

# LOS CAMBIOS EN LA PRODUCCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS

Carlos A. Vassallo <sup>1</sup>

## Introducción

A principios de los años noventa el programa económico implementado en la Argentina, siguiendo las recomendaciones surgidas del Consenso de Washington, se aplicó de manera rápida y contundente en un contexto de crisis económica aguda.

Las políticas de **desregulación** implementadas de forma general, no consideraron las especificidades del comportamiento, morfología y funcionamiento de ciertos mercados (como por ejemplo medicamentos), suponiendo un comportamiento automático de los sectores, que conduciría a un nuevo patrón de especialización.

Como bien dice B. Kosacoff<sup>23</sup> la **convertibilidad** antes del efecto tequila llega con tres buenas noticias para los empresarios, hecho por el cual la apoyan enfáticamente:

Estabilidad que disminuye la incertidumbre en su vínculo con el mercado, no obstante surgen nuevas incertidumbres vinculadas a cual va a ser la estrategia competitiva futura,

Se recrea un crecimiento de la demanda

Efecto riqueza que tiene que ver con un aumento de los ingresos futuros previstos, asociado al crecimiento del nivel de actividad y que se descuentan a una tasa de interés mucho más baja, en un marco de apreciación cambiaria.

Para el caso específico de la industria farmacéutica, los empresarios consideraron dos aspectos fundamentales al momento de considerar un cambio de la estrategia que venían sosteniendo los laboratorios nacionales y extranjeros, desde los inicios del esquema de industrialización por sustitución de importaciones (ISI)

El **primer aspecto** considerado fue el convencimiento que la agudización de las presiones iniciadas en 1988 sobre el gobierno argentino, terminarían por acelerar los

---

<sup>1</sup> El autor desea agradecer especialmente los aportes y comentarios realizados por el Dr. Manuel Limeres, las Dras Claudia Madies y Matilde Sellanes, y del Lic. Rodrigo Falbo, no comprometiendo por ello las opiniones y conclusiones que son exclusiva responsabilidad del autor.

<sup>2</sup> Kosacoff, Bernardo (editor) Estrategias empresariales en tiempos de cambio. El desempeño industrial frente a nuevas incertidumbres. Cepal – Naciones Unidas, Universidad Nacional de Quilmes (1998)

<sup>3</sup> Kosacoff, B. y Porta, F. (1997) *La inversión extranjera directa en la industria manufacturera argentina*, CEPAL.

tiempos de aprobación de una **ley de patentes**, que pondría punto final a la lógica microeconómica del sector.

**El segundo aspecto**, que el proceso de desregulación de los mercados iniciado traería como consecuencia una liberalización de precios.

El entorno descrito obligó a los laboratorios nacionales y extranjeros a redefinir su estrategia individual y sectorial, transformando al mismo tiempo el modelo organizacional de las empresas.

El proceso de **apertura económica** iniciado afectó mayoritariamente a los laboratorios de origen nacional quienes tuvieron que competir con las mayores ventajas de los laboratorios extranjeros para importar desde el exterior sus producciones. Estas facilidades permitieron redefinir el accionar de los laboratorios extranjeros que tendieron a reconfigurarse dejando de lado algunos emprendimientos en materia de producción.

Además el proceso sostenido de consolidación del **Mercosur** introdujo una variable adicional que motivó determinadas inversiones de laboratorios nacionales en países miembros y un interés de las empresas extranjeras a radicarse en la Argentina para aprovechar la ventaja de localización que se ven reflejadas al pertenecer a un mercado ampliado que consta de casi 200 millones de personas.

La fuerte competencia en materia de influencias y lobbys entre laboratorios nacionales y extranjeros, dio paso a una nueva situación luego de la aprobación de la ley de patentes. Si bien continúan existiendo diferencias, las mismas se han suavizado considerablemente y todos reconocen que:

Los laboratorios extranjeros cuentan con ventajas de propiedad las cuales estarían originadas en grandes masas de capital disponible para investigaciones y desarrollos de nuevas monodrogas, la estructura organizacional, y el entrenamiento arraigado en el capital humano para la innovación. Estos activos no se encuentran en los laboratorios nacionales que por muchos años se movieron en un ambiente, donde se privilegiaba la velocidad de salida al mercado o la fuerza de venta de medicamentos.

La estabilidad ha disminuido el riesgo de la contratación, que si bien sigue siendo compleja y costosa puede resultar más beneficioso para una firma multinacional contratar determinados servicios antes que realizarlos desde la propia firma propietaria de los activos.

Los laboratorios nacionales cuentan con la ventaja de localización ya que tienen marcas reconocidas en el ambiente local, además del poder de *lobby*. El importante control sobre la cadena de comercialización les permite negociar en mejores condiciones, los embates de las firmas multinacionales.

Esta fortaleza de los Laboratorios nacionales permitiría explicar las estrategias tendientes a sostener el mercado de marcas (descartando políticas de genéricos) y realizar cambios en el sector distributivo, en lugar de seguir una estrategia de fuerte inversión. En consecuencia podemos razonar que los laboratorios nacionales entienden que todo su poder está en las ventajas de localización y por esto tratan de fortalecer su posición antes de que expire el plazo otorgado por la ley de patentes (año 2.000)

Por último, pero no por ello menos importante **el plan de convertibilidad** fue exitoso en la baja de precios, pero tuvo en sus primeros tiempos un cambio de precios relativos que favoreció a los bienes no transables, en detrimento de los precios industriales que compiten con el exterior.

Este hecho afectó sin dudas el precio final de los medicamentos, dado que un porcentaje importante de su precio final esta compuesto por no transables, pero además las empresas vieron incrementadas las presiones por la mejora de la administración tributaria y previsional.

**Los laboratorios trasladaron a los precios el incremento de costos** que tuvieron internamente. Esta afirmación se puede demostrar claramente en el periodo 1991-1998 con el siguiente calculo:

**Tabla 1 . Argentina Evolución de los precios de los medicamentos. Periodo. 1991 – 1998. Indice 1991 = 100**

<b>Año</b>	<b>Estimada</b>	<b>Real</b>
1991	100	100
1992	117	117
1993	126	144
1994	131	179
1995	133	188
1996	133	196
1997	133	203
1998	135	206

Fuente: Elaboración propia en base a datos del **INDEC**

Para calcular el índice de la "evolución de precios estimada" se procedió a dividir el precio final en dos componentes. El primer componente se estimo que alcanza un 60% del precio final del medicamento y corresponde al ingreso de los laboratorios. Representaría la porción del bien que es transable, por lo tanto debe seguir la evolución de los precios internacionales. La variable "proxi" que se utilizo para representar esta evolución fue el Indice de Precios Internos Mayoristas a nivel de Productos Importados que publica mensualmente el INDEC.

El segundo componente se estimo que alcanza un 40% del precio final del medicamento y corresponde a los ingresos de las droguerías de las farmacias y al IVA. Este porcentaje representaría la porción del bien que es no transable, por lo tanto debe seguir la evolución de los precios del país. La variable "proxi" que se utilizo para representar esta evolución fue el Indice de Precios al Consumidor a Nivel General ya que en su calculo se toma una canasta que esta compuesta mayormente de bienes no transables.

En resumen el calculo de la evolución de precios medios de medicamentos estimada correspondería a la formula:

$$\mathbf{I.P.E. = 0,60 \times IPIM(p.m.) + 0,40 \times IPC}$$

El índice de la evolución de precios medios de medicamentos real surge de los datos de la Fundación ISALUD.

En 1991 y dada la situación de tensión que se creó entre el Ministerio de Economía y los laboratorios, al incrementarse los precios de los medicamentos mucho más rápido que el conjunto de precios del resto de bienes y servicios, el Ministerio interpretó este hecho como acciones concertadas de los laboratorios en materia de precios e intentó de manera poco efectiva crear un mercado de genéricos.

### **Las estrategias de los laboratorios**

Los laboratorios realizaron importantes cambios organizacionales, fusiones e inversiones con el objeto de reposicionarse y fortalecer sus posiciones en algunos casos creando barreras de entrada al sector y en otros preparándose para la caída de alguna de ellas.

Existen en el mercado de medicamentos al menos **cuatro barreras de entrada**: la primera y principal son las **patentes**, que otorgan la facultad de mantener un monopolio y que en el caso de Argentina a partir del 2000 comienzan a ser reconocidas, con lo cual se produce su caída.

La segunda barrera son los **altos costos de investigación y de promoción**, que como se mencionó son determinantes tanto de la innovación como de la posibilidad de difundirla comercialmente. Esta es también una barrera de escala, que excluye a las firmas, que no pueden levantar los capitales suficientes para encarar el negocio en todas, sus fases, habiendo patentes.

Los costos de la innovación <sup>4</sup> que tiene este sector, impactan fuertemente en los gastos de investigación y desarrollo que no han dejado de crecer, en primer lugar por la creciente reglamentación de la FDA y otras agencias. El periodo medio de desarrollo se incrementó, desde 35 meses a principios de los años sesenta, hasta más de 145 meses a finales de los ochenta (Thomas, 1990).

Es probable que la industria farmacéutica se enfrente a rendimientos decrecientes en I + D, las entidades químicas nuevas son cada vez más difíciles de encontrar y los efectos beneficiosos son igualmente difíciles de probar. <sup>5</sup>

Los laboratorios nacionales no tienen capacidad de investigación pero si invierten sumas importantes de recursos en la promoción de los productos.

La tercer barrera reconocida es **la importancia de las marcas y lealtad hacia las mismas de los médicos**, que son quienes actúan como agentes del paciente en la demanda<sup>6</sup>. Este hecho se manifiesta en la inercia de que aún vencida la patente los médicos siguen recetando medicamentos de marcas conocidas.

Esta barrera ha sido fuertemente promovida por los Laboratorios mediante una gran variedad de incentivos a la prescripción por marca, según la Federación de

---

<sup>4</sup> El costo de producir una nueva monodroga alcanza hoy los 280 millones de dólares

<sup>5</sup> En el período 1986-1991 la FDA aprobó tan solo 143 drogas, de las cuales en realidad solo 20 fueron verdaderas novedades.

<sup>6</sup> Si el médico incorpora variables que le son relevantes a él, pero no al paciente al momento de tomar las decisiones, sean estas conscientes por ejemplo actividad remunerada adicional, terminar la guardia, completar un protocolo de investigación) o inconscientes (consideraciones sobre cultura, clase o sexo) nos encontramos entonces con una relación de agencia imperfecta. Esta relación de agencia termina en demanda inducida por el proveedor que puede ser incentivado o inducido a aprovechar la asimetría informativa existente a su favor. (Economía y Sanidad – Vicente Ortún Rubio)

Agentes de Propaganda Médica de cada 100 visitas al médico, 90 terminan en receta.

Es necesario mencionar también la extendida percepción de la sociedad argentina, respecto a considerar la calidad de la prestación vinculada al medicamento y otorgarle a este un valor curativo absoluto, incluso ignorando las contraindicaciones y aspectos negativos de la ingesta del mismo. Un 17% de la facturación surge de la automedicación y constituye un signo de la escasa responsabilidad en el consumo.

La cuarta barrera a mencionar es la **escasa difusión de los productos genéricos**, considerando que no se alcanzó un cierto grado de homogeneidad y confianza suficiente en ellos, impidiendo en consecuencia una activa competencia en precios.

El intento del decreto 150 de introducir un mercado de genéricos fracasó rotundamente en primer lugar por que las reformas de ciertos mercados necesitan un conocimiento específico del funcionamiento de los mismos y en segundo lugar por que las políticas e instrumentos deben ser articuladas y compartidas por los distintos organismos y agencias del sector público, tendientes a contener y evitar las poderosas influencias y estrategias desatadas por parte de los distintos actores<sup>7</sup>.

