

Documento de Trabajo N° 121

**La competencia en el segmento upstream de
la industria farmacéutica argentina**

S. Urbiztondo, W. Cont y M. Panadeiros



**Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas**

Buenos Aires, Octubre 2013

QUÉ ES FIEL?

La Fundación de Investigaciones Económicas Latinoamericanas, FIEL, es un organismo de investigación privado, independiente, apolítico y sin fines de lucro, dedicado al análisis de los problemas económicos de la Argentina y América Latina.

Fue fundada en 1964 por las organizaciones empresarias más importantes y representativas de la Argentina, a saber: la Bolsa de Comercio de Buenos Aires, la Cámara Argentina de Comercio, la Sociedad Rural Argentina y la Unión Industrial Argentina.

FIEL concentra sus estudios en la realización de investigaciones en economía aplicada, basadas en muchos casos en el procesamiento de la estadística económica que elabora directamente la institución.

Estas investigaciones abarcan áreas diversas, tales como economía internacional, mercado de trabajo, crecimiento económico, organización industrial, mercados agropecuarios, economía del sector público, mercados financieros. En los últimos años la Fundación ha concentrado sus esfuerzos en diversas líneas de investigación relacionadas con el sector público y su intervención en la economía, trabajos que han hecho de FIEL la institución local con mayor experiencia en esta área. Dentro de esta temática, ocupa un lugar destacado el estudio y la propuesta de soluciones económicas para los problemas sociales (educación, salud, pobreza, justicia, previsión social). Recientemente se han incorporado nuevas áreas de investigación, tales como economía de la energía, medioambiente, economía del transporte y descentralización fiscal.

El espíritu crítico, la independencia y el trabajo reflexivo son los atributos principales de las actividades de investigación de FIEL.

Por la tarea desarrollada en sus años de existencia, FIEL ha recibido la "Mención de Honor" otorgada a las mejores figuras en la historia de las Instituciones-Comunidad-Empresas Argentinas, y el premio "Konex de Platino" como máximo exponente en la historia de las "Fundaciones Educacionales y de Investigación" otorgado por la Fundación Konex.

La dirección de FIEL es ejercida por un Consejo Directivo compuesto por los presidentes de las entidades fundadoras y otros dirigentes empresarios. Dicho órgano es asistido en la definición de los programas anuales de trabajo por un Consejo Consultivo integrado por miembros representativos de los diferentes sectores de la actividad económica del país, que aportan a FIEL los principales requerimientos de investigación desde el punto de vista de la actividad empresarial. Un Consejo Académico asesora en materia de programas de investigación de mediano y largo plazo. Los estudios y las investigaciones son llevados a cabo por el Cuerpo Técnico, cuya dirección está a cargo de tres economistas jefes, secundados por un equipo de investigadores permanentes y especialistas contratados para estudios específicos.

AV. CORDOBA 637-4° PISO- (C1054aaf) BUENOS AIRES-ARGENTINA

TEL. (5411) 4314-1990-FAX (5411) 4314-8648

postmaster@fiel.org.ar

www.fiel.org

Entidad independiente, apolítica sin fines de lucro, consagrada al análisis de los problemas económicos y latinoamericanos. Fue creada el 7 de febrero de 1964. FIEL está asociada al IFO Institut Für Wirtschaftsforschung München e integra la red de institutos correspondientes del CINDE, Centro Internacional para el Desarrollo Económico. Constituye además la secretaría permanente de la Asociación Argentina de Economía Política.

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

CONSEJO DIRECTIVO

<i>Presidente:</i>	Dr. Juan P. Munro
<i>Vicepresidentes:</i>	Ing. Víctor L. Savanti Ing. Juan C. Masjoan Ing. Manuel Sacerdote
<i>Secretario:</i>	Ing. Franco Livini
<i>Prosecretario:</i>	Sr. Alberto L. Grimoldi
<i>Tesorero:</i>	Dr. Mario E. Vázquez
<i>Protesorero:</i>	Dr. Alberto Schuster

Vocales: Guillermo E. Alchourón, Juan Aranguren, Gerardo Beramendi, Matías Brea, Alejandro Bulgheroni, Gustavo Canzani, José M. Dagnino Pastore, Carlos de la Vega (Cámara Argentina de Comercio), Luis Miguel Etchevehere (Sociedad Rural Argentina), Horacio P. Fargosi (Bolsa de Comercio de Buenos Aires), Jorge Ferioli, Carlos Franck, Enrique Humanes, Hugo Krajnc, Alberto J. Martínez, Daniel Pelegrina, Luis Ribaya, Rodolfo Roggio, Luis Sas.

CONSEJO CONSULTIVO

Luis Blasco Bosqued, Enrique Cristofani, Carlos Alberto de la Vega, Martín del Nido, Daniel Di Salvo, François Eyraud, Jorge Goulu, Jorge A. Irigoin, Ricardo D. Marra, Eduardo Mignaquy, Juan Luis Mingo, Guillermo Oliva, Javier Ortiz, Mario Quintana, Juan Manuel Rubio, Osvaldo J. Schütz, Mariana Shoua, Matías Szapiro, Juan Pedro Thibaud, Horacio Turri, Amadeo Vázquez, José María Vázquez, Gonzalo Verdomar Weiss, Antonio Zanella.

