facultad de los consumidores de elegir entre las distintas marcas comerciales de un mismo principio activo que puede presentar la industria farmacéutica. En otras palabras, son medidas para poder reducir la asimetría de información que reina el mercado farmacéutico.

Por último, otra de las acciones que presenta el Instituto de Estudios sobre Políticas de Salud (2010) para contrarrestar las asimetrías de información es la fiscalización del cumplimiento de normas éticas en la promoción y comercialización de medicamentos. Un estudio realizado por la Revista Panamericana de Salud Pública (2011) analizó las distintas regulaciones sobre promoción de medicamentos y su grado de acatamiento reflejado en

publicidades dirigidas al público en Argentina, Colombia, Ecuador, Nicaragua y Perú. Los resultados reflejaron que los países cuentan con regulaciones que incorporan los criterios éticos de la OMS, pero que más del 70% de las piezas analizadas omitían información sobre efectos adversos, y que el 50% de los anuncios de medicamentos de venta libre expuestos en farmacias incluían indicaciones no aprobadas por la autoridad sanitaria correspondiente. Esto quiere decir que hay cierta regulación en nuestro país, pero no se efectúan los controles adecuados, generando un escenario aún más favorable para aquellos laboratorios de marca que cuentan con mayores recursos y profundizando más la asimetría de información.

Mejora en la rentabilidad de las farmacias:

Como establece D´Annunzio en su trabajo (2013), un claro ganador de la Ley 25.649 fue la farmacia, ya que comenzó a recibir mayores incentivos a través de mayores descuentos por parte de los laboratorios. Se demuestra que antes de la Ley, los descuentos sobre el Precio de Venta al Público (PVP) otorgado por los laboratorios a las farmacias eran del 33% aproximadamente, mientras que posteriormente a la Ley, dichos descuentos se incrementaron hasta un 42% en el caso de las marcas líderes. Los medicamentos genéricos comenzaron a otorgar mayores descuentos teniendo en cuenta la competencia por precio que se estableció a partir de la Ley, llegando a otorgar descuentos del 80%.

Según la tesis de Benedetto (2006), había un potencial problema con el objetivo de la Ley, ya que si los laboratorios líderes comenzaban a hacer mayores descuentos a las farmacias a cambio de recomendaciones de sus productos, entonces se corría el riesgo de que no haya sustitución en el mostrador por medicamentos genéricos. Pero dicho problema no debería existir teniendo en cuenta que para las farmacias sería mucho más rentable dispensar medicamentos genéricos, por los altos descuentos ofrecidos por los laboratorios hacia las farmacias. En este sentido, hubo una disminución en el aumento de precios de las marcas líderes ya que comenzaron a competir por precio entre ellas, apuntando a la demanda inelástica de la demanda, y al mismo tiempo comenzó a haber una gran competencia entre los laboratorios de

medicamentos genéricos, quienes apuntaban a la porción elástica de la demanda.

Para poder demostrar cómo se dio la mejora en la rentabilidad de las farmacias, explicaremos a continuación como es el esquema en el sistema de una farmacia, aplicando generalidades ya que los números pueden variar en cada caso en particular teniendo en cuenta las distintas legislaciones provinciales, y a su vez teniendo en cuenta que las farmacias obtienen distintos descuentos.

El siguiente esquema lo planteó el contador Sergio Alejandro Tertusio en una charla de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA). En el caso de los medicamentos de laboratorios líderes, las farmacias los obtienen a través de las droguerías. En la siguiente imagen podemos ver un esquema básico de rentabilidad de una farmacia:

Esquema de rentabilidad básico

•Precio Venta al Público	100%
•- Costo de medicamento	68%
•=Contribución Marginal	32%
•- Ingresos Brutos	2%
•= Excedente Bruto	30%
•- Costos operativos, costos fijos y descuentos	
•= Rentabilidad Neta	4% al 10%

Si el Precio de Venta al Público (PVP) es de $100, la farmacia obtendrá ese medicamento con un descuento promedio del 32% sobre el PVP, abonando $68 con un plazo de pago de no más de 15 días. En este sentido, la contribución marginal de la farmacia, entendida esta como la diferencia entre la

mercadería vendida y el costo de dicha mercadería, es del 32%. A eso se le debe restar el impuesto sobre los Ingresos Brutos, quedan un excedente bruto aproximado del 30%. Con dicho excedente la farmacia debe enfrentar todos sus costos operativos, costos fijos y descuentos que realizan a sus clientes, quedando una rentabilidad neta variable entre un 4% y un 10%.

Por otro lado debemos analizar el caso de los llamados medicamentos genéricos, para poder comprender cómo la Ley 25.649 contribuyó a la mejora de la rentabilidad de las farmacias.

Esquema de rentabilidad: caso genéricos

•Precio Venta al Público	100%
•- Costo de medicamento	20% al 35%
•- Descuento al cliente	20% al 30%
•=Contribución Marginal	35% al 60%
•- Ingresos Brutos	2%
•= Excedente Bruto	33% al 58%
•- Costos operativos, costos fijos y descuentos	
•= Rentabilidad Neta	7% al 20%

QUAERERE VERUM
Universidad de
San Andrés

En el esquema anterior podemos ver cómo cambia la situación cuando hablamos de medicamentos genéricos. Los laboratorios genéricos tienen la posibilidad de contar con una fuerza de venta directa a farmacias, o en su defecto vender sus productos a droguerías con descuentos aún mayores que aquellos otorgados a las farmacias. Por este motivo es que en general el descuento que obtiene la farmacia sobre el PVP de un medicamento genérico varía entre el 65% y el 80%. Luego, para poder competir con los medicamentos de marca y poder realizar la sustitución en el mostrador, la farmacia debe realizar un descuento al cliente, que varía entre un 20% y un 30%. De dicha forma la contribución marginal de la farmacia es de entre un 35% y un 60%.

Luego del impuesto a los Ingresos Brutos, y de los costos operativos y costos fijos, la rentabilidad de la farmacia varía al final del ciclo entre un 7% y un 20%. De esta manera las farmacias, a partir de la sanción de la Ley 25.649, vieron la oportunidad de mejorar la rentabilidad de sus negocios a partir de incrementar la venta de medicamentos genéricos. Sin embargo, los laboratorios líderes, ante una pérdida del market share en los primeros años posteriores a la sanción de la Ley, comenzaron a realizar ciertas acciones para contrarrestar dicha pérdida. En el siguiente capítulo del trabajo expondremos cómo se adaptó el mercado farmacéutico en los años posteriores, y cuáles fueron las principales causas del desacato generalizado de la Ley.