Del breve análisis realizado, podemos concluir que si bien los laboratorios plantearon una estrategia para atrasar la apertura de la primer barrera, no pudieron sostener demasiado tiempo este enfrentamiento, dado el evidente agotamiento del modelo de industrialización por sustitución de importaciones y las presiones de los organismos internacionales,

En el caso de la segunda barrera resulta evidente que la magnitud de la inversión necesaria en investigación y desarrollo y capacidad de introducir productos innovadores, promovió aún a nivel internacional una importante cantidad de fusiones y adquisiciones de empresas incrementando el proceso de concentración mundial del sector.<sup>8</sup>

Los laboratorios nacionales intentan mantener el mercado mediante alianzas y otros mecanismos de asociación, reconociendo sin embargo su imposibilidad de competir ante los laboratorios multinacionales que son los innovadores y los que han presionado fuertemente para imponer patentes.

En la tercer barrera planteada existe una ventaja importante de los laboratorios nacionales respecto de los extranjeros, por el mayor conocimiento de los comportamientos sociales de los médicos, usuarios y financiadores y además por la cercanía que tiene la propiedad del capital con la venta. A diferencia de la situación de las empresas multinacionales donde se verifica una relación de agencia entre los gerentes y la propiedad accionaria de las empresas, que no favorece a esta última,

---

<sup>7</sup> Una de las debilidades más importantes que se observa en el Dec.150 es que no estaban dadas las condiciones para que en el corto plazo se puedan dar las seguridades que requiere la prescripción genérica. En el caso de los Estados Unidos ha generado mucha polémica a pesar de que existe un sistema oficial que garantiza eficientemente las bioequivalencias, con este ejemplo es posible analizar la situación que se podría presentar en nuestro país con escasa vigilancia sanitaria – medicamentos adulterados- y el mercado donde proliferan medicamentos de marcas con un gran número de principios activos o en asociación y combinación cuyo acceso al mismo no ha estado adecuadamente regulado durante muchos años (Marcelo Vernengo, Seminarios Fundación Argentina y el Mundo, Política de medicamentos desde la perspectiva económica y sanitaria)

<sup>8</sup> Ver Anexo 1

en el caso de los laboratorios nacionales son sus propios dueños quienes gerencian los mismos.

Respecto de la cuarta barrera referida a la escasa difusión de genéricos, es donde se ha mostrado más activos los laboratorios en impedir la introducción de competencia vía precios,. Esta estrategia se ha fortalecido a través de los diferentes contratos con la seguridad social que consagran el mercado de marcas.

Para participar de este mercado se requieren cada vez más recursos. Los laboratorios que operan en Argentina, tal como fue mencionado crecieron de la mano de regulaciones que facilitaron un importante desarrollo del sector, pero en el futuro, la mayoría de ellos, enfrentan serias limitaciones para trascender los límites del país.

**En consecuencia las firmas han dejado de mirar la producción de drogas y se han concentrado en el ensamblaje, en la comercialización y distribución, apuntando a convertirse en las mejores comercializadoras de los medicamentos pertenecientes a los grandes laboratorios internacionales.**

Estos laboratorios si bien tienen representación en Argentina, reconocen que los laboratorios nacionales tienen marca y canales de distribución, comercialización y que conoce a los clientes y capacidad de lobby con los financiadores.

La estrategia defensiva de las empresas induce a una mayor especialización ensambladora y comercializadora de las firmas, de esa manera logran mantener mercados. Las empresas que se mantienen son las que se caracterizan por especializarse en productos diferenciados y con mayor contacto con la demanda.

### ***b. Análisis de las estrategias de comercialización y producción de los laboratorios productores. Cámaras y Entidades Colegiadas***

El sector de medicamentos en la Argentina vive un proceso de reorganización en su estructura mesoeconómica, es decir se estuvieron y se están dando cambios muy significativos que modifican el peso relativo y la función de los agentes intra-industria. El eje de estos cambios se da a nivel distribución, mientras que en materia de producción los cambios son menores.

### **Ley de Patentes**

La ley de patentes viene a transformar la dinámica del sector en el país. Los laboratorios nacionales, en su gran mayoría, copiaban (y lo siguen haciendo) la fórmula de algún medicamento cuyo propietario era algún laboratorio extranjero, el laboratorio nacional producía ese medicamento en el país y lo vendía a precios internacionales, el resultado de estas operaciones dejaban ver grandes beneficios. El factor de peso para el logro de estas ganancias era el ahorro del principal costo en la industria, es decir el gasto en Investigación y Desarrollo.

La ley de patentes rompe con esta dinámica, ya que esta establece que a partir del 2000 los laboratorios nacionales si desean utilizar un compuesto ya patentado tendrán que pagar un royalty al laboratorio que lo desarrolló. Vemos que las características del mercado argentino no permiten a los laboratorios nacionales

embarcarse en proyectos de investigación y desarrollo propios, por lo tanto, la única opción con la que cuentan los laboratorios nacionales post ley de patentes, es el pago de regalías a los laboratorios extranjeros. Pero esto último pondría a los laboratorios nacionales en una posición muy difícil frente al asedio de los laboratorios extranjeros que intentan entrar al mercado nacional. Se comienza entonces a atisbar lo que ocurrirá en los próximos años. Los laboratorios extranjeros tomarán posiciones importantes del mercado de medicamentos en la Argentina. Frente a este panorama existe una estrategia sumamente original de parte de los laboratorios nacionales.

### ***Decreto de Desregulación***

El decreto de desregulación del mercado de medicamentos que fue aprobado en 1991, establece entre otras cosas la libertad de precios en el mencionado mercado. Este hecho también viene a transformar una dinámica en el sector. La lógica económica indicaría, y las autoridades competentes en la materia también, que el desenlace de este cambio institucional sería una competencia entre medicamentos vía precio, y el resultado sería una caída general (aunque en distintas proporciones) de los costos de los mismos para los consumidores. El punto es que de haber existido esta competencia, habría afectado los márgenes de beneficio de los laboratorios. Por lo tanto en este caso también los laboratorios respondieron con una estrategia original, que les permitió hacer frente a los cambios de la mejor manera posible y resguardando ante todo sus propios intereses.

La estrategia adoptada por el sector ante los cambios institucionales antes mencionados sería la propiciada por Schumpeter<sup>9</sup> cuando establece su proceso de "destrucción creadora". En la moderna literatura económica esta estrategia es denominada "Carteles de Crisis". El propósito de los carteles de crisis es realizar una salida ordenada de sectores de la economía que por distintos cambios, ya sea estos institucionales, tecnológicos, de aprovisionamiento, están en vías de derrumbamiento. Lo que es interesante remarcar de la estrategia, es que esta pensada para ser instrumentada por el estado, ya que una abrupta caída de un sector de la economía puede traer aparejado consecuencias a otros sectores, tanto en materia de encadenamientos, como en materia de desajustes a nivel global. Es decir el estado interviene y pone en práctica una cartelización del sector para mantener márgenes de beneficio, mediante acuerdo de precios o repartos de mercado, invocando el interés público de la acción, de otra manera esta política estaría prohibida, ya que atentaría contra el interés económico general.

Existen evidencias empíricas de este tipo de políticas en Japón después de la segunda guerra mundial, en donde el estado permitió la concertación de pactos relacionados con precios y cantidades a empresas que estaban en proceso de salida de mercado.

Lo original de la implementación de la estrategia en nuestro país, es que las propias empresas del sector (laboratorios, droguerías, farmacias), de una u otra forma entran en acuerdos sobre distintos puntos, **pero estos acuerdos surgen como iniciativa propia de los integrantes del sector frente al conocimiento de la poca viabilidad de su permanencia en el mercado si se sigue respetando un modelo de organización de la industria como el que se**

---

<sup>9</sup> Schumpeter, J. (1983) Capitalismo, socialismo y democracia, Orbis, Buenos Aires.

**estuvo utilizando.** Se puede destacar que con respecto a la viabilidad del sector el papel preponderante lo juega la implementación de la ley de patentes.

Durante cierto tiempo existió un fuerte enfrentamiento entre los laboratorios nacionales y multinacionales, actualmente el tema está cerrado y la preocupación de todos es el **posicionamiento futuro** de los distintos laboratorios, ante lo que se puede definir como el desafío del 2000: un mercado con patentes.

Los laboratorios están produciendo un avance muy importante sobre la cadena de distribución lo cual marca una diferencia importante respecto de su estrategia anterior. No se intenta romper la cadena (lo que debería significar un ahorro de costos para el usuario final, dado que es menor intermediación) sino cooptarla para poder incorporar las tasas de ganancias del eslabón correspondiente.

Algunas de las causas que fundamentan el cambio de estrategia se pueden resumir de la siguiente forma:

1. Definieron la necesidad de mantener la estructura productiva (o de marcas) de los Laboratorios existentes, chicos y grandes, y para ello necesitan capturar rentas adicionales que permitan a los mismos evitar el cierre<sup>10</sup>. Para ello avanzaron sobre la cadena de distribución permitiendo que todos los laboratorios con su diferente peso relativo, se vean beneficiados de contratos con listados abiertos.
2. Hacer frente a una posible estrategia de las droguerías por fortalecerse en la distribución, mediante la consolidación de las cadenas de farmacias (Esencia, Topky, Vantage, etc), al estilo de lo sucedido en el mercado chileno donde las cadenas farmacéuticas compran precio a los laboratorios.<sup>11</sup>
3. La aprobación de la ley de patentes que establece un plazo, donde los laboratorios deberán comenzar a pagar royalties para utilizar las patentes, y considerando el escaso desarrollo y los recursos necesarios para hacer investigación y desarrollo de principios activos, hizo que focalizaran su atención en la cadena de distribución, posicionandose de tal manera que cuando deban negociar acuerdos o futura venta de la empresa, tengan una posición fortalecida en el mercado. Esto los llevó a reconfigurar el "negocio" y avanzar en la cooptación de la cadena de distribución que le permitirá contar con un mecanismo de venta y distribución en Argentina y el Mercosur con posibilidades de negociar bajo otras condiciones.

Los laboratorios constituyeron un aliado fundamental de las farmacias en el debate sobre la forma y las características que debería asumir la distribución de medicamentos en la Argentina. Los mismos se alinearon en la defensa del rol del farmacéutico, la distancia mínima entre farmacia y farmacia y el cuestionamiento a comercializar los medicamentos en los supermercados.

Las dos estrategias más relevantes utilizadas por los Laboratorios son:

1. Integración del primer eslabón de la cadena de comercialización.

---

<sup>10</sup> Laboratorios medicinales era un sector con sobreoferta al igual que el resto de los prestadores de salud del sistema

<sup>11</sup> De un total de 1.700 farmacias que existían en los años 80, solo quedan 600 privadas, el resto 1.100 pertenece alguna cadena. En 1977 existía una farmacia cada 8.000 habitantes, actualmente una cada 38.000 habitantes.



2. Captura de los contratos de provisión de medicamentos a los seguros de salud. A continuación se examina cada una de ellas.

### ***Integración del primer eslabón de la cadena de comercialización***

A fines de los años setenta y principios de los ochenta, los laboratorios introducen una serie de reformas en su estructura organizativa, tendiente a dotarlas de mayor eficiencia en su funcionamiento. En primer lugar la separación de funciones mediante la creación de Empresas denominadas **Distribuidoras** encargadas básicamente de las funciones de almacenamiento, distribución del producto y en algunos casos venta de medicamentos sin involucrar directamente al laboratorio productor.

En 1978 Bagó y Montpellier conjuntamente con otros laboratorios crearon DISPROFARMA, muy rápidamente Roemmers y Roche entre otros crearon ROFINA, y por último Sidus y Syntial fueron los iniciadores FARMANET. El rol de las Distribuidoras fue vender servicios de almacenamiento, distribución, gestión de ventas y cobranza a los Laboratorios, que no obstante conservaron dentro de su propia estructura la fuerza de venta por considerarlo un recurso estratégico que no se debía entregar ni participar.

Otras distribuidoras de menor tamaño son SD (Sidus, Merck Shandown) y Fharmos que atiende a las pymes.

Cuando los Laboratorios deciden avanzar sobre la cadena de distribución, las empresas distribuidoras comienzan a jugar un rol estratégico, conformando las tres una mega distribuidora denominada Pharma Star, con participación igualitaria (1997) Pharma Star es quién ha estado comprando droguerías en los últimos años hasta concentrar el 30% de la distribución.<sup>12</sup> Las compras de Pharma Star, hasta ahora son:

- 70% de Droguerías Americana,
- 70% Barracas
- 70% Suizo Argentino
- 51% Droguería Helman (Córdoba)
- 51% Sur-Bahia Blanca.