CONSEJO ACADEMICO

Miguel Kiguel, Manuel Solanet, Mario Teijeiro

CUERPO TÉCNICO

Economistas Jefe: Daniel Artana, Juan Luis Bour (Director), Fernando Navajas, Santiago Urbitzondo.

Economistas Asociados: Walter Cont.

Economistas Senior: Marcela Cristini, Cynthia Moskovits, Mónica Panadeiros.

Economistas: Guillermo Bermudez, Oscar Natale, Nuria Susmel, Ivana Templado.

Investigadores Visitantes: Enrique Bour, Marcelo Catena, Alfonso Martínez

Asistentes de Estadísticas: C. Chagalj, J. Christensen, L. Martos, G. López, E. Reposo,

La competencia en el segmento *upstream* de la industria farmacéutica argentina

*FIEL**

Enero, 2014[#]

Abstract

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

* Este documento fue elaborado por Santiago Urbitzondo (Economista Jefe), Walter Cont (Economista Asociado) y Mónica Panadeiros (Economista Senior). El estudio forma parte del programa de investigaciones de FIEL, aprobado por su Consejo Directivo, aún cuando los resultados no reflejan necesariamente la opinión individual de sus miembros ni de las Entidades Fundadoras o empresas patrocinantes. FIEL desea agradecer el apoyo de CILFA en el financiamiento de esta investigación.

Segunda edición. Aquí se realizan pequeñas correcciones editoriales a la primera edición del documento, publicada en Octubre de 2013.

Contenido

Introducción y síntesis ejecutiva.....	6
Sección 1: Elementos cualitativos salientes en el análisis antitrust de la industria de medicamentos..	11
1.1. Definiciones de mercado relevante del producto aplicables a medicamentos.....	11
1.2. Competencia y colusión: breve revisión de conceptos y experiencia doméstica.	15
1.3. Caracterización competitiva del mercado mayorista de medicamentos: elementos cualitativos y cuantitativos previos al análisis del período 2001-2011	21
1.3.1. Antecedentes e innovaciones en la política regulatoria sectorial	23
1.3.2. Antecedentes antitrust del sector farmacéutico en Argentina.....	26
1.3.3. Innovaciones regulatorias post-2002 e implicancias / preguntas emergentes	28
1.4. Experiencia internacional antitrust en la industria farmacéutica (EE.UU. y Europa)	30
1.5. Factores que facilitan o dificultan la colusión en la industria de medicamentos en Argentina	33
Sección 2: Información de laboratorios a nivel agregado.....	35
2.1. Aclaraciones sobre la información utilizada.....	35
2.2. Evolución del mercado de medicamentos - Laboratorios	37
2.3. Los principales laboratorios.....	39
2.3.1. Evolución de los 7 laboratorios en las clases terapéuticas entre paneles	42
2.3.2. Evolución de los 7 laboratorios en las clases terapéuticas intra-paneles.....	48
2.4. Conclusiones.....	50
Sección 3: Competencia entre laboratorios – Definición de mercado según clases terapéuticas a nivel 3 del IMS	52
3.1. Análisis por grupos	56
3.1.1. Primer grupo (alta facturación y alta concentración).....	57
3.1.2. Segundo grupo (alta facturación y baja concentración)	62
3.1.3. Tercer grupo (alta concentración y baja facturación).....	68
3.2. Conclusiones.....	69
Sección 4: Contexto competitivo y precios de los medicamentos.....	71
4.1. El marco regulatorio	71
4.2. La evolución de los precios	73
Sección 5: Comparación internacional de precios.....	83
5.1. Aclaraciones sobre la información utilizada.....	83
5.2 Comparaciones de precios de canastas representativas	84
5.3 Comparaciones de precios de productos idénticos	89
Sección 6: Innovación por medio del lanzamiento de nuevos productos	92
6.1. Lanzamiento de nuevos productos.....	92
Sección 7: Conclusiones.....	95
Anexo A. Información de IMS utilizada en las Secciones 2 a 4.....	97
Anexo B. Clases terapéuticas de baja facturación y alta concentración (sección 3.1.3).....	110
Anexo C. Clases terapéuticas, principios activos y número de productos de Argentina utilizados para la comparación internacional de precios.....	126
Anexo D. Presentaciones de medicamentos comparables entre Argentina y terceros países seleccionados.....	127

Introducción y síntesis ejecutiva

La industria farmacéutica, desde la producción hasta la distribución final de medicamentos, reconoce la participación de distintos actores económicos parcial o totalmente especializados a nivel vertical. Los laboratorios, de capitales nacionales y extranjeros, llevan a cabo la producción y/o importación de los medicamentos; las distribuidoras actúan básicamente como agentes de los laboratorios brindando un servicio de transporte y logística; excepto por las ventas directas de los laboratorios, las droguerías comercializan los medicamentos a las farmacias e instituciones médicas (hospitales, etc.) que finalmente llevan a cabo el suministro de los mismos a los distintos pacientes.