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés

5. Desarrollo

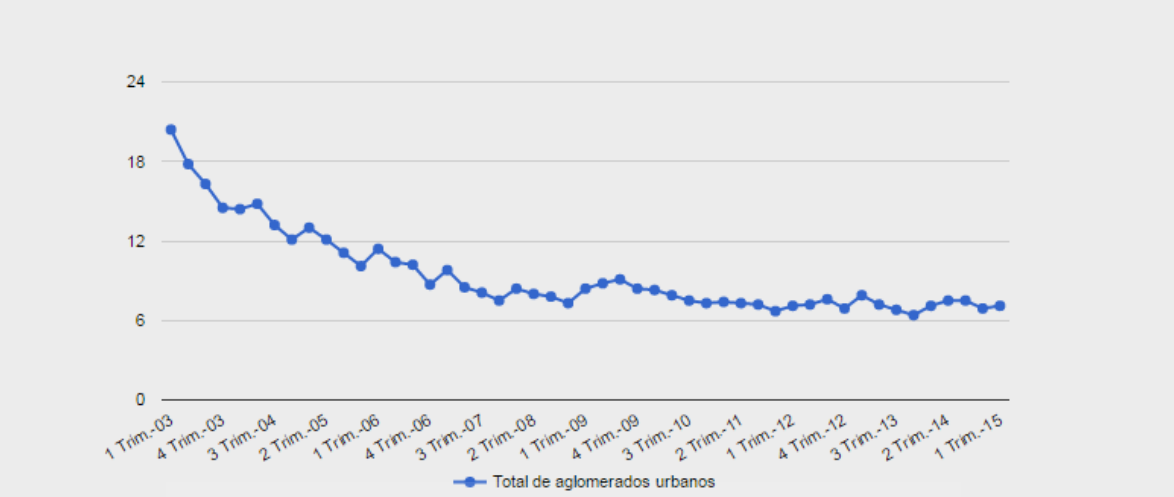
Como explicamos anteriormente, la llamada Ley de genéricos se sancionó con el objetivo de generar mayor competencia en el mercado de medicamentos en Argentina, para poder disminuir el gasto en salud. Dicha medida se tomó en un contexto inflacionario y de crisis económica del país, hecho por el cual se creía que la Ley iba a ser efectiva al ser una política pública destinada a bajar los costos de los medicamentos para el bienestar de la población. Si bien la Ley en los primeros años fue efectiva, ya que para 2003 el 71% de las prescripciones se realizaban por el nombre genérico de la droga (La Nación, 2014), hoy en día menos del 20% de ellas cumple con la Ley. A continuación describiremos cuales son las principales causas que atribuyeron al no cumplimiento de la Ley.

5.1 Economía Nacional

Durante los primeros tres años posteriores a la sanción de la Ley, en medio de la emergencia sanitaria decretada, se impuso un mayor consumo de medicamentos genéricos ya que eran realmente más baratos que los medicamentos de marca. Este hecho se explica también ya que frente a la crisis, gran parte de la población argentina perdió sus empleos, motivo por el cual quedaron sin cobertura médica, optando por aquellos medicamentos de menor costo. Hasta este punto podemos decir que la política diseñada fue efectiva, si tenemos en cuenta su finalidad. Llegado el año 2005, la economía nacional se estaba recuperando, cayendo nuevamente el mercado de genéricos. Como establece D´Annunzio (2013), “se produjo un incremento en las tasas de empleo, una recuperación del salario en términos reales y por ende una mayor cobertura médica de la población” (P. 33).

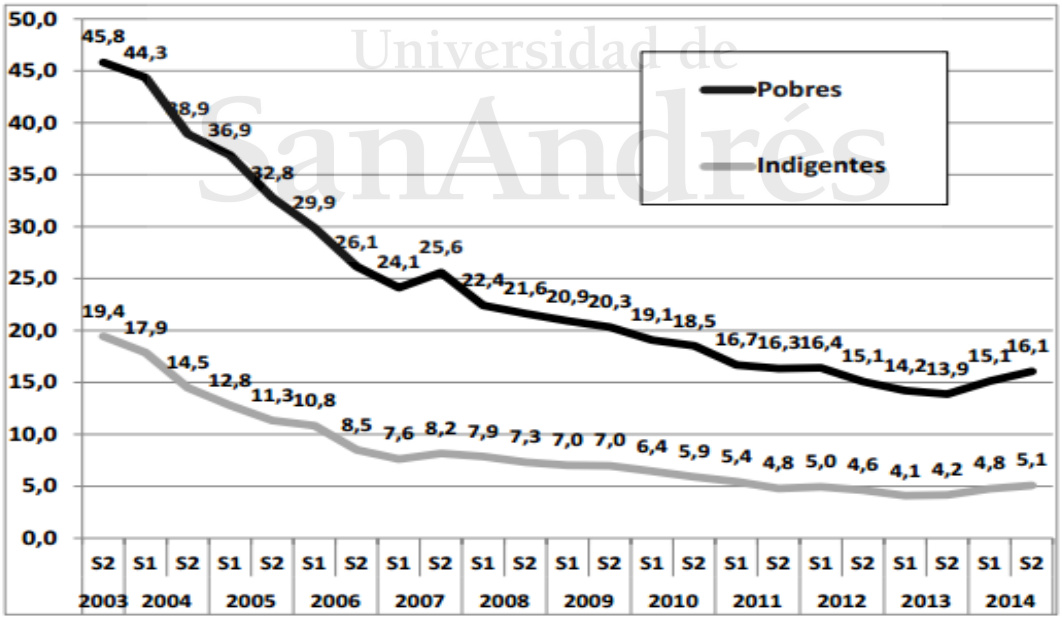
En las siguientes figuras, podremos observar las tasas de desocupación, las tasas de pobreza e indigencia, y el precio promedio de los medicamentos genéricos en relación al precio de medicamentos de marca.

Figura 3: Evolución de la tasa de desocupación en porcentajes (2003-1015)



Fuente: INDEC

Figura 4:Evolución del porcentaje de población bajo la línea de pobreza e indigencia



Fuente: estimaciones del CESO, en base a canastas del cuadro 1 y bases de la EPH-INDEC.

En la primera de estas dos figuras encontramos que la desocupación en la Argentina fue disminuyendo luego de la crisis del 2001. Junto con esto, en la segunda figura observamos una disminución significativa en los niveles de pobreza e indigencia en la población. En el año 2003, el índice de pobreza era de 45,8% y el índice de indigencia de 19,4%, siendo esta una de las principales razones de crecimiento del market share de los medicamentos genéricos. A medida que la economía se fue reactivando, estos índices de pobreza e indigencia fueron disminuyendo, llegando en el 2014 a ser del 16,1% y 5,1% respectivamente. Como dijimos anteriormente, esta mejora en los índices, junto con la disminución del porcentaje de desocupación en el país hicieron que los medicamentos genéricos pierdan mercado.

5.2 Aumento en la cobertura social

El aumento de la cobertura social fue otra de las causas que impidió el correcto funcionamiento de la Ley. En una entrevista realizada a Gustavo Malvestiti, vicepresidente del laboratorio Microsules Argentina S.A. y miembro de la comisión directiva de la Cámara Empresaria de Laboratorios Farmacéuticos (COOPERALA), estableció que “con el pasar de los gobiernos, se fueron agregando afiliados al PAMI, no solo jubilados sino también personas con incapacidades, ex combatientes de la guerra de Malvinas, y jubilados y pensionados que nunca habían aportado al sistema de seguridad social” (Entrevista a Gustavo Malvestiti). Esto generó que hoy en día el PAMI sea la mayor obra social del país, contando actualmente con 4,8 millones de afiliados. En marzo de 2005, el PAMI dictó la resolución 337 posteriormente aprobada por el gobierno de Néstor Kirchner. Dicha resolución implementa un sistema de provisión de medicamentos con cobertura del 100%. Como establece D´Annunzio, hasta el 2005 solo 10.000 beneficiarios recibían medicamentos gratuitos por razones sociales, aumentando exponencialmente en los años posteriores hasta llegar en 2012 a ser 1.800.000 de beneficiarios. Esto nos lleva a confirmar parte de la teoría de las políticas públicas: la definición del problema y el diseño de las soluciones son una cuestión política, ya que se decide a quién se tiene en cuenta y hasta qué punto. Esta política tuvo como finalidad que la mayor cantidad de personas posibles obtenga medicamentos gratuitos, financiados por el estado, y trayendo aparejado abusos en el

consumo y generando un gasto excesivo en salud. En el 2016 el gobierno de turno comenzó a rever esta política, achicando la cantidad de medicamentos y de personas beneficiadas por el convenio 337. El PAMI redujo la nómina de los medicamentos gratuitos, justificando la decisión ante la “alarmante situación y falta de controles en el sistema” (Infobae, 2016).