Los laboratorios tienen capacidad para crear su propia demanda mediante la prescripción médica y las droguerías se encuentran en una situación de debilidad dado que deben comprarle medicamentos para poder atender la demanda.

### ***Captura de los contratos de provisión de medicamentos a los seguros de salud.***

En los años 50-60 fueron creadas las Cámaras de Laboratorios (Cilfa, Caeme y Cooperala) que constituían un ámbito de acuerdo sobre políticas que afectaban a los laboratorios. Los acuerdos se vinculaban fundamentalmente a funciones de defensa

---

<sup>12</sup> La estrategia de avanzar sobre la cadena se vio adelantada por la situación que se generó en el mercado con la situación creada por la participación de Droguería Americana como una de las principales introductoras de medicamentos falsificados. Ante la situación de zozobra que vivía el sector aparece Pharma Star comprando Droguería Americana que fue la primera de una lista que luego se fue ampliando, hasta alcanzar la cuota de mercado de distribución que tiene actualmente.

de los intereses empresariales del sector ante las regulaciones a la producción y certificación que imponía el estado.

A partir de los años 90 y como consecuencia de los cambios descritos con anterioridad, vinculados a las restricciones financieras de la seguridad social, la introducción del contrato capitado para contener costos, intentos de comenzar a trabajar con vademecun o listado restringido (cosa que si hicieron el sector público y las obras sociales de algunas provincias) se lanzaron mancomunadamente las tres Cámaras de Laboratorios, las tres Cámaras de Droguerías<sup>13</sup> y las tres entidades representativas de las farmacias, a obtener contratos con la seguridad social.

Este esquema de provisión de medicamentos, permite a los Laboratorios controlar y articular el modelo prestador, evitar la introducción de listados restringidos en la seguridad social y combinar fuerzas para mejorar el poder de negociación.

Los "socios" tácticos de los Laboratorios saben que son parte de esta estrategia de avanzar sobre los seguros públicos, no obstante estar enfrentados en otros potenciales negocios donde los intereses son confrontativos.<sup>14</sup>

En el próximo acápite continuaremos desarrollando esta estrategia en particular el *leading case* (Pami) y las modalidades contractuales de algunas de las obras sociales provinciales (Mendoza y Río Negro).

Las mandatarias son las signatarias de los contratos con prepagos y obras sociales como se verá más adelante, es decir se encargan de la provisión de medicamentos a sectores de poder adquisitivo mediano y alto, y han despertado también el interés de los laboratorios interesados en cooptar a las mismas en este segundo eslabón de la cadena de distribución.

La punta de lanza es la mandataria Diversified, que pertenecía a Droguería Americana y que paso a manos de Pharma Star, cuando compro dicha droguería. El objetivo es comenzar a cerrar contratos con los seguros mediante el accionar de Diversified, para lo cual se ofreció a todos los laboratorios tener alguna participación en la mandataria de tal manera que la misma pueda representar a toda la oferta de medicamentos en los ofrecimientos que realice.

## Droguerías

Las droguerías constituyen el eslabón intermedio de la cadena, actuando como intermediarias entre los laboratorios medicinales y las farmacias.

En descripción morfológica de las droguerías nos permite identificar droguerías que podemos denominar **integrales**, las cuales tienen la habilitación del Ministerio de Salud, y trabajan formalmente en el sector, proveyendo a las farmacias según los requerimientos de la misma.

Existen sin embargo lo que se puede denominar como **droguerías de oportunidad**, que en algunos casos primero tienen el negocio y luego salen a buscar el producto. En otros casos obtienen un fuerte descuento en algún

---

<sup>13</sup> Son dueños de una cierta cantidad de farmacias que compran a las droguerías en grandes cantidades y por consiguiente obteniendo mejores precios. Tienen básicamente el mercado de obras sociales empresariales, sindicales y prepagas. Las distribuidoras intentan comprar las mandatarias para quedarse con este importante mercado de manera directa. Algunas de las mandatarias más conocidas son Farmia – Ocania que han creado AIM

<sup>14</sup> Ver declaraciones de Machiavelli de Droguería del Sud.

medicamento y se dedican a colocarlo en el mercado. Se encargan también de proveer a las farmacias pero no tienen montado su negocio para obtener un beneficio por la distribución, sino por determinadas oportunidades vinculadas a la falta de planificación, vacíos de información, etc. Estas droguerías son las que se encargan de proveer a los hospitales cuando tienen determinados faltantes. El origen de algunas de ellas fue vendiendo descartables y luego avanzaron en medicamentos. Dronor tiene este origen con algunos negocios cautivos en el área de oncológicos.

Se trata de un sector concentrado, en 1993 las primeras droguerías poseían casi el 60% del mercado y esto se ha incrementado notablemente en los últimos años.<sup>15</sup>

Como muestra el cuadro a continuación:

	<b>Facturado anual<sup>16</sup></b>	<b>Cantidad de empleados</b>	<b>% del mercado</b>
Droguería del Sud <sup>17</sup>	650	1200	18%
Droguería Monroe	500		15%

No obstante esta relativa fortaleza en el mercado, las droguerías se han ido debilitando en la confrontación con los Laboratorios, quienes avanzan en la integración vertical, mediante las empresas distribuidoras, que mantienen la estructura de la cadena y el margen correspondiente por la intermediación.

Las ventas de las droguerías están fuertemente concentradas en el área de Capital Federal y Gran Buenos Aires que agrupan el 46% de las ventas totales y solo el 33,5% de la población. Esto se debe a la estructura de ingresos y subsidios a las obras sociales y hospitales públicos en la zona de referencia.

En los últimos años varias droguerías han tenido que ir a convocatoria de acreedores entre ellas Hurlingham, Dronor, Onix, Meta y Cofarquíl, esta última con una deuda de 80 millones de pesos. Esta situación ha sido una buena oportunidad para el ingreso de Pharma Star a la distribución de medicamentos, llegando actualmente a controlar aproximadamente el 30% de la misma.

<sup>15</sup> En Estados Unidos las 10 mayores droguerías concentran el 81% del mercado.

<sup>16</sup> En millones de pesos

<sup>17</sup> Droguería del Sud fue creada en 1950 por el Dr. Silvio Macchiavello y en el transcurso de los años se fue convirtiendo en la droguería más importante del mercado. En 1988 comienza a avanzar sobre el interior del país abriendo una delegación en Córdoba para abastecer la zona norte, en 1994 inauguraron la planta de Santo Tomé para atender el Litoral, mientras que la central de Buenos Aires atiende este importante mercado más al sur, llegando a Tierra del Fuego

La empresa tiene un total de 3.500 clientes, distribuye 15.000 marcas de productos y tiene el 15% de la venta de medicamentos de todo el país.

Vende 8 millones de unidades mensuales, con un facturado mensual de 53 millones y anual de 650 millones de dólares.

Para la distribución cuenta con 160 camionetas, 17 guardias de reparto y tiene 1.000 farmacias asociadas a Tecno-sud<sup>17</sup>, que se comunican por modem con la droguería.

La tecnificación y el programa cronométrico del despacho aéreo, el trabajo de las tres plantas sobre todas las bandas terapéuticas, sumado a la automatización y computarización (sistema automático de preparación de pedidos) convirtieron a la empresa la primera droguería del país.

Droguería del Sud pudo seguir subsistiendo no solo por la capacidad de innovación demostrada, sino por que existe una integración vertical con un laboratorio medicinal (Temis Lostaló) que en algunos momentos llegó a subsidiar mensualmente a la droguería para poder continuar.

**En los años 1991-1992 y siguiendo el modelo chileno las droguerías se lanzaron con la estrategia de armar redes de farmacia, entre las más conocidas:**

<i>Nombre</i>	<i>Propiedad</i>
<i>Topky</i>	<i>Droguería Monroe</i>
<i>Proetica</i>	<i>Droguería Americana</i>
<i>Esencia</i>	<i>Droguería del Sur</i>

Las cadenas nacieron con el objetivo de aprovechar el hecho comercial que significa consumidores ingresando en la farmacia para adquirir medicamentos, sobre los cuales actuar mediante la "venta por impulso". Para ello reconfiguraron la farmacia de tal manera de exponer la mayor cantidad de mercadería posible muy cerca de la gente, iluminar mejor los locales y sumar artículos vinculados a la salud: productos de venta libre, vitaminas, antioxidantes, líneas de belleza, etc.

Sin embargo algunos problemas logísticos como por ejemplo la falta de capacitación del personal y la confrontación con los laboratorios que vieron en esta estrategia el riesgo de quedar cautivos de las redes comercializadoras, terminó haciendo fracasar esta iniciativa.

Hoy la redes de farmacia constituyen tan solo un 1% de las 12.000 farmacias que se estima constituyen la boca de expendio de los medicamentos en Argentina.

El mercado ha cambiado mucho y los financiadores, preocupados por ajustar financieramente su negocio, están exigiendo un 50% de descuento promedio de los medicamentos en el mostrador de las farmacias. De esa porción un 20% se pasa a pérdida y el 30% restante lo absorben las droguerías y las farmacias. En consecuencia las ganancias de las droguerías bajaron del 8%<sup>18</sup> al 2% y varias quedaron en situaciones de quiebra, constituyendo una buena oportunidad para comprarlas.

La tendencia es a la desaparición de las droguerías, sin por ello eliminar la figura intermediaria sino simplemente reemplazando el capital propietario de la misma. Los laboratorios usualmente aplican determinadas prácticas para debilitar la posición de las droguerías y favorecer a las distribuidoras, por ejemplo en materia de modalidades y formas de pago, el reducido capital financiero de las droguerías no pueden sostener la pérdida de rentabilidad y las exigentes condiciones del mercado.

En julio de este año y ante el avance de los laboratorios sobre la distribución, se concretó un acuerdo implícito donde estos se comprometieron a no seguir creciendo en la distribución, decidiendo de esta manera un virtual reparto del mercado de distribución del medicamento entre droguerías y laboratorios<sup>19</sup>.

---

<sup>18</sup> Reciben los medicamentos con un precio final fijo, del cual el 8% constituye la rentabilidad bruta de la droguería.

<sup>19</sup> Un mercado para dos. Laboratorios y droguerías se reparten las farmacias. Clarín, Finanzas y Negocios. 6/07/98

## Mandatarias

Las Mandatarias de Farmacias son empresas intermediarias que tienen en su cartera de clientes a las obras sociales y prepagos médicos, actuando como nexo de un conjunto de farmacias. Como su nombre lo indica reciben un mandato de la farmacia para contratar con las obras sociales y prepagos, en realidad son verdaderos contratos de adhesión.

En los últimos años han alcanzado poder de negociación ante las droguerías, mejorando de esta manera las condiciones de compra de medicamentos.

Las mandatarias ofrecen como ventajas de su contratación por parte de los seguros, certidumbre en el comportamiento contractual y abundante y calificada información sobre el consumo de medicamentos que permite hacer seguimiento específico de los prestadores e introducir esquemas de *managed care*.

Las mandatarias constituyen una actividad administrativa con escaso riesgo, que recibe una cápita por paciente asegurado y comienzan también a ser pretendidas por los Laboratorios por el lugar estratégico que ocupan dada su vinculación con los prepagos.

La mandataria más conocida y que tiene los contratos más importantes con los prepagos es AIM<sup>20</sup>, otras mandatarias presentes en el mercado son Preserfar (perteneciente a Droguería Monroe), Diversified (perteneciente a Droguería Americana y que recientemente pasó a manos de Pharma Star) y Farminter .

Mandataria	Propiedad	Clientes
AIM		Medicus, Seguros, Osecac, UPCN,
Preserfar	Droguería Monroe	Docthos
Diversified	Pharma Star	
Farminter		Osde

AIM conjuntamente con la Compañía de Servicios Farmacéuticos crearon en 1995 PBM (Pharmaceutical Benefits Management), y a través de tecnología y know how canadiense están desarrollando un soft para trabajar on line con los prepagos y obras sociales.