Tratándose de actividades tecnológicamente bien diferenciadas, llevadas a cabo fundamentalmente por empresas distintas (la integración vertical sólo se observa de manera relevante, aunque es igualmente parcial, entre laboratorios y distribuidoras), el análisis del proceso competitivo claramente admite una fragmentación vertical: si bien la forma en la que compiten los laboratorios entre sí no es independiente de regulaciones y prácticas comerciales en el resto de los eslabones de la cadena de valor, el análisis de la competencia entre laboratorios puede tomar como un dato la existencia de actividades de transporte, logística, fragmentación y comercialización minoristas en las cuales se presume un proceso competitivo dinámico. En efecto, si bien es cierto que restricciones o incidencias derivadas de desvíos o características competitivas imperfectas en el resto de la cadena vertical podrían provocar distorsiones en el proceso competitivo al nivel de los laboratorios, la verificación de un proceso competitivo dinámico entre éstos –como el que resulta del análisis llevado a cabo en este documento– exime considerar este segmento conjuntamente con el resto. Si, en cambio, el estudio hubiera arrojado un problema competitivo *upstream* habría sido necesario evaluar si el origen de éste estaba relacionado con eventuales conductas o estructuras imperfectas en el *downstream*.

Este informe tiene por objeto general examinar la naturaleza del proceso competitivo en la industria farmacéutica argentina al nivel de los laboratorios. A tal fin, en función de la disponibilidad de datos, se considera centralmente la información de ventas y precios elaborada por IMS (*International Medical Statistics*), en la cual no se incluye el canal institucional (esto es, sólo se registran las ventas de medicamentos de las droguerías a las farmacias y se excluyen las ventas a instituciones públicas y privadas).¹

No obstante este objetivo general, el estudio se organiza en torno al análisis de la hipótesis de cartelización a nivel de laboratorios, evaluando si la evidencia disponible sostiene o es consistente con la hipótesis de existencia de acuerdos colusivos a nivel mayorista, en los cuales los laboratorios coordinan no competir –o administrar una competencia mínima– para aumentar así sus beneficios de manera sostenible en el tiempo. La organización del estudio en torno a la evaluación de esta hipótesis se fundamenta técnicamente al considerar el caso argentino en el contexto de la experiencia internacional *antitrust* (según se discute en la Sección 1 más adelante) y tiene un doble objetivo. En primer lugar, concentrar la descripción competitiva del sector en torno a un hilo conductor que facilita la comprensión de las distintas dimensiones analizadas. En segundo lugar, aportar elementos de juicio que permitan responder de manera directa a la

¹ Según la Encuesta de Canales 2011 realizada por IMS, las ventas por droguerías y farmacias representan en conjunto aproximadamente el 88% de las ventas totales de medicamentos (81,3% y 6,9%, respectivamente), de manera tal que las ventas institucionales representan poco más del 10% del total (ver IMS, 2011).

acusación realizada por Farmacity que actualmente pesa sobre la industria farmacéutica en un conflicto comercial bajo análisis en la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia (CNDC).²

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

En ese sentido, más allá de los detalles instrumentales que Farmacity señala en su denuncia respecto del mecanismo por el cual existiría tal cartelización, este informe evalúa la información de mercado más relevante que permite examinar la hipótesis de la existencia de un acuerdo colusivo entre los laboratorios activos en la Argentina.

En ausencia de evidencia concluyente respecto de acuerdos de no competencia suficientemente explícitos que sean *per se* considerados incriminarios, la evidencia de mercado obtenida debe contrastarse con la que correspondería a la hipótesis de cartelización. Esta última, como oposición a una situación de competencia dinámica (potencialmente cambiante e inestable), presumiblemente estaría caracterizada por la ocurrencia conjunta de varias características, entre las que se pueden destacar las siguientes: i) participaciones de mercado estables en el tiempo; ii) precios que no reflejan conductas competitivas (por ejemplo, que son inmunes a cambios legislativos que promueven una mayor competencia vía precios); y iii) mínimos esfuerzos competitivos en dimensiones que no son verificables fácilmente por los competidores (inversión promocional o publicitaria, innovación, etc.).³

¿Puede inferirse la existencia de un acuerdo colusivo si las participaciones de mercado de los laboratorios activos en el país son inestables en el tiempo? ¿Puede concluirse sobre la existencia de un acuerdo de precios si éstos no aumentan –en términos reales– cuando la demanda es mayor? ¿Pueden los laboratorios acordar precios de manera sostenible en el tiempo si, al mismo tiempo, explotan decididamente las instancias competitivas diferentes al precio –competencia por calidad, diferenciación, promoción, etc.– para obtener una mayor participación de mercado?

Dado que los acuerdos colusivos contienen compromisos de no competir pese a que cada miembro participante tiene incentivos de corto plazo para incumplir tal compromiso (ver

² Se trata de la denuncia presentada a mediados de 2012 por Farmacity contra distintos actores del mercado (incluyendo centralmente a los laboratorios y sus tres cámaras empresariales), a su vez una respuesta frente a una denuncia previa (agosto de 2011) por competencia desleal contra Farmacity de parte de la Confederación Farmacéutica Argentina (COFA).