Si tenemos en cuenta que la mayoría de los jubilados están afiliados al PAMI, y que estas personas viven de una jubilación considerablemente baja, se esperaría que dichas personas sean sensibles al precio de los medicamentos, optando por aquellos genéricos de menor costo. Sin embargo encontramos que frente al aumento de cobertura de PAMI al 100%, se crea una situación en la cual estas personas optan por elegir sus medicamentos en base a la calidad o a las marcas. Esta situación no crea incentivos para que los afiliados al PAMI opten por sustituir las recetas para obtener medicamentos de menor costo. En este sentido, teniendo en cuenta que el objetivo principal de la Ley 25.649 era disminuir el gasto en salud fomentando la libre elección de los medicamentos por parte de los consumidores, los aumentos de cobertura social contribuyeron a que los consumidores opten por los medicamentos de marca, al no tener que abonar el medicamento.

A su vez, al aumento de cobertura del PAMI al 100% a casi 2 millones de afiliados hay que agregarle el hecho de que estos afiliados pertenecen a la clase etaria que consume mayor cantidad de medicamentos al año. Estos factores contribuyeron en gran medida a que el mercado de los medicamentos genéricos no logre expandirse, siendo esta una de las explicaciones a la pregunta central de esta investigación.

Esta problemática viene en conjunto con los vademécum de las obras sociales. Nuevamente, uno creería que las obras sociales no tienen incentivos para tener en sus vademécum productos de marca al ser estos más caros y generarse a sí mismos mayores costos como así también a sus afiliados. Aquí encontramos otro de los factores que explican por qué la Ley de prescripción por nombre genérico no se cumplió. “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

Universidad de San Andrés

prácticas, como el *lobby* empresarial" (La Nación, 2016). En una entrevista realizada a Juan Carlos López, director ejecutivo de COOPERALA, estableció que "el "lobby" de la industria farmacéutica, representada esta por los principales laboratorios de marca, fue muy poderoso una vez dictada la Ley, en aras de lograr los siguientes tres objetivos:

- Obtener una Ley suave que permita que se siga introduciendo la Marca en las prescripciones médicas;
- Una vez aprobada la Ley, atacar en los medios a los medicamentos genéricos en base a su calidad inferior;
- Pactar con la seguridad social que las recetas respeten las marcas, resguardando así más del 50% del mercado". (Entrevista a Juan Carlos López).

Esto nos lleva a pensar, según López, que los laboratorios de marca presionaron fuertemente al PAMI y a todas las obras sociales provinciales y prepagas con convenio para que en todos los casos se respetara la marca que traía la receta. De esta manera dichos laboratorios se "aseguraron sus participaciones en el mercado, inclusive aumentándolas". Las principales obras sociales mantienen hasta el día de hoy medicamentos de marca en sus vademécum. Toda esta presión que los laboratorios de marca ejercieron en el mercado, les permitió generar convenios con PAMI, IOMA y otras obras sociales, realizándoles importantes descuentos sobre el Precio de Venta al Público de los medicamentos, a cambio de que sus productos estén incluidos en sus vademécum (D´Annunzio, 2013). A estos hechos debemos agregarle el accionar comercial de los laboratorios de marca con sus APM, reforzando la fidelidad de los médicos, lo que nos lleva al siguiente punto de análisis. Teniendo en cuenta esta realidad, se puede inferir que la etapa de implementación de la política pública no fue efectiva ni eficiente. Desde el detalle de los objetivos generales y específicos de los diferentes actores, la selección del nivel de ejecución de cada proyecto, el diseño organizacional, hasta la asignación de recursos necesarios y el correcto establecimiento de las formas de difusión y publicidad de la medida. A su vez, en la etapa de ejecución, no se tuvieron en cuenta las dificultades que podía provocar la

medida, principalmente las dificultades relacionadas a las resistencias que generaron. Dichas resistencias se vieron expresadas principalmente por los laboratorios de marca, ya que estos intentaron mitigar el impacto de la Ley en sus ventas a través de diferentes estrategias que a continuación vamos a detallar.

5.3 Nuevas estrategias de laboratorios de marca

La sanción de la Ley de genéricos obligó a los laboratorios de marca a readaptar sus estrategias para no perder participación de mercado frente a los laboratorios de genéricos. Este nuevo escenario ya no se centraba simplemente en generar incentivos al médico para que prescriba sus marcas, al tener la obligación de prescribir por el nombre genérico. Empezó a cobrar mayor importancia el rol del farmacéutico dispensador del medicamento en la farmacia, ya que estos se encontraban amparados por la Ley para poder sustituir las marcas por medicamentos más económicos. Es decir, los laboratorios de marca comenzaron a darles menor importancia a los médicos, para considerar al farmacéutico como objetivo de sus acciones comerciales. La finalidad era evitar la sustitución de sus productos, y al mismo tiempo incentivar la venta de los mismos.

A los Agentes de Propaganda Médica (APM) se les agregaron los Agentes de Propaganda Farmacéutica (APF), siendo el principal rol de estos últimos generar condiciones favorables e incentivos para que los farmacéuticos no sustituyan sus marcas por otras. Otros laboratorios de marca asignaron la función adicional de visitar a las farmacias a los APM.

Como establece D´Annunzio en su investigación (2013), dentro de las estrategias comerciales generadas por los laboratorios de marca para contrarrestar el peso de Ley 25.649 se destacan las siguientes:

- Mayor cantidad de ventas directas a las farmacias, salteando el canal de distribución realizada por las droguerías: de esta manera se comenzó a generar un mejor vínculo con los farmacéuticos, otorgándole mayores descuentos como incentivo para comercializar los productos de marca.

- Ofertas especiales a través de las droguerías, con descuentos sobre el Precio de Venta al Público de los medicamentos mayores a los anteriores, incluyendo bonificaciones sin cargo de productos. Esta es otra manera para incentivar a las farmacias a comercializar los productos de marca, ya que al presentar facturas de compra por cierto volumen acordado, los APF entregan unidades sin costo.
- Venta de productos sin troquel: en el sistema de venta en farmacias, los troqueles se separan del estuche del medicamento en el momento de la dispensación, para luego ser adherido a la prescripción médica para su posterior liquidación a la obra social correspondiente. A partir de la Ley, una estrategia de los laboratorios de marca fue producir presentaciones hospitalarias pero destinadas a las farmacias. Dichas presentaciones son de mayor cantidad de blíster que las originales, para que las farmacias puedan atender al público sin obra social y sensible al precio. El fraccionamiento de las unidades es una práctica que no está permitida por las autoridades sanitarias, aunque es un mecanismo comúnmente utilizado por las farmacias. De esta manera el cliente se beneficia al tener un gasto menor por comprar sólo la dosis necesarias, mientras que la farmacia vende un blíster a un precio proporcionalmente mayor que el de la presentación completa.
- Los sistemas de bonos médicos: en la entrevista realizada a Hugo Miguel, ex gerente de ventas del Laboratorio Microsules Argentina S.A. y Laboratorios Tauro S.A., nos explicó cómo funciona el sistema de los bonos médicos. Según Miguel, “el principal objetivo que tiene este mecanismo es que el paciente no solicite la sustitución de la marca prescripta en la receta. En el momento de la prescripción, el médico prescriptor le entrega al paciente un bono con una bonificación en unidades de la marca prescripta o con un descuento adicional sobre el PVP. Al realizar la compra en la farmacia, el paciente presenta el bono y obtiene su bonificación. A su vez, la farmacia obtiene un reintegro del laboratorio por la bonificación realizada” (Entrevista a Hugo Miguel). De esta manera, Miguel establece que fue una herramienta muy utilizada por los laboratorios de marca, para contrarrestar el peso de la Ley 25.649 y no perder participación de marcado.