Por otra parte Pharma Star dueña de la marca Diversified le ofrece a toda la industria compartir esta gerenciera de contrato para tomar posiciones en la venta de medicamentos a los seguros.

---

<sup>20</sup> La primera mandataria Okane (grupo Kuropatwa – Via Valrosa) se crea en 1975, luego en 1976 se nace Farmia de un grupo de farmacias exitosas, ambas se concentran en prepagos más que en obras sociales. En un primer momento Okane y Farmia crearon una mandataria denominada Okafarm, que luego se transformó en la actual AIM que hoy tiene aproximadamente 200 contratos.

La potencial introducción de listados reducidos o vademecums por parte de los seguros ha llevado a los laboratorios a intentar ocupar un espacio clave que les permita negociar directamente las condiciones de introducción de los mismos.

### **Farmacias y Entidades gremiales profesionales**

Las farmacias suman hoy en todo el país aproximadamente 12.000 oficinas. Del total de ventas que realiza una farmacia el 60% corresponde a obras sociales y el 40% restante surge de un mix entre artículos de venta libre, accesorios y remedios al público (sin descuento). En términos de ganancia el 20% del ingreso total proviene de este último ítem.

Las condiciones financieras bajo las cuales operan actualmente las farmacias han empeorado, no sólo por la demora de 60 días en cobrar la facturación de las obras sociales, sino por que disminuyó el plazo de pago de los medicamentos a 30 días, y esto las obliga a girar en descubierto en los bancos con tasas del 4 al 5%

Las farmacias se agrupan gremialmente en tres entidades: una representativa de los profesionales farmacéuticos (Confederación Farmacéutica de la República Argentina), Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales, agrupa a 4.500 farmacias, la segunda agrupa a las farmacias mutuales y sindicales

Existen hoy en materia de farmacias, dos barreras de entrada: la primera el nivel de inversión necesaria (espacio del local, características generales, decoración, localización, etc) y la segunda es tener como cliente alguna prepaga importante.

A diferencia de otros esquemas que restringen el ingreso de farmacias, las entidades gremiales (confederación farmacéutica de la república argentina) sigue acogiendo a todas las farmacias que soliciten ingresar a sus padrones, sin embargo han perdido muchos contratos, lo cual ha resentido el funcionamiento institucional que llegaron alcanzar.

A nivel provincial los Colegios y Federaciones tienen a su cargo los contratos con la obra social provincial y en algunos casos organizaron prepagos farmacéuticos con serias dificultades para subsistir, considerando el alto consumo privado existente en nuestro país, las facilidades para conseguir recetas y la selección adversa y riesgo moral al que están sujetos los esquemas de seguro parciales.

### ***Acuerdos entre los Actores***

El crecimiento de la oferta de salud llegó a su fin a principios de los noventa, ingresando en un período de ajuste donde la puja distributiva amenazaba con dejar fuera del sector las clínicas y sanatorios, consultorios y profesionales, laboratorios bioquímicos y tecnología médica laboratorios medicinales y cadena de distribución de medicamentos.

Los actores tendieron ajustarse en su mayoría, saliendo incluso del mercado o disminuyendo su renta. Para el mercado de medicamentos en cambio **primó la "política" del acuerdo y el consenso estratégico de los laboratorios por sobre el efecto racionalizador del "mercado"**

La industria demostró un mayor conocimiento sobre la mejor estrategia para actuar en un mercado con fallas, como medicamentos. El gobierno quizás con una visión macroeconómica del funcionamiento de los mercados, suponiendo un

comportamiento automático y genérico de las firmas, evaluó que la libertad de precios y de contratación, generaría competencia, reestructuración y baja del precio de los medicamentos.

El incremento del gasto en medicamentos y el incremento de precios verificable en los productos nuevos y aquellos de mayor venta, permitió dilatar la puja interna dentro de la oferta y comenzar articular estrategias de avance sobre la cadena de comercialización mediante el accionar de las cámaras y las distribuidoras. Los laboratorios asumieron en algunos casos el rol de "agente racionalizador" que asegura al prepago u obra social un precio fijo por la cobertura de medicamentos a cambio de mantener el mercado de marcas.

El avance de los Laboratorios comenzó con el asedio de las droguerías y mandatarias, pero nada impide pensar que los seguros de salud puedan estar exentos de completar el proceso de integración vertical "aguas arriba" iniciado por la industria, mediante la compra de prepagas y obras sociales.<sup>21</sup>

En 1992 Jorge Katz y Gustavo Burachik se preguntaban cómo se reacomodarían los actores ante el ingreso de esta nueva figura a la cadena de distribución, considerando que parecía haberse llegado a un "plateau" en términos de venta, que resultaría difícil de expandir.

Estos seis años han demostrado que si bien la cantidad de unidades vendidas no se incrementó, la eliminación de ciertos actores (droguerías y mandatarias) sumado al incremento de los precios permitieron mediante un fortalecimiento y expansión de la capacidad negociadora, "capear el temporal" que significaba el ajuste y cierre de laboratorios, produciendo una transición gobernada del proceso de cambio de la oferta, según lo analizado en el capítulo correspondiente.

En el caso del sistema de salud de Estados Unidos, resulta notable como las HMO (*Health Maintenance Organization*) están recibiendo el impacto de la compra por parte de grandes grupos financieros e incluso farmacéuticos. Cuando se observan los recientes esfuerzos de algunos laboratorios, muchos están extendiendo su control hacia los seguros de salud. Esta es una tendencia nueva que se denomina **gestión de la enfermedad**<sup>22</sup>.

Las alianzas entre los seguros de salud y las compañías farmacéuticas que se concentran en una enfermedad en particular se vuelven cada vez más comunes. Si bien las Clínicas han desdeñado las ideas promocionales de los laboratorios, estas compañías evalúan que podría reducirse el costo de internación si se motiva a los pacientes crónicos a que tomen sus medicamentos con regularidad.<sup>23</sup>

Los laboratorios farmacéuticos quieren participar en áreas como la atención de la salud a domicilio, la educación de los médicos y hasta las cuentas del hospital.

En el caso de Argentina todavía no existen laboratorios interesados en comprar prepagas o participar en la gestión de las obras sociales según lo recogido en algunas de las entrevistas realizadas, pero ¿Cuánto tiempo pueden tardar en

---

<sup>21</sup> De las entrevistas realizadas no surgió que exista hoy un interés de los Laboratorios por avanzar sobre prepagas, no obstante el importante cambio de propiedad y concentración que se está dando en este sector.

<sup>22</sup> Jorge Katz. Reportaje diario el Médico. Diciembre 1997

<sup>23</sup> Gestión de enfermedades, un nuevo negocio. The Wall Street Journal Americas. George Anders (Redactor de The Wall Street Journal) 18 de mayo 1995

identificar que los seguros cierran definitivamente la cadena de distribución del medicamento ?

### **Análisis de los contratos de la industria con la Seguridad Social**

El PAMI por su importancia cuantitativa dentro del sistema (4.300.000 beneficiarios) y cualitativa (la gente de avanzada edad son importantes consumidores), constituye el caso más importante de demanda desde el sector público.

El Instituto cuenta en el caso de medicamentos con una variedad de esquemas de provisión, en primer lugar los medicamentos de internación que son consumidos por pacientes internados y cuya cobertura esta incluida en la cápita de la UPI respectiva, los medicamentos oncológicos tienen una modalidad de financiación provisión específica y por último y lo más relevante desde el punto de vista del consumo, están los medicamentos ambulatorios con prescripción médica.

Dada esta política antes mencionada podemos decir que PAMI configura un financiador más que un comprador de medicamentos. Sumando oncológicos más ambulatorio nos encontramos con el mayor consumidor de medicamentos dentro del mercado.

Si consideramos un mercado ético valuado, durante 1995, en alrededor de \$ 5.115 millones, el gasto de fármacos alcanzados por el mecanismo de compra del INSSJP fue de 1.051 millones (de los cuales \$ 952 millones corresponden al consumo de pacientes ambulatorios y el resto a productos oncológicos.<sup>24</sup> Es decir que un 20,5% del mercado, en valores, se canaliza al INSSJP, en una estimación que debe considerarse de mínima ya que no se incluyen el consumo de pacientes internados y otras variantes.

Este contrato fue renegociado en el año 1996, en base a un ofrecimiento que fue piloteado por las tres Cámara de Laboratorios Farmacéuticos que primeramente enhebraron un convenio con sus pares de las Droguerías y Farmacias.<sup>25</sup>

Este contrato asegura al PAMI un gasto fijo para la provisión de medicamentos ambulatorios y oncológicos de 27,5 millones de pesos mensuales, lo cual le da previsibilidad y certeza al gasto del Instituto, objetivo buscado por las autoridades al firmar dicho contrato. Si el consumo superara esta cifra se hace cargo la prestadora de servicios, responsable del manejo de la información vinculada al consumo de medicamentos de los jubilados.

Las condiciones del contrato permiten el mantenimiento de un listado de medicamentos amplio, que se ubican bajo las distintas coberturas que tiene el Instituto (30, 50, 80 o 100%), según la estimación realizada de la importancia del medicamento para determinadas terapias.

La amplitud del listado permite identificar en el mismo medicamentos con diferentes costo-efectividad y constituye un reforzamiento de la política de marcas que caracteriza el mercado de medicamentos en la Argentina. El hecho de que se

---

<sup>24</sup> El gasto de \$ 1.050 millones se refiere al valor de mercado comercializado bajo los mecanismos de suministro/acuerdos del INSSJP. Ello no significa que esta cifra constituya el flujo de salida de caja de la institución, considerando la cobertura relevante a cargo del paciente.

<sup>25</sup> Ver anexo I . Modelo de convenio firmado por las nueve Cámaras con el Anssal para trasladar el esquema de contrato Pami al resto de las obras sociales.



incluyan medicamentos de laboratorios pequeños en el listado de PAMI, en cualquiera de las bandas de cobertura consideradas, constituye un valor agregado para dicho laboratorio al momento de venderlo o asociarse.

La clara ausencia de una política de compra de medicamentos y de selección de los mismo según efectividad terapéutica comprobada, refuerza lo dicho anteriormente: el Instituto financia pero no compra.

Un interés adicional por parte de los Laboratorios está dado porque el hecho que el acuerdo significa legitimar el mecanismo de distribución con la presencia de un determinado rol y porcentaje de ganancia aceptado para las droguerías, sector sobre el cual se están expandiendo los Laboratorios a través de Phama Star.

El usuario de los servicios se ve claramente perjudicado al tener que pagar el porcentaje del precio que no cubre el Instituto, este gasto de bolsillo que no es escaso, resulta completamente ignorado en el proceso de negociación del contrato, dado que el objetivo principal al momento de la negociación por parte de Pami, fue equilibrar las finanzas a través de una reestructuración de los gastos.<sup>26</sup>

Un esquema similar de contrato firmaron algunas obras sociales provinciales como el Ipross de Rio Negro y Osep de Mendoza.

### ***La dinámica del contrato***

El contrato de medicamentos del INSSJP reviste la particularidad de asegurar a la industria representada por CILFA, CAEME y COOPERALA, un precio fijo a pagar por aquél, quién al menos en momento de su suscripción original, tenía la demanda "cautiva" de los jubilados y pensionados del régimen previsional nacional.

Como contraprestación principal las Cámaras se obligan a asegurarle al Instituto la provisión, distribución y dispensa de todos los medicamentos ambulatorios y oncológicos de venta bajo receta, exceptuadas las vacunas de campañas de vacunación general, que demande la atención de sus afiliados, pero bajo la condición de la prescripción por marca, a favor de los laboratorios.

De la lectura del aludido instrumento, advertimos que el mismo es la piedra angular alrededor del que giran otros acuerdos –entre las Cámaras y las asociaciones que representan a las farmacias; con las droguerías; la relación entre la obra social y sus afiliados; entre éstos y las farmacias; etc. -. Todos, alimentados por la finalidad supracontractual antes aludida, que sustenta la conexidad del conjunto, aún cuando cada contrato mantiene su autonomía.

Como señala Lorenzetti<sup>21</sup>, el interés en el funcionamiento del sistema, resulta ser la finalidad económica - social que a modo de "cemento" une los distintos contratos.