³ Sin dudas, la dinámica competitiva de un mercado también se caracteriza por el análisis de la rentabilidad del sector (niveles, evolución y heterogeneidad de beneficios de los oferentes). La evaluación de este aspecto requiere contar con información de estados contables depurada y homogeneizada respecto del tratamiento de distintas erogaciones, inversiones, actividades o negocios conexos, etc., de un número importante y representativo de laboratorios, lo cual escapa al alcance de este trabajo.

Sección 1) y que por ende resulta central para la viabilidad del mismo poder verificar el cumplimiento de los acuerdos de manera de penalizar los desvíos, no es posible (o imaginable) que las empresas que conforman un cartel, o que acuerdan competir de manera tenue, mantengan tal comportamiento cuando sus beneficios son inestables debido a que sus ventas y participaciones de mercado también lo son. Entonces, la verificación de la hipótesis de cartelización requiere observar que las participaciones de mercado sean estables en el tiempo, que los precios de los medicamentos sean elevados o independientes de cambios regulatorios tendientes a fomentar una mayor competencia vía precios, que los laboratorios coordinen la introducción de nuevos productos o que éstos se mantengan homogéneos en el tiempo (o con ingresos simétricos, división de mercados en estrategias *multi-market*, etc.), que los esfuerzos de promoción (y de cualquier tipo de competencia distinta del precio) sean mínimos, etc.

Nótese entonces que la no verificación de una sola de estas eventuales evidencias, compatibles con la hipótesis de existencia de un acuerdo colusivo a nivel mayorista, ya debilitaría significativamente la posibilidad de cumplimiento de la misma. La inestabilidad de los *market shares* constituiría una evidencia importante para rechazar la hipótesis aún si los cambios regulatorios que promueven una mayor competencia vía precios –por ejemplo, la ley 25.649 de Promoción de la Utilización de Medicamentos por su Nombre Genérico (Ley de Genéricos)– hubieran sido inefectivos o si los laboratorios compitieran sólo vía precios y sin innovación de productos. La efectividad de estos cambios regulatorios pro-competitivos constituiría una evidencia también tendiente a rechazar la hipótesis de cartelización (o al menos, de una “cartelización fuerte” o “relevante”) aunque los *market-shares* de los laboratorios no hubieran variado significativamente; etc. En tal sentido, cuanto mayor sea la evidencia empírica contradictoria con el cumplimiento de la hipótesis de cartelización, menos creíble –más ciertamente infundada– resulta la misma.

La organización del documento es la siguiente. La Sección 1 introduce elementos cualitativos para el análisis de los procesos competitivos y de la cartelización en general, así como también respecto de su aplicación particular al mercado mayorista de medicamentos. Allí se analizan distintas definiciones posibles del mercado relevante del producto y las características pro y anticompetitivas en la comercialización mayorista de medicamentos, teniendo en cuenta la incidencia de la legislación y antecedentes internacionales y domésticos.

Las secciones siguientes analizan información del mercado de medicamentos de Argentina en el período 2001-2011. La Sección 2 se concentra en el estudio de los laboratorios, comenzando con el análisis agregado de la evolución de las participaciones de mercado y precio promedio agregado y focalizando luego en la situación de los laboratorios líderes en particular; se examinan sus participaciones de mercado en un grupo amplio de clases terapéuticas a nivel 3 del IMS (que representan más de dos tercios del total de ventas no institucionales en el año 2011). La Sección 3 analiza la información de mercado bajo la consideración de sustitución por el lado de la demanda, estudiando las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS consideradas en la sección anterior (evolución de precios y participaciones de mercado). La Sección 4 analiza la evolución temporal de los precios de los medicamentos en Argentina (según diversas mediciones alternativas). La Sección 5 presenta un análisis exploratorio del nivel de precios de los medicamentos en la Argentina por medio de una comparación con otros precios internacionales (en este caso, para una selección de países y de productos). La Sección 6, finalmente, analiza la evolución de la competencia en innovación de los laboratorios a través del lanzamiento de nuevos productos.

Los resultados obtenidos en este documento permiten concluir que la evidencia empírica post-2001 examinada no sostiene la hipótesis de cartelización al nivel de laboratorios farmacéuticos en la Argentina y, por el contrario, es consistente con una hipótesis competitiva en la cual hay una fuerte competencia multi-dimensional entre ellos.⁴ Esta conclusión se basa en los siguientes resultados:

1. A la luz de la teoría económica sobre acuerdos colusivos y la evidencia doméstica e internacional, el segmento *upstream* de medicamentos en Argentina no luce como un mercado con alta propensión a la cartelización o a la realización de conductas anticompetitivas individuales. Entre las razones más importantes (junto con otras detalladas en la Sección 1) se encuentran: (i) la escasa participación de productos con protección patentaria (cuya fortaleza ha sido el punto neurálgico en la mayoría de los conflictos *antitrust* en el segmento *upstream* de los medicamentos en EE.UU. y Europa) y más generalmente las escasas barreras a la entrada; (ii) el consecuentemente elevado número de oferentes activos en el mercado (a diferencia de otros casos domésticos como el de cementos o el de oxígeno líquido), agrupados en varias cámaras que se han enfrentado entre sí en distintos conflictos históricos;⁵ (iii) los antecedentes mismos de la CNDC en materia de fusiones y adquisiciones (F&A) en el sector, ya que la misma no ha juzgado hasta el momento que hubiera un problema de insuficiente competencia o riesgo de cartelización en la industria antes de cada fusión analizada; y (iv) distintas características propias de los oferentes y de los productos (heterogeneidad de los productos, asimetría entre laboratorios de distinto tamaño y objetivos, etc.).