Dentro de estas estrategias comerciales realizadas por los laboratorios de marca, entra en juego el rol del médico y del farmacéutico. Como explicamos anteriormente, una vez sancionada la Ley, el farmacéutico adquirió mayor protagonismo y poder al tener la potestad de sustituir la marca del medicamento recetado si el paciente lo deseaba. En este sentido, el farmacéutico tenía el poder de reducir las asimetrías de información entre la oferta y el paciente, al tener este último el poder de la elección de consumo. Sin embargo esto no sucedió, principalmente por las acciones comerciales de los laboratorios de marca hacia los farmacéuticos. El periodista Christian Sanz habló en su artículo "Incentivos y Dinero: Cómo los laboratorios manejan a los médicos" sobre esta problemática que apareció hace más de diez años y hoy sigue vigente. Según Sanz, estos incentivos son "prebendas que rozan los límites de la ética". Y profundiza aún más: "¿Quién querría desnudar un sistema que le permite recibir beneficios que jamás le dará su profesión?". En este artículo se hace referencia a acciones comerciales que nada tienen que ver con descuentos especiales sobre los precios de venta al público de los medicamentos o bonos médicos. Se trata de importantes congresos nacionales e internacionales financiados por los laboratorios de marca, con distinguidos profesionales como oradores hablando sobre los beneficios de la droga en cuestión. Los beneficios se extienden a vacaciones pagas, adquisición de electrodomésticos, indumentaria, automóviles, e inclusive la recepción de dinero que los laboratorios aportan a los médicos a cambio de que estos receten sus especialidades medicinales.

Sanz explica que los laboratorios hacen ranking de los médicos prescriptores, y a su vez un ranking de prescripciones. Por otro lado hay empresas dedicadas al marketing farmacéutico, como IMS Health y Close Up, dedicadas a recopilar recetas médicas y volcarlas en un libro que luego se le vende a los laboratorios. De esta manera los laboratorios pueden saber con exactitud las recetas realizadas por los médicos, y a partir de allí establecer los "incentivos". El ranking de médicos que realizan hace referencia a las distintas especialidades, la cantidad de pacientes, la ubicación de sus consultorios, si son jefes de servicios, si son mediáticos, entre otras cosas. A partir de estos datos los laboratorios establecen el monto de dichos "incentivos". Es decir, ya

no se trata de simples acciones comerciales para competir lealmente en el mercado. Ante esta situación, los genéricos no tienen manera de competir dada sus estructuras pequeñas, teniendo en cuenta que el nexo para llevar adelante la maniobra son los APM. Dichos laboratorios de genéricos no cuentan los recursos financieros para poder competir de manera igualitaria en el mercado.

Teniendo en cuenta lo expresado anteriormente, queda evidenciada la falta de controles por parte del estado. El seguimiento de la política pública fue otra de las etapas que falló casi en su totalidad. Teóricamente este es un proceso sistemático de supervisión de la ejecución de actividades, con el objetivo de suministrar información necesaria para introducir posibles correcciones. La calidad y efectividad de las políticas residen en la correcta elaboración de sistemas de relevamiento de información, recepción, control de calidad y posterior clasificación de dicha información. El estado no generó sistemas de recolección de información para evaluar los impactos de la medida tomada, ni tampoco generó los controles necesarios para que la Ley sea cumplida. En conclusión, tampoco cumplió correctamente con la etapa de evaluación de los resultados, para determinar si los objetivos fueron alcanzados o no, y la posterior evaluación para continuar o no con la política.

5.4 Aumentos de precios

A partir del año 2007, los precios de los medicamentos se vieron ajustados a lo dispuesto por la Secretaría de Comercio Interior de la Nación, con Guillermo Moreno como máximo referente. Los aumentos se pactaban a partir de negociaciones entre las tres cámaras representativas de los laboratorios (CAEME, CILFA y COOPERALA). Desde el 2007 hasta diciembre de 2015, este fue el sistema de aumento de precios de los medicamentos, en donde dicho aumento estuvo muy por debajo de la inflación. Según un estudio de M&S Consultores, entre 2003 y 2014 los medicamentos aumentaron de precio en un 244%, mientras que en el mismo periodo la inflación fue del 668%, los alimentos aumentando 846%, las cuotas de la medicina prepaga 882% y los salarios del sector privado formal 657% (Clarin, 2015). Es decir, los aumentos se encontraron muy por debajo de la inflación, desde 2007 ya que el Gobierno permitió subas anuales de entre el 12% y el 14% (La Nación, 2015).

Según el testimonio de Juan Carlos López, en muchos principios activos el incremento de los precios fue muy por debajo del incremento de la inflación; recién en 2016 se observa una disminución importante en la cantidad de unidades vendidas en la industria. Esto refleja como los aumentos de precios de los medicamentos por debajo de los índices de inflación influyeron en que no haya una competencia real por precio en el mercado, desincentivando una vez más la compra de medicamentos genéricos. “La disminución de los precios en términos reales es otro de los factores que coadyuvan al aumento de la demanda de medicamentos y la baja sensibilidad de los consumidores por el precio, desestimando los genéricos” (D´Annunzio, p. 46). Dicho en otras palabras, al ser más baratos en términos reales, a la hora de la elección de un medicamento la variable “calidad” pesaba en muchos casos más que la variable “precio”, optando por el consumo de medicamentos de marca.

5.5 Las Marcas

Otro factor a tener en cuenta, es el establecido por Juan Carlos López; quien sostiene que las marcas son el bien intangible central de la industria, la característica esencial diferenciadora en el mercado. En este sentido, “el uso de la marca es la forma principal en la que los laboratorios buscan generar la confianza del paciente y buscan asimilarlo con la idea de calidad y confianza” (Morganti, 2016, P. 44). De esta manera los grandes laboratorios utilizan a las marcas consolidadas para poder justificar sus altos precios. Frente a este panorama, la Ley 25.649 era en principio una clara amenaza para los laboratorios de marca.

Sin embargo, el artículo 2° de la Ley sostiene que “la receta podrá indicar además del nombre genérico el nombre o marca comercial, pero en dicho supuesto el profesional farmacéutico, a pedido del consumidor, tendrá la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades” (Ley 25.649, Art. 2). En este sentido “la ley de genéricos nació herida de muerte porque abrió las puertas a la relación económica enfermiza entre visitadores de laboratorios, médicos, obras sociales y prepagas” al dar la posibilidad de recetar el nombre comercial de la droga. (Capgen, 2014). A partir de estos hechos estamos obligados a preguntarnos si

el espíritu de la Ley fue realmente el de hacer un cambio profundo en el sistema de venta de medicamentos de nuestro país, si realmente la idea era disminuir el gasto en salud creando un espacio propicio para el desarrollo de los medicamentos genéricos.

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés

6. Actualidad de los medicamentos genéricos en Argentina

Según Marcelo Peretta, secretario General del Sindicato Argentino de Farmacéuticos y Bioquímicos (SAFyB), la prescripción de medicamentos por su nombre genérico funcionó bien hasta 2005 y en los años sucesivos se licuó a un ritmo acelerado (Capgen, 2014). El negocio de los genéricos alcanzó el 40% del mercado a principios de 2006 pero los últimos datos de 2013 de la cámara de los genéricos lo sitúan entre el 9 y el 10%, aunque Peretta cree que apenas araña el 2% de la facturación total del negocio farmacéutico. Esto es lógico si tenemos en cuenta que los precios de los medicamentos genéricos son entre un 20% y un 85% más baratos que aquellos de marca. Por ende, el 9% de participación de los genéricos en unidades se convierte en un 2% en la participación de la facturación total del marcado.

Juan Carlos López, director ejecutivo de COOPERALA, cree que en la actualidad el mercado de los genéricos no sobrepasa el 8% del mercado en unidades, y no es optimista hacia el futuro. En la entrevista realizada nos preguntamos por qué en un contexto donde las cifras del INDEC indican que el 33% de los habitantes de nuestro país viven en la pobreza, no se generan incentivos para el crecimiento de los genéricos. López fue contundente al destacar tres razones:

- Plan remediar: fue un “plan realizado por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina para enfrentar la emergencia social y sanitaria en 2002, garantizando el acceso de la población más vulnerable a los medicamentos esenciales. El estado le provee en la actualidad medicamentos gratuitos a personas bajo determinado nivel de pobreza e indigencia. De esta manera “a través de acuerdos y licitaciones, los laboratorios de marca se aseguraron la venta de sus productos al estado, logrando disminuir el crecimiento de los genéricos” (Entrevista a Juan Carlos López).
- Las acciones comerciales realizadas por los laboratorios de marca, antes descriptas en el punto 4.3.