Dicha voluntad declarada del dueño del negocio principal, se independiza del mismo funcionando objetivamente y el conocimiento de la regla de convivencia entre el conjunto de contratos con cada comunidad de individuos, servirá para determinar hasta que punto estamos frente la conexidad, la dominación o integración que hace desaparecer la autonomía de negociación de las partes.

---

<sup>26</sup> Revista Dosis. Radiografía de un acuerdo. Pag. 18

## **Defensa de la Competencia**

Si nos abocamos a explorar dicha voluntad con relación a los aspectos que emergen de este plexo de relaciones contractuales y a analizar en que medida podría afectar derechos tutelados por las Leyes de Defensa de la Competencia o de Defensa del Consumidor, podemos decir que en principio la conexidad en estudio no habría afectado la autonomía de negociación de los contratantes, salvo en el caso de los destinatarios finales del producto.

En efecto, recordamos que frente a las tipologías básicas de defensa de la competencia el legislador argentino optó por el control a posteriori de las conductas empresariales, penando los abusos y no por la regulación ex - ante de la economía. Ello, al prohibir la Ley 22.262 de Defensa de la Competencia las conductas anticompetitivas –que restrinjan o limiten la competencia o constituyan el abuso de una posición dominante- y sólo cuando causan un perjuicio al interés económico general.

En ese sentido, tanto las Cámaras de Laboratorios como el INSSJP, habrían celebrado el acuerdo en comentario, en representación de casi el 95% de la oferta las primeras y el segundo de por lo menos el 25% de la demanda de medicamentos. Esto, parecería indicar que claramente suscribieron el documento gozando de una posición dominante en el mercado específico.

Considerando que esta posición quedaría en principio neutralizada con la capacidad negociadora de ambos contratantes, que les vale para contrarrestar los efectos negativos del poder de mercado del otro en pos de la eficiencia y que desde la vigencia de la concertación de precios entre ellos, ninguno de los mismos o de las partes intervinientes indirectamente en el contrato o conexos, han denunciado ante las autoridades competentes alguna práctica anticompetitiva, que configure un abuso de su posición dominante, parece no haber resultado afectada hasta el momento la libre competencia.

Ello, máxime si consideramos, que podría sostenerse, que la representatividad que ejercen los laboratorios de los demás integrantes de la cadena de comercialización tuvo y tiene por objeto ahorrar ciertos costos de transacción, que se sumarían a las ventajas que en cada uno de los acuerdos conexos se pactaron en beneficio de los actores involucrados (laboratorios, farmacias, droguerías, INSSJP). Ahorros que en definitiva pudieran beneficiar a la sociedad en su conjunto, al facilitar la contratación con los demandantes finales del producto.

Si bien nos permitimos dudar específicamente de este beneficio social, por las consideraciones que más adelante expondremos, no resulta óbice para el criterio general expuesto, el hecho de que el contrato actúe regulando artificialmente el mercado de medicamentos, impulsando la fijación de precios y obstruyendo el libre juego de la oferta y la demanda, si sumamos a la ausencia de competidores perjudicados la circunstancia de que estamos frente a un mercado que nunca llegará a tener un funcionamiento competitivo y perfecto y ante es el hecho de que en los aspectos vinculados con la legitimación procesal de este régimen penal económico, los particulares, tienen escasa participación, lo que le ha restado eficacia a la ley<sup>22</sup> .}

## ***Defensa del Consumidor o Derechos de los Beneficiarios***

Distinto es el caso, cuando analizamos la situación de los afiliados al INSSJP, en tanto sería deseable, que éste al representar y defender sus intereses, procure minimizar los efectos negativos del funcionamiento de este mercado imperfecto en términos de precios, que como hemos demostrado recaen fuertemente sobre aquellos.

Determinar en que medida se afectan los derechos de dicha población exige reconocer que la naturaleza jurídica del acuerdo principal entre el INSSJP y las Cámaras de Laboratorios estaría configurada por una "estipulación a favor de terceros", en las que se establecen detalladamente las condiciones de cobertura de "los beneficiarios" y de las cuales surge que el importe que abonan los mismos no constituye todo o parte del precio del producto sino un copago, que les es impuesto y que ese sí se fija como un porcentaje del precio acordado con el INSSJP.

Nos interesa este aspecto del contrato para advertir que en el conjunto conexo de acuerdos, la seguridad social, para regular el mercado de medicamentos, como lo ha hecho con otros mercados, ha optado por establecer copagos, como mecanismo que tiende a desalentar la sobreutilización, reconociendo niveles mínimos de cobertura, con control estatal de la prestación. Se limita así fuertemente la autonomía negocial de los beneficiarios. Particularmente, resulta de utilidad este dato, a efectos de poner en evidencia que los afiliados del Instituto no son consumidores en los términos de la ley 24.240 de Defensa del Consumidor y por ende, "... personas físicas o jurídicas...que contratan a título oneroso para su consumo final... una cosa mueble...".

En la especie, es el INSSJP quién actúa como tal, en la medida en que facilita a sus beneficiarios los productos cuya provisión, distribución y dispensa, financiando estas actividades, atento no persigue integrar en procesos de distribución o comercialización tales productos, sino destinarlos al consumo privado.

Por ello, los beneficiarios no pagan un precio sino un copago, que como tal no está regulado por las leyes que tutelan el libre juego de la oferta y la demanda, sino por las que regulan al aludido Agente del Seguro de Salud (23.660 y 23.661). Distinto sería el caso, de las entidades prepagas con fines de lucro, las cuales no puede ser consideradas como consumidoras finales.

Lo cierto es que este consumidor final, por imperativo legal, debe actuar en defensa de los intereses de sus beneficiarios, brindando principalmente prestaciones médico asistenciales a sus afiliados (Ley 19.032 de creación del INSSJP) en un marco de provisión de prestaciones igualitarias, humanizadas, tendientes a la protección y promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, que respondan al mejor nivel de calidad disponible y que les garanticen a aquellos la obtención del mismo tipo y nivel de prestaciones, eliminando toda forma de discriminación en base a un criterio de justicia distributiva (Ley 23.661). En suma, la cobertura debe ser accesible, suficiente y oportuna, asegurando la plena utilización de los servicios y libre elección de los beneficiarios, donde ello fuera posible.

Como hemos dicho los copagos les son impuestos a los beneficiarios para evitar sobreutilización de servicios en base al desconocimiento de sus efectos adversos, al par de garantizarle así un ahorro a la obra social para brindar más y mejor cobertura a sus afiliados, pero en modo alguno puede representar una afectación a los

derechos más elementales de sus beneficiarios: información, salud, economía, de modo tal que les restrinjan la posibilidad de su goce efectivo.

Es allí, donde radica la razón de ser de dicha Obra Social y es esta la causa que nos fuerza a preguntarnos si se observa el derecho de libertad de elección a favor del afiliado, reconociéndole a esos fines el derecho a la información e incluso a la posibilidad de optar por la prescripción por genéricos, que expresamente es impulsada por nuestro derecho positivo, así como a analizar si son altos los valores en que se fijan los aludidos copagos.

Si bien el acuerdo, establece que el acceso a los medicamentos de los laboratorios es libre, con libertad de elección de droguerías y farmacias para los afiliados al INSSJP, prevé que los prestadores médicos del INSSJP deberán prescribir por marca.

Esto nos lleva a recordar que el proceso de desregulación, por el que transita la economía en general y la seguridad social - obras sociales -, en particular, ha alcanzado también al INSSJP y que de su aplicación surgen principios disímiles a los tradicionales, consagrando entre otros, tal como señala Lorenzetti, que el aporte sigue al afiliado; que debe garantizarse su libertad de elección entre obras sociales y eventualmente entre los oferentes de servicios o productos; que el "afiliado" se transforma en "consumidor" y que la obra social en tanto "empresa médica" debe eliminar costos de intermediación adoptando un gerenciamiento competitivo, pero con una fuerte regulación de sus deberes públicos.

Tal libertad de elección tienen su contracara en la libre competencia, en el sentido de entenderla como un espectro razonable de alternativas no monopólicas y relacionadas con los recursos disponibles. Por ello, la adopción de un vademécum por sí mismo no configura una restricción a este derecho, si reconoce variedad en precio y calidad.

Distinto es cuando analizamos la exclusión de una prescripción por genéricos impulsada en la regulación contractual de la actividad, según la voluntad declarada del dueño del negocio principal, ya que se afecta directamente al derecho de información de este grupo poblacional, e indirectamente a su economía, al mantener precios relativamente altos, como hemos visto precedentemente, al par de apartarse de la política que oficialmente propician las autoridades nacionales en el proceso de desregulación de este mercado, eliminando la competencia por precio y calidad.

En consecuencia, por las particularidades del mercado en comentario, que se caracteriza por la asimetría de la información y la relación de agencia, la estrategia de fijación de precios determinada por el contrato, en atención al nivel en que se fijaron los mismos, luego de su escalada anterior y la difícil situación en la que se hallaba el sector productor de medicamentos, nos lleva a dudar sobre el precio de mercado que dichos productos podrían tener a la fecha, de haber optado la obra social por una prescripción por genéricos y como resultado de una negociación que considerara los derechos de los afiliados al Instituto.

Obvio es entonces, que si la heterogeneidad es el oxígeno del sistema en general, en el acuerdo que analizamos, la coexistencia de cada uno de los intereses involucrados, debería obtener una mejora para los beneficiarios, pero la concertación no los beneficia, ya que no se verifica la diversidad de opciones a la que debe propender el sistema en su conjunto, especialmente, la política del INSSJP.

En suma, no podemos decir que la situación descrita, pueda encuadrarse en las previsiones de las Leyes de Defensa de la Competencia o Defensa del Consumidor, pero sí que las mismas deben interpretarse, en virtud del rango constitucional que se reconoce a los derechos de este último, conjuntamente con las normas de la seguridad social a favor de los beneficiarios, recordando que hoy se transita por un cambio de principios que comienzan a reconocerles y acordarles a estos mayores derechos y responsabilidades y cuya representación, bajo el control administrativo del Estado, debe ser ejercido, a favor de sus legítimos intereses por el Organismo que los representa.

Lo expuesto, sin perjuicio del compromiso que todas las autoridades tienen en proveer a la protección de los derechos a la salud, intereses económicos, información adecuada y veraz, libertad de elección y trato equitativo y digno, propios de la relación de consumo, y que como ya dijimos por analogía también alcanzan a los beneficiarios del INSSJP, en tanto se hubiera disminuido el excedente total generado. Interpretación que se sustenta en la integración de todas las normas generales y especiales aplicables a las relaciones jurídicas que rigen en la materia – provisión, distribución y dispensa de medicamentos a los beneficiarios del INSSJP- en particular las de defensa de la competencia y de lealtad comercial, de creación del INSSJP (19.032 y modificatorias), del Seguro Nacional de Salud (23.661) y de Obras Sociales (23.660), recordando que frente a la actual organización de las obras sociales, como empresas médicas, en caso de duda debería estarse siempre a la interpretación más favorable para el consumidor

### **Caracterización de las principales conductas y estrategias que afectan sobre los niveles de competitividad del mercado de medicamentos**

El mercado de medicamentos a nivel mundial exhibe estructuras de competencia imperfecta, estas estructuras se justifican por los elevados costos fijos que deben afrontar los laboratorios con respecto a lo que es el componente esencial en la producción de un fármaco, este componente esta integrado por el conjunto de gastos realizados en investigación y desarrollo (R & D).

Por lo tanto, para llevar a cabo un correcto análisis del mercado de medicamentos, se debe tener en cuenta que el mismo nunca se asemejara en la practica a los modelos teóricos de competencia perfecta. En un sector donde las economías de escala jueguen un papel preponderante en la producción, y en donde el componente principal del valor del producto, es decir el conocimiento acumulado a través de la investigación, tenga características de bien publico (parcialmente excluible y el costo marginal es cero)<sup>27</sup>, la oportunidad de que el mercado se organice en la practica como muestran los modelos de competencia perfecta en teoría, es improbable.