Por otro lado, si bien los precios de los medicamentos tienen alta visibilidad, durante los últimos 5 años han estado sujetos a regulaciones estrictas y conforman sólo una de las dimensiones en las que compiten los distintos laboratorios entre sí (que son además de escasa visibilidad, como los esfuerzos promocionales, de comercialización, innovación, etc.).

2. En 2001, el análisis de la competencia entre laboratorios mostraba –pese a reconocer que la prescripción por marca comercial en vez de por drogas genéricas actuaba en ese entonces como un elemento potencialmente inhibidor de la competencia– resultados positivos cuando los mercados relevantes se definían según la sustitución por el lado de la demanda, tal como es la práctica *antitrust* habitual en esta industria.

⁴ Naturalmente, los resultados obtenidos en este documento no deben interpretarse como la demostración de que no existe ni ha existido ningún acuerdo colusivo entre laboratorios puntuales en la industria de medicamentos en la Argentina, verificación que excede virtualmente cualquier estudio técnico imaginable. Por el contrario, lo que aquí se demuestra es que no hay indicios – dentro del conjunto de información relevada correspondiente a la última década – que conduzcan a detectar la existencia de algún tipo de acuerdo colusivo donde participe la industria farmacéutica en su conjunto o los laboratorios líderes del país.

⁵ Los primeros conflictos entre cámaras farmacéuticas datan de mediados de la década del '60. En 1964 se creó CILFA como un desprendimiento de CAEME por diferencias entre laboratorios respecto de reglas de patentamiento de fórmulas farmacéuticas. Desde entonces han existido conflictos entre estas dos cámaras, relacionados con temas de propiedad intelectual, protección de patentes o protección contra la competencia desleal de los datos de prueba para obtener autorizaciones de comercialización de medicamentos.

3. Tomando en cuenta la información del período 2001-2011, como se hace en este documento, la evidencia resulta claramente inconsistente con la hipótesis de cartelización.
 - a. En el mercado de medicamentos en conjunto se observa una escasa concentración considerando las participaciones de mercado de los distintos laboratorios individualmente (la cual igualmente sería relativamente baja aunque se consolidaran laboratorios en grupos económicos bajo un control accionario común o compartido) y se detecta también cierta inestabilidad en las participaciones de mercado y los posicionamientos en el ranking de ventas de los laboratorios.
 - b. Definiendo los mercados de medicamentos al nivel 3 del IMS, luego de analizar 130 clases terapéuticas pertenecientes a 5 grupos anatómicos del IMS se verifica que si bien la concentración de mercado aumenta al fragmentar la industria en varios mercados relevantes (esto es, los laboratorios tienen mayores *market shares* allí donde están presentes) también aparecen situaciones donde la inestabilidad de tales *market shares* es mucho más importante.
 - c. En lo que respecta al comportamiento de los precios de los medicamentos, éstos cayeron en términos reales (comparados con precios mayoristas, que son los relevantes para los laboratorios) desde 2001, cualquiera sea la manera en que se los mida y pese a que la demanda agregada y el poder adquisitivo han superado holgadamente los niveles iniciales en los últimos 6 años.
 - d. También, la comparación internacional de precios (en dólares, considerando una canasta de los productos más vendidos de cada clase y principio activo), muestra precios domésticos a tono con los de varios otros países de América Latina (Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela) y en la mayoría de los casos inferiores cuando se mide *vis-à-vis* productos idénticos comercializados en tales mercados.
 - e. Por último, los laboratorios han demostrado continuos esfuerzos competitivos en dimensiones distintas de precios, en particular la innovación por medio del lanzamiento de nuevos productos, lo cual es inconsistente con la hipótesis de cartelización.

En síntesis, al tiempo que el análisis de la competencia entre laboratorios en el año 2001 mostraba resultados positivos (sobre la existencia de comportamientos más competitivos que los que en ese momento se atribuían a los laboratorios) cuando los mercados relevantes se definían según la sustitución por el lado de la demanda, tal como es la práctica habitual en esta industria a nivel doméstico e internacional, desde 2002 y Ley de Genéricos mediante, la perspectiva competitiva mejoró. La evidencia analizada permite verificar que el proceso competitivo ha sido tanto o más dinámico que en la década anterior, observándose importantes variaciones en las participaciones de mercado de los distintos laboratorios en las clases terapéuticas más importantes, al mismo tiempo que también se observan reducciones de precios reales, esfuerzos significativos de innovación y comercialización vía lanzamiento de nuevos productos, etc., que a su vez se traducen en una comparación internacional de precios favorable, todos elementos incompatibles con una hipótesis de cartelización.