- En la mayoría de los principios activos, el incremento de los precios fue muy por debajo del incremento de la inflación, fenómeno ya explicado en el punto 4.4.

Sin embargo, hoy en día se encuentran datos que prueban la suba en la venta de medicamentos genéricos. A partir del cambio de gobierno en Diciembre de 2015, los precios de los medicamentos dejaron de depender de la Secretaría de Comercio Interior de la Nación. Esto hizo que los precios se ajustaran a la realidad del país, en donde la inflación comenzó a ser cada vez mayor, sumado a esto el incremento de las tarifas realizado por el nuevo gobierno. Los precios de los medicamentos aumentaron en el primer semestre del 2016 entre un 30% y un 50% (Capgen, 2016). Según la Confederación Argentina de la Mediana Empresa (CAME) las ventas en farmacias cayeron 3,9% en enero, 6,2% en febrero y 5,9% en marzo de 2016. Frente a dicho panorama se observa un incremento en la venta de medicamentos de genéricos. Carlos Villagra, titular de la Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales, señala que un año atrás, el mercado de genéricos era de un 5% del total, y hoy en día llega a un 15%.

A su vez, dos cadenas de farmacias especializadas en la venta de medicamentos genéricos señalan que sus ventas se vieron incrementadas desde principios del 2016. Javier Basanta Chao, presidente de la cadena de farmacias Economed, afirma que sus ventas crecieron 18% en cantidades en el último año, y cree que van en camino a alcanzar los promedios alcanzados en el período 2003-2006. Al mismo tiempo, en Farmacias del Dr. Ahorro también notaron un aumento bastante significativo en las ventas de sus productos, que “cubren hasta el 80% de las enfermedades crónicos por precios 50% a 75% menores” (Capgen, 2016). Estos datos comprueban que frente a crisis económica y una disminución del salario en términos reales, muchas personas optan por consumir medicamentos de menor costo. En este sentido podemos afirmar que se observa en la población argentina una correlación positiva entre el ingreso y la compra de medicamentos de marca.

7. Medicamentos genéricos en el mundo

Los medicamentos genéricos tuvieron un gran desarrollo en todo el mundo en las últimas décadas, hecho que en Argentina no se vio evidenciado. Carolina Gaillard, periodista de La Nación, especificó en un artículo que "como antecedente internacional, encontramos que en países europeos, paradójicamente, sede de los grandes laboratorios productores de especialidades medicinales, las políticas de Estado fomentan cada vez más el uso de genéricos: en el Reino Unido, la venta en unidades de medicamentos genéricos llega al 78%; en los Estados Unidos, al 68%; en Francia, al 63%; en España, al 54% y en Canadá, al 67%" (La Nación, 2016). Según la EGA (European Generics Association), los medicamentos genéricos ahorran a los pacientes y los sistemas de salud europeos aproximadamente 46 billones de dólares cada año. Otra cifra relevante es la del mercado estadounidense, en el cual según el informe "US Generic Drug Market Outlook 2018" de la consultora RNCOS, el mercado de genéricos que era de US$43,5 billones crecerá aproximadamente 11% en el periodo 2013-2018. (Capgen, revista N°4, 2015).

A su vez, según el informe "El sistema de los medicamentos genéricos en Italia. Escenarios para un crecimiento sostenible", presentado ante el Senado, la utilización de medicamentos genéricos podría aportar un ahorro de 1.400 millones de euros anuales. Esto será posible por los vencimientos de patentes previstos por valor de 2.100 millones de euros para 2020 y la eliminación de los obstáculos que impiden la inserción de los medicamentos genéricos en el mercado, la industria farmacéutica genérica italiana podría alcanzar una facturación aproximada de 540 millones de euros y crear 16.000 nuevos puestos de trabajo. (El Global, 2015). Dicho informe "reconoce el papel que desempeñan los medicamentos genéricos en términos de asegurar la sostenibilidad del sistema de salud, dirigiéndose en particular al potencial de crecimiento industrial y económico que se derivaría de la eliminación de los obstáculos para el pleno desarrollo del sector" (El Global, 2015).

Otros resultados relevantes son los encontrados en el mercado farmacéutico mexicano, ya que es el país con mayor penetración de los genéricos en el mundo. Pasó de 34% de la facturación del mercado total de

genéricos en 2010, a 84% en 2014. Gracias a la liberación de 31 sustancias activas que corresponden a 287 nuevos registros de genéricos, se ahorraron 19.926 millones de pesos entre marzo de 2011 y diciembre de 2013 (Capgen, revista N°2, 2015). Gracias a la penetración de los genéricos, los precios de los medicamentos para el tratamiento de las principales enfermedades crónicas del país bajaron en promedio 60% para el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), y hasta el 90% para el gasto particular, datos que totalmente contrarios a los encontrados en Argentina. Resulta interesante escuchar el testimonio de Mikel Arriola, comisionado federal de la Cofepris (Comisión Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios). Según Arriola, México tenía un portafolio restringido de medicamentos y con pocos jugadores en el mercado porque los procesos de análisis que aplicaban tardaban hasta cinco años. A partir de 2011 impulsaron la política de genéricos una vez que vencieron muchas patentes, y la oferta de productores de genéricos se multiplicó. Todos estos hechos se evidencias en las cifras que encontramos: en 2010, México estaba "a media tabla del análisis mundial en ventas de unidades con una facturación de 30%. Hoy somos los primeros en el mundo, con 84 por ciento de las unidades y 52% de la facturación" declara Arriola (Capgen, revista N°2, 2015). Se destacó que la mayor baja de precios la tuvieron los tratamientos para enfermedades cardiovasculares, con 89%; oncológicos, con 88%, y diabetes, con 86%. Teniendo en cuenta los beneficios del sistema implantado en México y su eficacia, fue el propio Mikel Arriola quien le expuso dicho sistema al cofundador de Microsoft, Bill Gates, quien es actualmente segundo comprador a escala mundial de estos productos de salud, que luego dona en causas benéficas en África (Milenio, 2016).

Otro caso que resalta la tendencia de los medicamentos genéricos en el mundo es el de Japón. Yasuhisa Shiozaki, ministro de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón, estableció en 2013 que la tasa de penetración de los medicamentos genéricos era del 46,9%, debiendo buscar incrementar dicha penetración al 80% para 2021. Alcanzando dicho objetivo, el país podría reducir gastos médicos por 1,3 billones de yenes (aproximadamente US$10.530 millones) a partir de los niveles actuales (Capgen, revista N°4, 2015). En diciembre de 2015, el gobierno japonés estableció que los precios de

los medicamentos genéricos debían ser 50% más baratos que aquellos de marca, es decir, redujeron un 10% el precio de los genéricos, que ya eran 40% más baratos. Tal medida fue tomada para reducir el gasto médico, aumentando el consumo de los fármacos genéricos, que para esa fecha ya era del 50% del total del mercado (El Global, 2015).