Teniendo lo anterior en mente, el sector de medicamentos estará expuesto en su accionar, a una situación de inferioridad frente a otros sectores, en el momento en que las leyes de defensa de la competencia lo estudien para detectar maniobras anti-competitivas. Lo anterior será rigurosamente cierto si el principio rector de las leyes

---

<sup>27</sup> En la literatura económica se denomina bienes públicos a aquellos que cumplen con dos características: no hay mecanismo posible para excluir a otro agente del uso del bien, y el costo de proveer el bien a un agente mas es nulo.

es **la regla "per se"**. El principio de la regla "per se" establece que si se detecta una determinada conducta, tipificada dentro de una ley como ilícita, se debe reputar la misma, sin más análisis, como contraria a derecho. Frente a este principio se erige otro denominado **la regla de la razón**. La regla de la razón es más flexible que la regla "per se" ya que la primera se detiene a analizar la posibilidad de la existencia de justificativos (que generalmente tienen que ver con la eficiencia), a la forma de proceder, en contravención con lo tipificado en la ley, de algún agente dentro del sector.

Se entiende por lo tanto, a un nivel teórico, que dadas las características antes mencionadas del mercado farmacéutico, en donde la estructura del sector se impone en pos de la eficiencia, el principio que debe regir las leyes de defensa de la competencia debe ser el de la regla de la razón.

Ahora, pasando a nivel práctico, se debe investigar si el mercado de medicamentos en la Argentina es un mercado competitivo o un mercado con rasgos de competencia imperfecta. El sector cuenta con 255 laboratorios, a primera vista esta cantidad de agentes dentro de un mismo mercado parecería prueba suficiente de la estructura competitiva del mismo. La tesis que se sostiene es que hay una deficiencia en tratar a todo el mercado farmacéutico como el mercado relevante, en realidad la verdadera competencia se establece dentro de las bandas terapéuticas, por lo tanto el mercado relevante para analizar la existencia de competencia o la inexistencia de la misma, está limitado a la estructura que se desarrolla dentro de las bandas terapéuticas. En teoría una buena definición de mercado es la que incluye dentro de este a todos aquellos productos que son buenos sustitutos en el consumo. Definiendo "buenos sustitutos en consumo" si la elasticidad precio cruzada de la demanda es alta, es decir si ante un cambio porcentual del precio de un producto, el que se presume competitivo del primero, ve un alza porcentual importante en las cantidades que se le demandan.

Hecha esta aclaración se puede demostrar que el mercado farmacéutico argentino tiene una estructura de competencia imperfecta (generalmente oligopolios) por ramas terapéuticas, las cuales son el verdadero objetivo de análisis que debe imponerse para llegar a una buena descripción de la realidad, y no trabajar sobre estructuras falsas que pueden llevar a malas interpretaciones.

El descubrimiento de que el sector de medicamentos en la Argentina se comporte, como en teoría se estableció que se comporta a nivel mundial, no agrega mucho. Lo relevante sería mostrar si los incentivos que llevan a ese comportamiento (estructurándose como mercados de competencia imperfecta) a nivel nacional son iguales o por lo menos semejantes a los que imperan a nivel mundial, es decir la búsqueda de eficiencia en la producción.

La rotunda escalada de precios en el mercado de medicamentos que se dio a partir del año 1991 puede dar la pauta de que la estructura del sector no se utiliza en el país con fines de eficiencia sino para lograr márgenes de ganancia muy por sobre la media de los restantes sectores. Esto es fácilmente comprobable si se contraponen la evolución de los precios de los medicamentos contra la de cualquier otro bien o canasta de bienes. Se tomara la evolución del salario medio para este fin porque además de mostrar la evolución del precio de un bien, el trabajo, esta comparación muestra el impacto de la desmesurada alza del valor de los fármacos en

quienes son los principales perjudicados, los consumidores que reciben un salario como ingreso.

Año	Evol. \$ medio de Medic.	Evol. Salario Medio
1991	100	100
1992	117	130
1993	144	148
1994	179	158
1995	188	156
1996	196	159
1997	203	162
1998	206	160

Fuente: Fundación Isalud y Indec

A partir del cuadro anterior y haciendo un seguimiento de todo lo que se ha dicho en este informe hasta aquí, se puede concluir que la industria farmacéutica nacional tuvo como objetivo último lograr elevados niveles de beneficios extraordinarios en relación a la media, este hecho se logró utilizando las distintas estrategias que fueron antes mencionadas (integraciones verticales, restricciones verticales, contratos con la seguridad social, mantenimiento del mercado de marcas, etc.). Todas estas estrategias generalmente disminuían los niveles de competencia del mercado, es decir eran estrategias anticompetitivas, pero la pregunta es quienes eran los principales afectados por estas estrategias.

Después del análisis que se ha hecho del mercado se está en condiciones de decir que los principales perjudicados no están del lado de la oferta (laboratorios, droguerías, farmacias, etc.). Los verdaderos afectados están del lado de la demanda y son justamente los consumidores de medicamentos, que encontraron frente a su demanda inelástica (característica de este mercado), una oferta que tomaba sus decisiones similarmente a un cartel, y por lo tanto contaba con un poder que golpeaba al consumidor individual y desprotegido.

En este mercado, a partir de la evolución que sufrió el mismo, el principal actor damnificado es el consumidor de medicamentos, y por lo tanto sería a él a quien habría que proteger, y para realizar esto se tendría que tener una cabal comprensión de cómo este fue castigado por la historia reciente de este mercado particular.

### **Configuración del mercado de medicamentos en la Argentina**

Un elemento clave para analizar los mercados de medicamentos, es el tipo de competencia que existe en el mismo en los diferentes mercados que podemos encontrar en otros países del mundo. Podemos en este sentido encontrar una gran variedad de situaciones oscilantes entre competencia vía precios hasta el monopolio puro, atravesando distintas formas de competencia monopolística

	<b>Precios controlados</b>	<b>Precios libres</b>
Producto patentado sin limitaciones	Monopolio	Monopolio
Producto patentado con limitaciones	Competencia monopolística: diferenciación del producto, promoción	Competencia monopolística relación costo-beneficio
Genéricos	¿	Competencia de precios productos no diferenciados

Fuente: La innovación y la regulación del mercado farmacéutico. Claude Le Pen. Laboratorio de Economía de la Salud de la Universidad París-Dauphine.

Como podemos observar en el cuadro superior, la competencia pura en precios solo predomina en los mercados de genéricos, siempre que los precios sean libres. En este sentido nuestro país se da una de las condiciones (precios libres), sin embargo el mercado genéricos que debe ser impulsado por los gobiernos o los financiadores no ha podido imponerse a las estrategias de los laboratorios por impedirlo.

La ley de medicamentos genéricos es sencilla: el mercado genérico se desarrolla cuando los precios son o eran libres. **Sin embargo la regla que se sigue en el mercado de medicamentos es la no competencia en precios.**

**La competencia monopolística es el modelo dominante en el mercado de los medicamentos con receta, en el cual los productos compiten diferenciándose en un conjunto de características.**

Las patentes tienden a crear situaciones de competencia monopolística, y el efecto de las mismas es solo impedir la competencia de precios pura.

El monopolio en realidad prevalece cuando existen innovaciones importantes, por lo menos durante un tiempo limitado, antes de la aparición de productos comparables.

La tendencia mundial en el sector no se orienta hacia la desregulación, sino por el contrario en países que tenían tradicionalmente precios libres como Alemania o los Países Bajos se han introducido controles de precios y el plan Clinton en Estados Unidos fue fuertemente criticado por la libertad total de los mismos.

De todas maneras existe coincidencia en que el control directo de precios ha quedado obsoleto: en algunos casos impone precios bajos, generando efectos perversos o bien ratifica los precios internacionales y cumple un papel simbólico.

Que se esta haciendo para controlar el incremento del gasto de medicamento y regular precio. Estados Unidos e Inglaterra, con sus modalidades particulares, están tratando de **intensificar la competencia entre las empresas.**

Por un lado con el desarrollo de mercado de genéricos que presione al sector no innovador (formularios terapéuticos por parte de los financiadores). La ventaja de



esta política es que puede ser instrumentada de manera directa por empresas y aseguradoras (públicas o privadas) sin participación gubernamental.

Las opciones ante las cuales se enfrenta los laboratorios farmacéuticos locales son las siguientes:

### **Invertir en Investigación y Desarrollo**

- **Establecer acuerdos de licencia y comercialización con empresas innovadoras**
- **Especializarse en la producción de genéricos, ampliando el mercado a la región Mercosur**
- **Especializarse en la producción de medicamentos de venta libre (OTC)**

La **primera opción** resulta casi imposible considerando el retraso acumulado respecto a las grandes empresas multinacionales.

La **segunda** parece ser en cambio la elegida por los Laboratorios locales, lo cual ha significado profundas modificaciones de la orientación y estrategia empresarial.

La **tercera** no se consideró hasta ahora, sin embargo las empresas ya tienen en su poder licencias y plantas para producir genéricos (7 plantas productoras aprobadas con las normas de la FDA).

La **cuarta** es también la elegida por un grupo de laboratorios interesados en trabajar con este segmento de mercado que requiere inversiones importantes en promoción y publicidad, pero no tiene limitaciones para ser expendido o circular libremente.

Este ajuste del sector es sin dudas una responsabilidad de las empresas, no obstante sería importante que el sector público contribuya con los mecanismos que tiene a su disposición, y que en un mercado con tantas necesidades de regulación no deberían ser escasos.

La financiación mediante organismos públicos y semipúblicos y otros mecanismos que serán profundizados en el capítulo siguiente, podrían ser instrumentos de una política de reestructuración industrial con objetivos realistas a mediano y largo plazo, negociados con el sector, de tal manera de reorientarlo hacia una estructura viable.

La tendencia del mercado farmacéutico es ha dividirse en dos sectores, el de los productos innovadores bajo patente y el de los productos genéricos fuera de patente. En el segundo primará la competencia en precios y se impondrá la calidad y reducción de costos.<sup>28</sup> En el primero, solo tendrán acceso las empresas que investiguen e introduzcan novedades o que las comercialicen bajo licencia. Las empresas que opten por esta segunda opción tendrán la lógica expectativa de recuperar la inversión en I + D en los productos innovadores. Esto solo será posible si los precios de dichos productos logran asegurar un margen de beneficio que compense el riesgo de investigación y que debería ser mayor que los productos no innovadores.

**El gobierno debería trabajar en el diseño de una política de financiamiento y precios de medicamentos tendiente alcanzar los objetivos**

---

<sup>28</sup> A vueltas con el medicamento. ¿ Otra ocasión pérdida para abordar la racionalización del sector farmacéutico ? Joan Rovira – Fernando Antoñanzas. Economía y Salud. Febrero 1998

**de efectividad y eficiencia del consumo, pero al mismo tiempo trazando objetivos industriales que contribuyan a la reconversión del sector, de tal manera que pueda desarrollarse en el contexto internacional sin tener que cargar el país con las distorsiones del sobreconsumo y exceso de gasto en cobertura de medicamentos.**

## **ANEXO 1**

	<b>Fusiones y/o adquisiciones de empresas farmacéuticas a nivel internacional</b>
1985	Rorer and USV / Armour Monsanto and Searle
1986	Schering Plough and Key
1988	Kodak and Sterling
1989	Dow and Marion Bristol-Myers and Squibb American Home and A.H.Robins
1990	Boots and Flint Pharmarcia and Kabi Rhone-Poulenc and Rorer
1991	Smith Kline and Beechan
1994	Smith Kline and Beecham and Sterling (over the counter pharmaceutical unit) Sanofi and Sterling (prescription drug operation) Pharmacia and Erbamont Hoffman-La Roche and Syntex American Home and American Cyanamid
1995	Schwarz Pharma and Reed & Carnrick Rhone-Poulenc Rorer and Fisons Pharmacia and Upjohn Hoechst-Roussel and Marion Merrell Dow Gynopharma and Ortho-McNeil Glaxo and Burroughs Wellcome Knoll and Boots
1996	Ciba-Geigy and Sandoz Elan and Athena Neurosciences