Sección 1: Elementos cualitativos salientes en el análisis antitrust de la industria de medicamentos

1.1. Definiciones de mercado relevante del producto aplicables a medicamentos

En la literatura económica de defensa de la competencia la “definición del mercado” es relativamente imprecisa. Teóricamente, un mercado es el ámbito donde interactúan la oferta y la demanda de un bien o servicio en cuestión, el cual es *suficientemente* distinto del resto de bienes y servicios (tanto en términos físicos como de disponibilidad temporal, geográfica, etc.). Sin embargo, los bienes y servicios tienen, sin excepción, algún tipo de sustituto, incluso cuando sea sólo en un sentido parcial, dejando abierta la definición de cuánta sustituibilidad se considera “necesaria” para que dos bienes físicamente distintos sean considerados parte de un mismo mercado, o qué tan bajos deben ser los costos de transporte u otro tipo de barreras naturales o legales con el mismo objetivo. Por otra parte, aún cuando un bien pueda no contar con sustitutos cercanos desde el punto de vista de los consumidores, distintas empresas que actúan en otros mercados –vinculados o no– podrían disponer del “*know-how*” e infraestructura para incluir en sus actividades productivas esta línea de producción, constituyendo una oferta potencial cercana.

En otras palabras, la delimitación del alcance de un mercado debe considerar qué tan fácil pueden los consumidores reemplazar el consumo de distintos productos (“sustitución por la demanda”) y adaptarse los procesos productivos de quienes actualmente producen otros bienes distintos para ingresar a este mercado (“sustitución por la oferta”), pero sin que exista una definición taxativa que luego determine qué hacer con esta información.⁶

En lo que respecta al mercado de medicamentos a nivel mayorista, y dejando de lado el aspecto espacial (esto es, adoptando como extensión geográfica todo el país en función de restricciones legales y sanitarias que desaconsejan una extensión mayor y de la muy baja incidencia de los costos de transporte respecto del valor de los medicamentos que también desacreditan extensiones menores), la definición del mercado relevante del producto puede variar entre dos extremos alternativos.

- Por un lado, podría eventualmente abarcar toda la industria si se considera que cada laboratorio –cualesquiera sean los medicamentos que actualmente está produciendo o comercializando– tiene condiciones suficientes para ingresar rápidamente –en menos de dos años– en la producción o comercialización mayorista de cualquier otro medicamento –no sustituto por el lado de la demanda con los medicamentos por él producidos y/o comercializados– en caso de que los

⁶ Operativamente, el “test del monopolista hipotético” es el método saliente por el cual es factible definir objetivamente la extensión de un mercado relevante en base a evidencia empírica. Sin embargo, la evidencia empírica disponible y consultada típicamente consiste en diversas estimaciones de demanda (y de costos del monopolista hipotético) que por otro lado no reflejan decisiones de ingreso de competidores en segmentos del mercado donde se hubiera producido un margen de rentabilidad suficiente (que posiblemente no se han verificado en ningún momento dentro del período incluido en la base de datos analizada), por lo cual de hecho este método define el alcance de un mercado relevante en base a la facilidad de sustitución por el lado de la demanda, dejando de lado la sustitución por el lado de la oferta y/o la competencia potencial. Más generalmente, aspectos cualitativos y otras dimensiones de los productos y las empresas también suelen ser considerados, de manera complementaria, para la definición de los mercados relevantes con fines antitrust.

precios de dichos medicamentos subieran levemente (entre 5% y 10%) respecto de su nivel actual observado (sin que la estructura de costos de producción sufriera modificaciones). En tal caso, se estaría considerando que la sustitución por el lado de la oferta sería plena entre laboratorios activos en el país.

- Por otro lado, descartando absolutamente la posibilidad de sustitución por el lado de la oferta, la definición de cada mercado relevante en el otro extremo estaría dada por la facilidad de sustitución por el lado de la demanda, distinguiendo diversos mercados que incluyan, cada uno de ellos, medicamentos que pudieran ser terapéuticamente sustitutos entre sí según los criterios médicos específicos aplicados a cada situación. Esta situación es la que generalmente concuerda con la clasificación de mercados relevantes coincidentes con la apertura a nivel 3 de la *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC), reflejada en el nivel 3 (clase terapéutica) de las *Intercontinental Medical Statistics* (IMS),⁷ si bien en algunas circunstancias poco frecuentes podría ser recomendable definir la extensión del mercado relevante al nivel 2 o al nivel 4 del IMS, limitando o no la inclusión de medicamentos con venta bajo receta (éticos) o de venta libre, o inclusive llegar a nivel 5 de ATC cuando una molécula en particular no es considerada sustituible por otra droga relevante a nivel 4 del ATC.⁸

Tanto la experiencia internacional saliente como la experiencia doméstica se han inclinado hacia la utilización de un criterio de definición en base a la sustitución por la demanda y, en consecuencia, los mercados relevantes de medicamentos son, aproximadamente y salvo casos relativamente excepcionales, los correspondientes a las clases terapéuticas definidas al nivel 3 del IMS. En efecto, la CNDC ha tratado con un amplio número de operaciones de concentración económica (F&A, por fusiones y adquisiciones) y llevado a cabo estudios de mercado, en los cuales los mercados relevantes del producto se definen aproximadamente al nivel 3 del IMS, contemplando apartamientos de este criterio general cuando los consensos médicos (referidos a la sustitución médica de los medicamentos dentro o fuera de una determinada clase terapéutica) nítidamente aconsejan hacerlo así.⁹