Todos los casos a los que hacemos referencia evidencian un desarrollo del mercado de medicamentos genéricos en todo el mundo, desde Asia, pasando por Europa, Estados Unidos y países de Latinoamérica. En este contexto queda expuesto el caso argentino, con indicadores del desarrollo de genéricos realmente muy por debajo del resto de los países. Según Claudio Capuano, coordinador de la cátedra de Derechos Humanos de la Facultad de Medicina de Buenos Aires, la explicación para este declive en la Argentina por parte de los genéricos es que se trata de "un negocio poco transparente, con mucho poder de los laboratorios y con escaso control por parte del Estado que prácticamente ha delegado este rol en manos de un mercado concentrado" (Morganti, p. 44). Dicha ineficiencia del estado es otra de las respuestas que encontramos a la pregunta central de nuestra investigación. Como dijimos anteriormente, el artículo de la Ley 25.649 que permite la sugerencia de la marca en la prescripción médica hace que toda la Ley quede sin sentido. En este contexto, la falta de seguimiento, control de las prescripciones y de capacitación acerca de los beneficios de los medicamentos genéricos permitieron que la cultura “marquista” se volviese a instalar en la sociedad, impidiendo el desarrollo de los genéricos. Cabe destacar que los principales perjudicados son todos los miembros de la sociedad argentina. El Estado, al no tomar medidas para generar condiciones propicias para el desarrollo de los genéricos, tiene un gasto en salud mucho mayor del que podría tener, si tenemos en cuenta todos los casos de países antes expuestos. En este sentido, gran parte del dinero aportado por la sociedad al estado es mal gastado.

Universidad de San Andrés

8. Principales problemas y posibles soluciones

A lo largo de toda la investigación pudimos encontrar distintos problemas en el sistema de salud argentino. La falta de información hacia los distintos actores de la cadena, la información asimétrica entre la oferta y la demanda y los graves problemas que estas asimetrías generan, mercados altamente concentrados, y un Estado ausente son los principales problemas que detectamos.

La falta de información, según Vasallo (2000), es una de las principales fallas de nuestro sistema de salud. Podemos decir que tanto el médico, como el farmacéutico y los seguros sociales son actores en la cadena que debieran brindarle la información necesaria que los pacientes requieran para poder tomar la decisión correcta. Pero este no es el caso, ya que todos estos actores están influenciados por distintos incentivos y presiones. Como ya explicamos, la falta de información que tiene el paciente respecto a la calidad de los medicamentos es aprovechada por los laboratorios de marca para limitar la cantidad de oferentes en el mercado y poder aumentar sus participaciones de mercado. En este contexto se dan las asimetrías de información, y como consecuencia el paciente delega su decisión en el médico ya que considera que este está en una mejor posición para decidir (Vasallo, 2000). “El resultado que puede extraerse de esta relación es una demanda inducida por la oferta, siendo los médicos influenciados por los visitadores médicos, afectando luego la decisión del paciente” (Morganti, p. 47).

Por otra parte encontramos que otro de los graves problemas del sistema de salud argentino es la alta concentración que hay en el mercado. Hay que destacar que los primeros 20 laboratorios del ranking de ventas facturan el 67% del mercado. Si a esto le agregamos que son en su mayor parte estos laboratorios los que generan las condiciones de presión e incentivos tanto a los médicos como a los farmacéuticos que hicimos referencia en esta investigación, nos damos cuenta que estamos frente a un mercado altamente concentrado y poco equilibrado. Frente a este contexto, los medicamentos genéricos no tienen condiciones favorables para su desarrollo.

Otro de los problemas es el Estado ausente. Durante los primeros años luego de la sanción de la Ley, los medicamentos genéricos tuvieron su auge ya que la mayoría de las recetas respetaban la prescripción por el nombre de la droga. Pero el lobby y las presiones de los laboratorios de marca hicieron que los controles sobre dichas prescripciones sean cada vez menores, relegando la importancia de la Ley en el mercado y generando condiciones para el incumplimiento de la Ley, llegando a ser hoy en día menos del 25% el porcentaje de recetas que cumplen con los requerimientos. Esto no condice con la responsabilidad que tiene el Estado de garantizar la calidad y evitar la ineficiencia del sistema, modelando cinco funciones específicas: el desarrollo del sistema, la provisión y coordinación, la gestión financiera, la regulación y la protección al consumidor (Martínez E. y Villalba S., 2000).

A partir de estos problemas que encontramos en el sistema de salud argentino, y más específicamente problemas relacionados al cumplimiento de la Ley 25.649, a continuación vamos a proponer una serie de acciones que se podrían realizar con el fin de conseguir el objetivo principal de la Ley que es la disminución el gasto en salud. Tomando como ejemplo los casos de los países antes expuestos, las modificaciones a realizar son las siguientes:

a) Modificación del convenio con PAMI: como establecimos en el punto 4.2, PAMI es la obra social más grande del país, con 4,8 millones de afiliados en la actualidad. En la última década, con la resolución 337, se implementó un sistema de provisión de medicamentos con cobertura 100%, situación que perjudicó profundamente la venta de medicamentos genéricos. Las personas con cobertura PAMI 100% comenzaron a pedir en las farmacias los productos de marca recetados en las prescripciones médicas, al no tener ningún tipo de incentivo para consumir medicamentos de menor costo. Según Capgen es necesario re discutir el convenio, incluyendo a todos los actores, auditando minuciosamente las prescripciones y presentaciones para eficientizar el gasto (Capgen, N°4, pág. 4). De esta manera se podría lograr reducir el gasto del Estado en salud, incluyendo en el vademécum de PAMI medicamentos genéricos de menor costo. Podemos decir que parte de estos cambios comenzaron a darse desde la asunción del nuevo gobierno, ya que el 7 de abril del 2016 PAMI anunció el Nuevo Plan de

Medicamentos Sustentables, dejando sin cobertura total a al menos 150 medicamentos. Carlos Ragazzoni, director del PAMI, afirmó: “antes de excluirlos, hicimos consultas con expertos, incluso expertos internacionales y ningún país del mundo cubre estos medicamentos al 100%”. Sin embargo creemos que sería de gran utilidad incluir más medicamentos genéricos con cobertura total para generarle un menor gasto al Estado.

b) Generar un código de ética para la promoción de medicamentos: el mercado farmacéutico, como ya explicamos, está plagado de incentivos de distintos tipos hacia los médicos y farmacéuticos, destinados a la prescripción de ciertas marcas en lugar de otras. Esto es algo que sucede en todo el mundo: encontramos el caso del escándalo por el pago de sobornos millonarios a médicos chinos por la multinacional británica Glaxo, o el caso de Johnson & Johnson, que aceptó pagar la multa de US$2.235 millones para terminar con las investigaciones iniciadas por el pago de sobornos a médicos y cadenas de farmacias para la prescripción de sus marcas. Lo mismo sucede en nuestro país, pero el problema es que no está regulado y no se ejercen controles sobre estas acciones. La diputada nacional Graciela Camaño propuso sancionar una Ley de Código de Ética para la Promoción del Medicamento, ya que la promoción de los medicamentos tiene características específicas no asimilables a las normas que regulan la publicidad de productos de otra naturaleza. En este sentido, Camaño establece que “es necesario un código de ética para la promoción del medicamento, que contemple esta actividad en todas sus formas, incluyendo prensa, publicidad directa por correo, actividad de los agente de propaganda médica, el patrocinio de congresos y de reuniones científicas, así como el ofrecimiento de muestras, incentivos, obsequios a profesionales habilitados para prescripción y dispensación de medicamentos por parte de la industria farmacéutica” (IEPS, 2016). Esta sería una manera de evitar los sobornos e incentivos por parte de ciertos laboratorios hacia los médicos, dejando de influir en la decisión a la hora de la prescripción médica. Con este código de ética y ejerciendo los controles necesarios para su cumplimiento, sería un gran complemento a la Ley 25.649, generando las condiciones necesarias en las cuales los medicamentos genéricos pudiesen competir más equitativamente.