## **Bibliografía**

- AAVV, A industria de quimica fina no Brasil situação atual e perspectivas para a sua integração na economia mundial, Anexo III, ABIFINA-ABQ-ABEQ, CODETEC, Brasil, 1992.
- AAVV, La industria farmacéutica en cifras, Farmaindustria, España, 1990.
- AAVV, Historia del medicamento, Doyma, Barcelona, 1985.
- AES, Salud y equidad, VIII Jornadas de Economía de la Salud, Las Palmas de Gran Canaria, 25, 26 y 27 de mayo de 1988, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid, 1990.
- AES, Reforma sanitaria e incentivos, IX Jornadas de Economía de la Salud, Barcelona, 1990.
- AES, Evaluación económica de tecnologías sanitarias, X Jornadas de Economía de la Salud, Pamplona, 30, 31 de mayo y 1º de junio de 1990.
- AES, El sistema de salud de los 90, XI Jornadas de Economía de la Salud, Alicante, 6, 7 y 8 de junio de 1991, Libro de ponencias y comunicaciones.
- AES, Efectos del proceso de integración europea sobre la salud y los sistemas sanitarios, XII Jornadas de Economía de la Salud, Madrid, 27, 28 y 29 de mayo de 1992.
- AES, Tendencias económicas de los sistemas de salud, II Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, Buenos Aires, 1993.
- Altimiras, J., Bonal, J., Cánovas, P. y Gisbert, R., El medicamento y su entorno, Laia, Barcelona, 1978.
- Altman, Stuart and Eichenholtz, Joseph, "Inflation in health industry: causes and cures", Economics and Health Care, A Milbank Reader, MIT, 1981.
- Allub, Rosendo, "Los profesionales y los medicamentos", en Medicina y Sociedad, V.8, Nº 1-2, Buenos Aires, 1985.
- Antezana, F., Medicamentos esenciales y financiamiento, OMS, Ginebra, 1992.
- Arango Fonnegra, Juan Ignacio, "Comentarios para una propuesta de medicamentos genéricos", Seminario Internacional sobre Medicamentos Genéricos, Brasilia, 30 de marzo al 1º de abril de 1993.
- Aspiazu, Daniel, "La Industria Farmacéutica Argentina ante el nuevo contexto socioeconómico", 1991-1996.", Cuadernos de Economía No. 28, Ministerio de Economía de la Provincia de Buenos Aires, 1997.
- Badía Xavier y Rovira Joan, "Evaluación económica de Medicamentos", Ediciones Luzn 5, S.A., DuPont-Pharma, Barcelona, 1994.
- Balestrini, César y Vidal, Luis G., Causas del despilfarro de las medicinas en Venezuela y su sobreprecio, Academia Nacional de Ciencias Económicas, Serie Cuadernos, Nº 29, Venezuela, 1991.
- Barros, José Augusto C., "Medicalización y salud", en Cuadernos Médico Sociales, Nº 28, Rosario, 1984.
- Barros, José Augusto C. , "La batalla de los genéricos compitiendo con los nombres de marca", en Cuadernos Médico Sociales, Nº 45, Rosario, 1988.
- Bennett, Sara, Quick, Jonathan y Velázquez, Germán, "Public-Private roles in the Pharmaceutical Sector. Implications for equitable access and rational drug use", en Health Economics and Drugs, DAP Series, W.H.O.,1997.
- Bermudez, Jorge, Remédio: saúde ou indústria? A produção de medicamentos no Brasil, Relume Dumará, Río de Janeiro, 1992.
- Bisang, Roberto, Aspectos económicos y financieros del suministro de medicamentos, Documento de Referencia de la Conferencia Latinoamericana sobre Aspectos

- Económicos y Financieros de los Medicamentos, 10-12 de marzo de 1992, Caracas, OPS/OMS, Buenos Aires, 1991.
- Blaser, Françoise, El nacimiento de un fármaco, Journal de Geneve, Suiza, 1980.
- Bledsoe, C.H. y Goubaud, M.F., "The reinterpretation of western pharmaceuticals among the meude of Sierra Leone", en Social Science & Medicine, 21 (3), 1988.
- Bloom, Bernard, Wierz, David and Pauly, Mark, "Cost and price of comparable branded and generic pharmaceuticals", en JAMA, V. 256, N° 18, Nov., 1986.
- Boucartt, Gloria y Lozano, Susana, "El Formulario Terapéutico. ¿Su consolidación está en marcha?", Informe, Residencia en Administración de Salud y Seguridad Social, Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, IOMA, La Plata, 1991.
- Brimeyer, Jerome R. y Kyreakakis, Scott G., "Black hole; analysis, A guide to the changing U.S. drug industry", Lehman Brothers, May 17, 1993.
- Burstall, M.L., 1992 and the regulation of the pharmaceutical industry, IEA Health, series 9, London, 1992.
- Butler, Stuart M., "Containing health costs in a consumer-based model", en Health Care Financing Review, 1991.
- CAEME, "Proyecto Ley de patentes de invención y modelos de utilidad", presentación ante el Honorable Senado de la Nación, Buenos Aires, 17 de junio de 1993.
- Centro de Estudios y Acción Farmacéutica de Rosario, "Radiografía de la industria del medicamento", en Cuadernos Médico Sociales, N° 10, Rosario, 1979.
- CILFA, Informe presentado ante el Honorable Senado de la Nación, Buenos Aires, 10 de junio de 1993.
- COMRA, Formulario Terapéutico, Buenos Aires, 1986.
- COSSPRA, "Conclusiones del foro sobre políticas de medicamentos en el marco de la seguridad social", Buenos Aires, 1993.
- Council of Pharmacists of Spain, "Drug prices in the EEC. A view from the bottom", 1991.
- Challú, Pablo, M., Patentamiento de productos farmacéuticos. Consecuencias, Mercado, Buenos Aires, 1991.
- Challú, Pablo, M., "Repercusiones del patentamiento monopólico en Italia", separata del fascículo N° 39, Revista del Derecho Industrial, año 13, setiembre-diciembre, 1991.
- Challú, Pablo M., "Argentina puede ahora defenderse contra el monopolio de remedios", en Ambito Financiero, Buenos Aires, 27 de enero de 1994.
- Damill, Mario y Finkman, Javier, Impacto del Programa de Medicamentos de la Provincia de Buenos Aires sobre la Oferta y Demanda de Medicamentos. Gasto y ahorro en el consumo, mimeo, Buenos Aires, 1991.
- Drug Store News for the pharmacist, "Generic substitution study", 1991.
- Drummond, Michael F., "Basing prescription drug payment on economic analysis: the case of Australia", en Health Affairs, V.11, N° 4, 1992.
- FDA, "Myths vs. facts about generic drugs", en New England Journal of Medicine, october, 1986.
- Fefer, Enrique, "Armonización del registro de medicamentos", Seminario Internacional sobre Medicamentos Genéricos, Brasilia, 30 de marzo al 1° de abril de 1993.
- FEMEBBA, Referencia Terapéutica y Formulario Terapéutico, Buenos Aires, 1988.
- Fernández, Heriberto, "El valor del medicamento", CAEME, Buenos Aires, 1992.

- Font, M., Madrudejos, R., Catalán A., Jiménez, J., Armigón J.M. y Huguet M., "Mejorar la prescripción de fármacos en atención primaria: un estudio controlado y aleatorio sobre un método educativo", en Medicina Clínica, V.96, N° 6, España, 1991.
- Frost and Sullivan's, "Generics Sales Bounce Bank", en Chain Drug Review, 24 de febrero de 1992.
- Fry, Michael, "Why generics?", en The Crown Agents Review, Sutton, Surrey SM1 1EL, United Kingdom, 1987.
- GAO, "Health care spending control. The experience of France, Germany, and Japan", Report to Congressional Requesters, November 15, 1991.
- GAO, "Health care spending. Nonpolicy factors account for most state differences", Report to the Honorable Richard H. Bryan, U.S. Senate, February 13, 1992.
- García Gutierrez, José, "Mercados y competencia en el sistema sanitario. Falsas premisas, falsas promesas", en Mercados y competencia en el sistema sanitario, XIII Jornadas de Economía de la Salud, Granada, 1993.
- Gogna, Mónica, La aceptabilidad social del Programa de Medicamentos de la Provincia de Buenos Aires: la respuesta de los farmacéuticos, mimeo, Buenos Aires, 1990.
- González García, Ginés y Castellano, Salvador, "Características de prescripción, utilización y gasto por medicamentos en una obra social", en Medicina y Sociedad, V.6, N° 4, Buenos Aires, 1983.
- González García, Ginés, Welker, Laura y Morales Oscar, "Características de prescripción, utilización y gasto en medicamentos en una obra social", en Medicina y Sociedad, V.9, N° 6, Buenos Aires, 1986.
- González García, Ginés, Abadie, Pablo, Llovet, Juan José y Ramos Silvina, El gasto en salud y en medicamentos. Argentina 1985, Humanitas-CEDES, Buenos Aires, 1988.
- González García, Ginés, Los medicamentos y la equidad. Experiencia de la Provincia de Buenos Aires 1989-1991, La Plata, 1991.
- González García, Ginés, "Industria farmacéutica. Existen intereses que son muy fuertes", en La Capital, Mar del Plata, 13 de setiembre de 1992.
- González García, Ginés, Ramos, Silvina, Reynal, Nélica, Savino, Atilio, Abella, Alejandro y Díaz Legaspe, Alberto, "Sistemas de salud de los países del Mercosur. Su organización, financiamiento e incidencia en los costos laborales", Programa PNUD Arg/87/014, Fundación Isalud, Buenos Aires, diciembre de 1992.
- González García, Ginés, "Programa de medicamentos de la Provincia de Buenos Aires", Documento presentado en el Seminario Internacional sobre Medicamentos Genéricos, Brasilia, 30 de marzo al 1° de abril de 1993, Buenos Aires, marzo, 1993.
- González García, Ginés, "Me molesta que la industria farmacéutica hable en nombre de la salud de la población", en Consultor de Salud, 16 de julio de 1993.
- González García, Ginés, "Salud y equidad", en Tendencias económicas de los sistemas de salud, II Jornadas Internacionales de Economía de la Salud, AES, Buenos Aires, 1993.
- González García, Ginés Remedios políticos para los medicamentos. Buenos Aires. ISALUD. 1994.
- González García, Ginés & Tobar, Federico. Más salud por el mismo dinero. Buenos Aires. ISALUD-GEL. 1997.

- Greenberg, Daniel S., "The Clintons target the pharmaceutical industry", en *The Lancet*, V. 341, feb. 27, 1993.
- Gunaratne, Herat, V.T., "Cómo disminuir el costo de los medicamentos: el ejemplo de Sri Lanka", en *Cuadernos Médico Sociales*, N° 20, Rosario, 1982.
- Haber, L.F., "The Chemical Industry 1900-1930", Clarindon Press, Oxford, 1971.
- Haddad, William, "Testing times for the US generic industry", en *Scrip Magazine*, mayo, 1992.
- Himmelstein, David y Woolhandler, Steffie, "Costo sin beneficio: desperdicio administrativo en el sistema de atención de los Estados Unidos", *OPS, Publ. Cient.* N° 534, Washington, 1992.
- Inciardi, James, *La guerra contra las drogas*, Grupo Editor Latinoamericano, Buenos Aires, 1993.
- Insalud, *Estudios de utilización de medicamentos II*, Serie Farmacia, Madrid, 1991.
- Insalud, *Indicadores de la prestación farmacéutica*, V. 9, N° 10, España, 1991.
- Insalud, "Prescripción de fórmulas magistrales", prospecto, Madrid, 1992.
- Insalud, *Concierto con las oficinas de farmacia*, Madrid, 1992.
- Insalud, "Normas de buena prescripción", prospecto, Madrid, 1992.
- Insalud, "Nueva receta médica para la asistencia sanitaria", prospecto, Madrid, 1992.
- Iñesta, Antonio, "La prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud. Análisis de la prestación farmacéutica y de los factores que influyen en la misma", en *El sistema sanitario en España. Elementos para el debate*, Instituto Sindical de Estudios, España, 1991.
- Jakob, Richard, "Política social en la Economía Social de Mercado. ¿Qué significa "social" en el concepto de Economía Social de Mercado?", en *Contribuciones*, N° 3, julio-setiembre, 1992.
- Jencks, Stephen F. y Schieber, George J., "Containing U.S. health care costs: What bullet to bite?", en *Health Care Financing Review*, 1991.
- Katz, Jorge, *Oligopolio, firmas nacionales y empresas multinacionales. La industria farmacéutica argentina*, Siglo XXI, Buenos Aires, 1974.
- Katz, Jorge, "Política industrial y desarrollo de la industria farmacéutica nacional", en *Medicina y Sociedad*, V. 8, N° 1-2, Buenos Aires, 1985.
- Katz, Jorge, "El escenario farmacéutico y farmoquímico latinoamericano e internacional de la década de los años 1990", trabajo, Seminario sobre Uso Racional del Medicamento, México, 1988.
- Katz, Jorge y Burachick, Gustavo, "La industria farmacéutica y farmoquímica argentina en el nuevo marco regulatorio de los años 1990", mimeo, Buenos Aires, 1992.
- Katz, Jorge y colaboradores, *Estabilización Macroeconómica, Reforma Estructural y Comportamiento Industrial*, CEPAL/ IDRC, Alianza Editorial, Buenos Aires, 1993.
- Katz, Jorge y colaboradores, *El sector salud en la República Argentina: su estructura y comportamiento*, Fondo de Cultura Económica, Buenos Aires, 1993.
- Kefauver, E., Maxwell, Philip, Castello Branco, José y otros, *El trust de los medicamentos*, Síntesis, Buenos Aires, 1977.
- Lamberton, Jack, "The U.S. generic drug industry", *The Nat West Investment Banking Group*, 15 de junio de 1992.
- Laporte, J.R. y Tognoni, G., *Principios de epidemiología del medicamento*, Salvat, Barcelona, 1983.