⁷ Los dos sistemas más utilizados para clasificar a los medicamentos son: a) la clasificación *Anatomical, Therapeutic, Chemical Classification System*, elaborada y actualizada por el Collaborating Center for Drug Statistics Methodology –(WHOCC), un centro colaborador de la Organización Mundial de la Salud dependiente del Instituto Noruego de Salud Pública–, más conocida como clasificación ATC; y b) la *Anatomical Classification* de la European Pharmaceutical Marketing Research Association (EphMRA). Esta clasificación es llamada también ATC, lo que impide muchas veces distinguir a qué clasificación se está haciendo referencia. Ambas clasificaciones estaban basadas originalmente en los mismos principios, por lo que son bastante similares. La clasificación ATC de WHOCC tiene cinco niveles llegando al principio activo, mientras que la clasificación de EphMRA tiene tres o cuatro niveles. Existe desde el año 1991 un proceso de armonización entre ambas clasificaciones a fin de hacerlas coincidir hasta el nivel 3. IMS utiliza, adaptada, la clasificación de EphMRA.

⁸ Al respecto, ver la decisión N° 13-D-11 del 14 de mayo de 2013 de la Autorité de la Concurrence de Francia en el caso Sanofi-Aventis por abuso de posición dominante respecto de la droga clopidogrel.

⁹ La definición de la CNDC es operativa porque así ha sido suficiente para descartar efectos anticompetitivos de las F&A que analizó. En efecto, la CNDC reconoce que puede existir sustitución por el lado de la oferta en sus dictámenes más recientes en la materia, pero ha

Una vez definido el mercado relevante, el mismo debe ser caracterizado respecto del grado de competencia existente. Dicha evaluación es técnicamente muy compleja, combinando elementos cuantitativos y cualitativos que permitan comprender en qué dimensiones y grado compiten las empresas / laboratorios entre sí. Normalmente el primer paso en dicho análisis es caracterizar la concentración de la oferta existente. Los indicadores de concentración horizontal más importantes en el análisis *antitrust* son las participaciones de mercado de las empresas activas en el mercado (en particular, del líder, de las dos empresas de mayor tamaño –denominado “índice de concentración 2”, C2–, de las tres empresas más grandes –C3–, de las cuatro mayores –C4–, etc.) y el índice HHI.¹⁰ Si bien no hay valores específicos de estos índices que permitan concluir sobre la existencia de poder de mercado por parte de una o varias de las empresas consideradas (tomando en cuenta además que dicho poder de mercado debe representar también un “poder monopólico”, de manera tal que exista una distorsión permanente en la cual los consumidores finales están siendo explotados por parte de empresas que logran obtener beneficios supra-normales de manera permanente), participaciones de mercado y HHI suficientemente altos son considerados una condición necesaria para la existencia de tal poder. En efecto, aún cuando haya un puñado de empresas con alta participación de mercado, o ante un HHI muy alto, es perfectamente posible que exista suficiente facilidad de sustitución entre los productos, capacidad de producción ociosa, libertad de importación, etc., que obliguen a las empresas líderes a comportarse de manera sumamente competitiva, sin lograr beneficios extraordinarios de manera permanente.

De todas formas, resulta apropiado examinar el grado de concentración, y en particular el HHI, como primer elemento descriptivo de la estructura competitiva de un mercado. En efecto, virtualmente todas las agencias *antitrust* en el mundo utilizan este índice para evaluar F&A y tener una evaluación preliminar de la existencia o surgimiento de problemas competitivos (bajo el razonamiento de que no sería posible que hubiera tal tipo de problema en una industria suficientemente atomizada). En los Estados Unidos, por ejemplo, la *Federal Trade Commission* (FTC) y el *Department of Justice* (DOJ) dictaron en 1992 las *Horizontal Merger Guidelines* en las cuales definieron zonas del HHI y de su cambio post-operación de concentración en las cuales no se requiere ningún análisis *antitrust* adicional para proceder a su aprobación: (a) si el HHI post-fusión está por debajo de 1.000 puntos; (b) si el HHI post-fusión está entre 1.000 y 1.800 puntos y su aumento post-operación es menor a 100 puntos; o (c) si el HHI post-operación supera los 1.800 puntos pero su aumento es menor a 50 puntos.

Más recientemente, FTC y DOJ revisaron esos umbrales en la *2010 FTC and DOJ Revised Horizontal Merger Guidelines*, relajando dichos valores: para el FTC y el DOJ, los “mercados no concentrados” ahora son aquéllos con HHI menor a 1.500 puntos (antes 1.000 puntos), los “mercados moderadamente concentrados” se extienden hasta los 2.500 puntos del HHI (antes 1.800) y los “mercados concentrados” son aquéllos con HHI por encima de los 2.500 puntos (los cambios del HHI que introducen alertas dentro de esos rangos se mantuvieron sin cambios). En cualquier caso, la mayoría de las F&A en

considerado innecesario hasta aquí adoptar una definición más amplia del mercado relevante (ver Sección 1.3.2).