c) Corrección de la Ley 25.649: como establece Morganti (2016), existe una gran diferencia entre una ley de genéricos y una ley de prescripción de medicamentos por nombre genérico o denominación común. La gran diferencia está que una ley de genéricos "busca actuar sobre la oferta, apoyando los medicamentos genéricos, generando cambios en todo el canal de mercado de los medicamentos" (Morganti, p. 49). En cambio, la Ley 25.649 buscó lograr un ajuste del gasto, permitiendo el acceso de toda la población a los medicamentos en un periodo dentro de la crisis económica y social. Es decir, fue una acción puntual en un contexto determinado que buscó atenuar los impactos de la crisis económica, la cual una vez finalizada, el mercado volvió a ser dominado por las marcas líderes. Un claro ejemplo que evidencia este hecho es el artículo 2° de la Ley, ya explicitado a lo largo de la investigación, que permite la sugerencia de una marca comercial en las prescripciones médicas. Por un lado los médicos están obligados a prescribir el nombre de la droga, pero por otro se les permite sugerir una marca en particular. Esto claramente atenta contra el espíritu de la Ley, dejando abierta la puerta a los laboratorios líderes para que continúen con sus incentivos hacia los médicos. Por este motivo creemos que es necesario una modificación de la Ley vigente.
d) Ejercer mayores controles: lo propuesto en los puntos B y C no se puede lograr si no se ejercen los controles necesarios a los distintos actores, vigilando constantemente al mercado. Dentro de dichos controles, incluimos controles a las prescripciones médicas, para determinar el cumplimiento de los médicos, controles en los consultorios para disminuir el riesgo de sobornos e incentivos por parte de los laboratorios, en las farmacias para controlar la dispensación de los medicamentos, como así también generar los controles necesarios por parte de la ANMAT a los laboratorios productores para determinar la calidad de los medicamentos. Conjunto con dichos controles, creemos que se debe estudiar la posibilidad de ejercer sanciones para el incumplimiento de la Ley, tanto para los médicos como para los farmacéuticos.
e) Generar mayor información a la sociedad: uno de los principales problemas que encontramos en el sistema de salud argentino es la falta de información y los problemas de agencia. Como ya explicamos, las asimetrías de

información dejan en una posición de ventaja a los laboratorios, perjudicando a los pacientes consumidores de medicamentos. Por un lado, creemos que se es de vital importancia ampliar el conocimiento en la sociedad acerca de la Ley 25.649, para que los consumidores conozcan sus derechos de poder elegir qué medicamento comprar en la farmacia. A su vez, se debe generar mayor información acerca de las acciones de la ANMAT, para que la sociedad pueda conocer la calidad de los medicamentos que se comercializan en el mercado. Creemos que esto es esencial ya que hoy en día en la sociedad argentina está instalada la idea de que los medicamentos genéricos son de menor calidad, en gran parte por ser productos de mucho menor costo.

f) Estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad: este es un punto que trae aparejado distintos puntos de vista dentro de la industria farmacéutica. Por un lado, están aquellos que creen que exigir dichos estudios podría contribuir a brindarle información a los consumidores acerca de la calidad, eficacia y seguridad de los medicamentos genéricos. Pero esta visión se ve criticada por aquellos que opinan que esto es una jugada por parte de los laboratorios de mayor poder, ya que estos estudios en cuestión son de alto costo al tratarse de estudios hechos en personas. De esta manera, quedarían muchos jugadores de menor tamaño fuera de competencia. Por este motivo creemos que es necesario generar un debate acerca de la conveniencia de exigir los estudios de bioequivalencia y biodisponibilidad.

Universidad de San Andrés

9. Conclusión

La finalidad de esta investigación es poder explicar cuáles fueron las principales causas que hicieron que la Ley 25.649 no se cumpla en la última década, cuáles son los principales problemas encontrados en el sistema de salud argentino, y a partir de esto, poder proponer algunos cambios para el correcto funcionamiento de la Ley, generando un gasto en salud por parte del Estado más eficiente. A partir de investigaciones académicas mencionadas en este trabajo, y luego de realizar entrevistas a distintos profesionales de los diferentes actores del mercado, pudimos llegar a entender cómo las distintas estrategias de dichos actores influyeron en el no cumplimiento de la Ley.

En primer lugar, resulta de vital importancia entender por qué la Ley 25.649 no fue una verdadera Ley de genéricos. Como explicamos anteriormente, el objetivo de la Ley fue disminuir el gasto en salud en un contexto de grave crisis económica y social, disminuyendo los precios de los medicamentos. En cambio, una Ley de genéricos debe buscar cambios estructurales en el mercado, regulándolo para poder generar las condiciones de competencias necesarias para el desarrollo de un mercado de medicamentos genéricos. En este sentido creemos que la Ley no propuso cambios profundos en el sistema de salud argentino, motivo por el cual fue cumplida en gran parte durante los primeros años posteriores a su sanción, pero una vez finalizada la crisis económica el mercado volvió a desequilibrarse.

Otro de los hechos que tuvo gran influencia en el fracaso de la Ley fue la readaptación de las estrategias de los laboratorios de marca. En primer lugar, el lobby realizado por estos laboratorios permitió incorporar en la Ley el artículo 2°, permitiéndole al médico la sugerencia de una marca comercial dentro de la prescripción médica. Esto dejó las puertas abiertas para que los laboratorios siguieran realizando acciones comerciales al límite de la ética profesional, generando incentivos para la prescripción de sus marcas. Por otro lado, dichos laboratorios hicieron hincapié en la necesidad de influir en la decisión del farmacéutico dispensador del medicamento en la

farmacia. Es decir comenzaron a atacar ambos canales: el de la receta médica y el de la dispensación del medicamento. De esta manera, por un lado obligan a los médicos a recetar sus marcas, y por el otro obligan a los farmacéuticos a no cambiar sus productos en el mostrador por otros de menor costo.

Para poder garantizar el crecimiento del mercado de genéricos en Argentina, se necesita realizar diversas acciones de manera integral para combatir las principales causas del incumplimiento de la Ley. Dentro de estas acciones, destacamos las siguientes:

- Modificar el convenio con PAMI, incluyendo en su vademécum productos de menor costo para generar un menor gasto en la salud pública. A su vez, modificar la resolución 337, y estudiar cuáles son las moléculas que realmente debieran ser cubiertas al 100%, para terminar con los abusos de dichos beneficios.
- Generar un código de ética para la promoción de medicamentos, para poder terminar con las prácticas de promoción de los laboratorios de marca, dándole fin a los incentivos y sobornos.
- Generar mayor información acerca de la Ley y a su vez acerca de la calidad de los medicamentos genéricos, concientizando a la sociedad sobre el uso de los mismos.
- Ejercer los controles necesarios para el correcto funcionamiento de la Ley. De esta manera los médicos se ven obligados a cumplir con la prescripción médica por el nombre de la droga.

Teniendo como antecedente los ejemplos de países como Estados Unidos, Japón, Italia, España, y casos más cercanos como el de Brasil y México, creemos que se puede generar un cambio profundo en el sistema de salud argentino. Los beneficiarios de dicho cambio serían varios: la sociedad, al poder consumir medicamentos a menores precios; el Estado, generando un gasto en salud mucho menor y ahorrando gran cantidad de recursos; el mercado farmacéutico, generando condiciones más equitativas para todos los actores y revirtiendo la concentración del mercado. Si queremos llegar a dichos cambios, es necesario rever la Ley 25.649 en su

totalidad, concientizando a la sociedad y generando una postura más seria por parte del Estado como ente regulador del sistema.

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés

10. Bibliografía

- Abrutzky, R. Bramuglia, C. Godio, C. 2008. “Estudio de una política en salud: Ley de prescripción de medicamentos por su nombre genérico y plan remediar”. http://www.aaep.org.ar/anales/works/works2008/abrutzky.pdf Consultado el 10 de junio de 2016.

- Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología médica (ANMAT). http://www.anmat.gov.ar/webanmat/institucional/que_es_la_ANMAT.asp Consultado el 8 de junio de 2016.