- Letsch, Suzanne, Lazenby, Helen, Levit, Katharine y Cowan, Cathy, "National Health Expenditures, 1991", en Health Care Financing Review, 1992.
- Limón Mendizábal, Carmen, La financiación del medicamento en los países de la Comunidad Europea, Insalud, Madrid, 1991.
- Lobato, Pedro, Lobo, Félix y Rovira Joan, "Tecnología, población, morbilidad y nuevas pautas de prescripción", Farmaindustria, Madrid, 1997.
- Lobato, Pedro, Lobo, Félix y Rovira Joan, "Políticas Públicas de regulación del gasto farmacéutico", Farmaindustria, Madrid, 1997.
- Lobato, Pedro, Lobo, Félix y Rovira Joan, "Dinámica de la estructura del mercado", Farmaindustria, Madrid, 1997.
- Lobato, Pedro, Lobo, Félix y Rovira Joan, "Política industrial y estrategia empresarial", Farmaindustria, Madrid, 1997.
- Lobato, Pedro, Lobo, Félix y Rovira Joan, "Resumen, conclusiones y escenarios futuros", Farmaindustria, Madrid, 1997.
- Lobo, Félix, "La industria farmacéutica", en Cuadernos Médico Sociales, Nº 10, Rosario, 1979.
- Lobo, Félix, Medicamentos, política y economía, Masson, Barcelona, 1992.
- Lobo, Félix, "Monopolio y competencia en la industria farmacéutica. Los mercados de medicamentos genéricos", XIII Jornadas de Economía de la Salud, Granada, 2 de junio de 1993.
- López y Casanovas, Guillem y Rodríguez Palenzuela, Diego, La Regulación de los Servicios Sanitarios en España", Ed. Civitas, S.A., Madrid, 1997.
- Mc Craine, Ned y Murray, Martín J., "The pharmaceutical industry: a further study in corporate power", en Internat Journal of Health Services, V. 8, Nº 4, 1978.
- Melville, A. y Johnson, C., "Cured to death. The effects of prescription drugs", Secker & Warburg, London, 1982.
- Ministerio de Salud de Colombia, "Una política para los medicamentos. Documento para los médicos", 1992.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, "Conclusiones del Encuentro Federal del Medicamento", Pacto Social de la Salud, Mar del Plata, 29 y 30 de noviembre de 1990.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, "Anteproyecto de ley del medicamento", Pacto Social de la Salud, La Plata, 1991.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, La salud en la Provincia de Buenos Aires. Política Provincial de Salud 1988-1991, La Plata, 1991.
- Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Pacto social en la Provincia de Buenos Aires (Argentina). Hacia un modelo concertado de atención de la salud, La Plata, 1991.
- Ministerio de Salud y Medio Ambiente de la Provincia de Santa Fe, "Formulario terapéutico de la provincia de Santa Fe", Decreto Nº 3938, Santa Fe, 1990.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Encuentro sobre la ley del medicamento, Serie Monografías de Divulgación, Nº 3, Madrid, 1988.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Uso racional y financiación pública de los medicamentos en Europa, Serie Monografías de Divulgación, Nº 1, Madrid, 1986.
- Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Los precios de las medicinas en España y en Europa, Serie Monografías Técnicas, Nº 1, Madrid, 1986.
- Ministério da Saúde, "Programa de asistencia farmacéutica", Brasilia, janeiro, 1993.

- Moiso, Adriana, Utilización de los instrumentos del Programa de Medicamentos de la Provincia de Buenos Aires, mimeo, Buenos Aires, 1991.
- Noble, Robert, "Physicians and the pharmaceutical industry: an alliance with unhealthy aspects", en *Perspectives in Biology and Medicine*, 36, 3, primavera de 1993.
- Nouchi, Franck, "Un medicamento no se toma a la ligera", en *Salud Mundial*, OMS, marzo-abril de 1992.
- Obra Social SO.MI.S.A., Formulario Terapéutico, San Nicolás, Provincia de Buenos Aires, 1982.
- OMS, Selección de medicamentos esenciales, Serie de Informes Técnicos 615, Ginebra, 1977.
- OMS, "Política farmacéutica para la atención primaria de salud", documento inédito, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 1979.
- OMS, Selección de medicamentos esenciales, Segundo informe del Comité de Expertos, Serie de Informes Técnicos, Nº 641, Ginebra, 1979.
- OMS, "Guidelines for evaluating an essential drugs programme", Geneve, 1985.
- OMS, Criterios éticos para la promoción de medicamentos, Ginebra, 1988.
- OMS, Selected annotated bibliography on essential drugs, Ginebra, 1988.
- OMS, The world drug situation, Geneva, 1988.
- OMS, Pautas para establecer políticas farmacéuticas nacionales, Ginebra, 1988.
- OMS, Programa nacional de medicamentos esenciales, Bolivia, Plan operativo 1991-1993, Abril, 1990.
- OMS, Acceso a los medicamentos y financiación, Ginebra, 1991.
- OMS, Model prescribing information. Drugs used in Parasitic Diseases, Geneva, 1990.
- OMS, Boletín de medicamentos esenciales, Nº 14, Programa de Acción de Medicamentos Esenciales, Suiza, 1993.
- OPS/OMS, Políticas de producción y comercialización de medicamentos esenciales, Tema 18 del Programa Provisional, Discusiones Técnicas, Washington, 1983.
- OPS, "Funcionamiento de los sistemas de servicios de salud: medicamentos", en *Los servicios de salud en las Américas. Análisis de indicadores básicos*, Cuaderno Técnico 14, Washington, 1988.
- OPS/OMS, Pautas para el establecimiento de un programa nacional de control de medicamentos, Programa Regional de Medicamentos Esenciales, Washington, 1989.
- OPS/OMS, Conferencia latinoamericana sobre aspectos económicos y financieros de los medicamentos esenciales, Informe, Caracas, 1992.
- Pampliega, E., "El gasto en medicamentos", en *Medicina y Sociedad*, V. 4, Nº 4, Buenos Aires, 1981.
- Pharma Information, "Problemas de la industria farmacéutica con investigación propia", 1966.
- Pharmacy Today, Bol. de la Asociación Farmacéutica Americana (APHA), enero de 1990.
- Piñero López, José M., Fresquet Febrer, José Luis, López Terrada, María Luz y Pardo Tomás, José, *Medicinas, drogas y alimentos vegetales del nuevo mundo. Textos e imágenes españolas que los introdujeron en Europa*, Ministerio de Sanidad y Consumo de España, Madrid, 1992.
- Rafuse, B.A., "La prescripción y suministro de insumos para la salud", *Pharmaceutical in Canada*, Canadá, noviembre, 1993.



- Ramos, Silvina, Aceptabilidad social del Programa de Medicamentos de la Provincia de Buenos Aires: la reacción de los consumidores, mimeo, Buenos Aires, 1991.
- Ransome-Kuti, Olikoye, "Medicamentos seguros para todos", en Salud Mundial, OMS, marzo-abril de 1992.
- Roshental, Elizabeth, "¿Por qué las drogas son más caras en USA?", en New York Times, 24 de mayo de 1991.
- Rovira Forns, Joan, Segú, Lluís y Badía, Xavier, La financiación selectiva de medicamentos en España, mimeo, Barcelona, 1992.
- Sacristán del Castillo, J.A, Badía X. Y Rovira J., "Farmacoeconomía, Evaluación de Medicamentos", Editores Médicos S.A., Madrid, 1995.
- Scrip, "WHO's essential drugs concept", editorials, Nº 1517, May, 1990.
- Scrip, "U.S. consumers buy RX drugs in Mexico", Nº 1777, December, 1992.
- Schenkel, Eloir Paulo, Cuidados com os medicamentos, Sagra-Dc Luzzatto, Porto Alegre, 1991.
- Silva, Mark, "HRS Fights for low-cost drugs. May save U\$S 25 million", The Miami Herald, March 23, 1993.
- Silverman, Milton, "Epidemiología de la promoción del medicamento", Cuadernos Médico Sociales, Rosario.
- Smith, M.C., "The relationship between pharmacy and medicine", en Mapes, 1980.
- The American Association of Retired Persons, "Myths vs. Facts About Generic Drugs", en New England Journal of Medicine, 16 de octubre de 1986.
- The Rendon Group, Informe sobre la crisis del costo de los medicamentos en los Estados Unidos, Agosto, 1993.
- The Boston Consulting Group, The changing environment for U.S. pharmaceuticals, the role of pharmaceutical companies in a systems approach to Health Care, April, 1993.
- Tosteson, Daniel C., "Learning in medicine", en The New England Journal of Medicine, V. 301, Nº 13, Sep. 27, 1979.
- Touloupas, C., Fariña, H. y Minatta, J., "Programa de medicamentos esenciales del IOMA", Trabajo presentado en el II Foro de Medicamentos de la OISS, junio de 1993.
- Van der Geest, S., "Anthropology and pharmaceuticals in developing countries", en Medicine Anthropology, 1984.
- Van der Geest, S., "Self-care and the informal sale of drugs in South Cameroon", en Social Science & Medicine 25 (3), 1987.
- Van der Geest, S. y Reynolds Whyte, S., The context of medicines in developing countries, Klumer Academic Publishers, Netherlands, 1988.
- Velásquez, Germán, "Política de medicamentos essenciais e programa de genéricos", Seminario Internacional sobre Medicamentos Genéricos, Brasília, 30 de marzo al 1º de abril de 1993.
- Vernengo, Marcelo, J., Análisis de legislación comparada sobre medicamentos, OPS/OMS, Serie Informes Técnicos Nº 17, Washington, 1992 (actualización octubre, 1993).
- Vernengo, Marcelo J., Elementos técnicos de una política de medicamentos genéricos, OPS/OMS, 1993.
- Walczuk, Eduardo y Cerda, Ricardo, "Estudio farmacoepidemiológico comparativo sobre uso de medicamentos bajo dos sistemas de cobertura social", 1993.

- World Health Organization, , Report of de Biennium, "Action Programme on Essential Drugs, Informe, Geneva, Switzerland, 1998.
- World Health Organization, "Comparative analysis of national drug policies", "Action Programme on Essential Drugs, Geneva, 1996.
- World Health Organization , Evolving Public-Private roles in the Pharmaceutical Sector", "Action Programme on Essential Drugs, Geneva, Switzerland, 1996.
- World Health Organization, "Health Reform and Drug Financing, Selected Topics", "Action Programme on Essential Drugs, Geneva, Switzerland, 1998