- Apertura, Florencia Radici, 2014. “Cómo es el negocio de las farmacias”. http://www.apertura.com/negocios/Como-es-el-negocio-de-las-farmacias-20140722-0002.html Consultado el 8 de junio de 2016.

- Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos. Revista N°1. http://www.capgen.org.ar/revistas/GenericosN1.pdf

- Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos. “La potencialidad de los genéricos para la Seguridad Social inquieta a algunos sectores”. Revista N°2. http://www.capgen.org.ar/revistas/GenericosN2.pdf

- Cámara Argentina de Productores de Medicamentos Genéricos. “Barajar y dar de nuevo: la crisis obliga a rediscutir el Convenio PAMI”. Revista N°4. http://www.capgen.org.ar/revistas/GenericosN4.pdf

- Clarín, 2015. “Para los laboratorios y farmacias los precios están ‘muy atrasados’”.http://www.clarin.com/sociedad/aumentos-remdios-subas-9-medicamentos-relevamiento_0_1466853376.html

- Confederación Farmacéutica Argentina (COFA). http://servicios.cofa.org.ar/Charla%20TERTUSIO%20con%20imagenes.doc

- D`Annunzio, 2013. *El mercado de medicamentos en Argentina, 2002-2012*. Tesis de grado, Universidad de San Andrés.

- Díaz, 1998. *El ciclo de las políticas púbicas locales: notas para su abordaje y reconstrucción".*

- El Global, Madrid 2015. "Los genéricos podrían aportar un ahorro de 1400 millones de euros en Italia". http://www.elglobal.net/hemeroteca/los-genericos-podrian-aportar-un-ahorro-de-1-4oo-millones-de-euros-en-italia-CREG_909182

- El Global, Madrid 2015. "Japón sitúa al genérico un 50% más barato que la marca".http://www.elglobal.net/hemeroteca/japon-situa-al-generico-un-50-mas-barato-que-la-marca-EUEG_953623

- Estudio Jurídico DVA. 2012. "Estudio de la ley de Promoción de la utilización de Medicamentos por su nombre genérico Ley 25.649. Causas. Consecuencias". http://www.derechoalasalud.com.ar/estudio-de-la-ley-de-promocion-de-la-utilizacion-de-medicamentos-por-su-nombre-generico-ley-25649-causas-consecuencias/238 Consultado el 9 de junio de 2016.

- Hernandez Sampieri, 2006. "Metodología de la Investigación". Cuarta edición.

- Infobae, Daniela Blanco, 2014. "Medicamentos genéricos: La Ley que nació para bajar el costo de la salud y hoy casi no se aplica". http://www.infobae.com/2014/06/26/1576344-medicamentos-genericos-

la-ley-que-nacio-bajar-el-costo-la-salud-y-hoy-casi-no-se-aplica Consultado el 5 de junio de 2016.

- Infobae, 2016. “La lista de medicamentos que ya no tendrán cobertura total de PAMI”. http://www.infobae.com/2016/04/07/1802687-la-lista-medicamentos-que-ya-no-tendran-cobertura-total-pami/

- Infobae, 2016. “El PAMI redujo la nómina de los medicamentos gratuitos”. http://www.infobae.com/2016/04/06/1802597-el-pami-redujo-la-nomina-los-medicamentos-gratuitos/

- Instituto de Estudios sobre políticas de Salud. “La formación de precios de los medicamentos en Argentina” 2010. http://www.ieps.com.ar/es/template.php?file=notas/2010/04/10_04_29_la-formacion-de-precios.html Consultado el 11 de junio de 2016.

- Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC). http://www.indec.gov.ar/nivel2_default.asp?seccion=S&id_tema=4

- KPMG. La industria farmacéutica argentina: presentes y perspectivas. 2014. https://www.kpmg.com/AR/es/IssuesAndInsights/ArticlesPublications/Informes-KPMG-Argentina/Analisis/Documents/La-industria-farmaceutica-argentina-presente-y-perspectivas.pdf

- La Nación, Fabiola Czubaj, 2014. ”Sólo una de cada cuatro recetas cumple con la ley de genéricos”. http://www.lanacion.com.ar/1711648-solo-una-de-cada-cuatro-recetas-cumple-con-la-ley-de-genericos Consultado el 5 de junio de 2016.

- La Nación, Carolina Gaillard, 2016. “Una corrección a la ley de genéricos”. http://www.lanacion.com.ar/1936818-una-correccion-a-la-ley-de-genericos

- La Nación, Florencia Donovan, 2015. “El gobierno autorizó otra suba del 3% en los medicamentos”. http://www.lanacion.com.ar/1842454-el-gobierno-autorizo-otra-suba-del-3-en-los-medicamentos

- Laudon y Laudon, 2008. “Sistemas de información gerencial”. Prentice Hall. Consultado el 8 de junio de 2016.

- “Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios” 2006.

- Los Andes, Priscila Mateos, 2017. “PAMI: quienes seguirán con la cobertura 100% de remedios”. http://www.losandes.com.ar/article/pami-quienes-seguiran-con-la-cobertura-100-de-remedios

- Malvestiti, 2005. “Inserción de medicamentos genéricos en el área de salud. El caso argentino”. Tesis de post-grado, Universidad de Belgrano.

- Martínez E. y Villalba S. 2000. *"La Equidad frente a los sistemas de seguros públicos y privados: La experiencia en Paraguay".* I Jornadas Americanas, IX Jornadas Internacionales y X Jornadas Nacionales de Economía de la Salud - AES - Fundación Isalud, Bs.As.

- Meny I y Thoenig J.C. 1992. “*Las políticas públicas*”. Barcelona, Ariel.

- Milenio, 2016. “A África, el sistema de genéricos mexicano”. http://www.milenio.com/politica/medicamentos_genericos-Mikel_Arriola-Bill_Gates-medicinas_para_Africa_0_709729048.html

- Ministerio de Hacienda y Finanzas Públicas. Presidencia de la Nación. “Complejo farmacéutico. Serie “complejos productivos””. 2015. http://www.economia.gob.ar/peconomica/docs/Complejo_Farmaceutico.pdf Consultado el 12 de junio de 2016.

Universidad de San Andrés

- Morganti, 2016. “Resultados de la implementación de regulaciones sobre medicamentos genéricos en Argentina y posibles reformas a la Ley”. Tesis de grado. Universidad de San Andrés.

- Organización Mundial de la Salud. Funciones públicas y privadas en el sector farmacéutico: Consecuencias para el acceso equitativo y el uso racional de los medicamentos - Serie "Economía de la salud y medicamentos", No. 005. 1997 http://apps.who.int/medicinedocs/en/d/Jh2970s/6.3.html

- Pallares, Francesc. “las políticas públicas: el sistema político en acción”.

- Periódico Tribuna, Christian Sanz, 2014. “Incentivos y dinero: cómo los laboratorios manejan a los médicos”. http://periodicotribuna.com.ar/15227-incentivos-y-dinero-como-los-laboratorios-manejan-a-los-medicos.html

- Ruiz López, D. Cadenas Ayala, E. “¿Qué es una política pública?” Universidad Latina de América, Revista Jurídica. 2009

- Tamayo Sáez, 1997. “La nueva administración pública”. Capítulo 11: “el análisis de las políticas públicas”. Madrid, 1997.

- Tobar, 2008."Economía de los medicamentos genéricos en América Latina". Rev Panam Salud Publica; 23(1):59–67

- Tobar y Sánchez, 2014. ""El impacto de las políticas de medicamentos genéricos sobre el mercado de medicamentos en tres países del MERCOSUR". CeALCI 07/05. http://www.fundacioncarolina.es/wp-content/uploads/2014/07/Avance_Investigacion_12.pdf

- Vacca, Vargas, Cañás, Reveiz . Publicidad y promoción de medicamentos: regulaciones y grado de acatamiento en cinco países de América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2011. http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v29n2/a02v29n2.pdf

QUAERERE VERUM
Universidad de
SanAndrés