¹⁰ El índice *Herfindahl-Hirschman Index* (“HHI”) es la suma de las participaciones de mercado, elevadas al cuadrado, de todas las empresas activas en dicho mercado. Toma un valor igual a cero cuando existe plena atomización y un valor igual a 10.000 bajo un monopolio puro ($=100*100$); el caso del duopolio simétrico (en el cual cada empresa tiene una participación de mercado del 50%), arroja un HHI de 5.000 puntos ($=50*50*2$); etc.

Estados Unidos que requieren una supervisión adicional por no caer en alguna de estas “zonas seguras” igualmente acaban obteniendo la aprobación, dependiendo obviamente de la evaluación cualitativa y dinámica del mercado que realicen la FTC y el DOJ.

Por otro lado, cabe notar que si bien en la Argentina no existen –expícitamente– tales “zonas seguras” respecto de los valores del HHI y de sus cambios post-operación, el criterio seguido por la CNDC es bastante similar al utilizado en Estados Unidos en este sentido. Al igual que en Estados Unidos, la gran mayoría de las F&A que requieren una supervisión adicional por parte de la CNDC (que normalmente coinciden con los casos donde los HHI –o sus aumentos post-operación– son elevados) también son aprobadas por esta comisión.

En lo que respecta a medicamentos, la experiencia internacional saliente (Europa en particular) informa varios casos en el control de fusiones y adquisiciones que son útiles para tener en cuenta al analizar la competencia en el sector de medicamentos argentino. La existencia generalizada allí de productos con protecciones patentarias vigentes claramente ha llevado a las autoridades *antitrust* a minimizar el grado de sustitución existente no sólo por el lado de la demanda sino también por el lado de la oferta (considerando en particular el corto y mediano plazos en los cuales se evalúan estas operaciones). Aún así, los casos en los cuales estas operaciones fueron rechazadas o condicionadas han estado caracterizados por participaciones de mercado de las empresas notificantes significativamente elevadas, incluso mayores que las concentraciones no toleradas en otros mercados estructuralmente menos desafiables (esto es, con menor facilidad de entrada de nuevos competidores).

Más precisamente, en la jurisprudencia de la Comisión Europea de los últimos 15 años existen casos de F&A que involucran medicamentos de los cuales se desprende que:

- i) los mercados relevantes se definen siempre a nivel nacional y típicamente en base al Nivel 3 del IMS;
- ii) según las circunstancias, se distingue entre mercado ético y popular, y entre ventas minoristas y ventas institucionales (a hospitales, etc.);
- iii) en varios casos, las operaciones consideradas contienen medicamentos que en alguno o varios de los países alcanzados tienen protección patentaria vigente o recientemente terminada; y
- iv) las concentraciones que no alcanzaron el 50% de participación conjunta han sido aprobadas –salvo excepciones puntuales– y desconocemos que hubieran sido cuestionadas operaciones que involucren laboratorios con participaciones conjuntas inferiores a 30%.

Domésticamente, la CNDC también ha aprobado múltiples operaciones de F&A que involucraron transferencias de medicamentos entre distintos laboratorios, incluso cuando las participaciones de mercado (en las clases terapéuticas involucradas, al nivel 3 del IMS) post-operación de las empresas notificantes se acercaron al 60% y/o cuando el HHI superó los 4.000 puntos (y pese a que el incremento en el HHI superó los 400 puntos).¹¹ Considerando la industria de medicamentos en su conjunto –como se detalla más

¹¹ Ver dictamen 557 ROEMMERS S.A.C.I.F., NOVA ARGENTINA S.A. y BRISTOL - MYERS SQUIBB ARGENTINA S.R.L. (15/12/2006), clase terapéutica J01C – Penicilinas de amplio espectro (p.23); y dictamen 798 MARAUSTRALIS S.A., KIMBELL S.A., ICN DUTCH HOLDING BV, clase terapéutica S02C – Corticoides óticos combinados con anti-infecciosos (p.74).

adelante–, la participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) no alcanza el 10% (y está por debajo del 15% cuando se consideran todos los laboratorios controlados por el grupo económico en conjunto – Grupo Roemmers : Roemmers, Investi Farma, Nova Argentia, Poen y Millet-Frankin) y el HHI está claramente por debajo de los 500 puntos (ronda los 300 puntos contabilizando laboratorios individuales y sólo sumaría menos de 200 puntos si, hipotéticamente, los 5 laboratorios de mayor tamaño tuvieran cada uno una participación de mercado un 50% mayor, obtenidas en todos los casos de los laboratorios más pequeños como hipótesis extrema).

En tal sentido, según se confirma más adelante en las secciones 1.3.2 y 1.4, la jurisprudencia doméstica e internacional ha tendido claramente a concluir que (incluso en los casos donde, a diferencia de la situación en Argentina, los medicamentos comercializados gozan frecuentemente de protección de patentes) los mercados relevantes de medicamentos (definidos al nivel 3 del IMS) en los cuales: (i) los laboratorios líderes no alcanzan el 40% de participación; y/o (ii) donde el HHI respectivo no supere los 2.500 puntos; y/o (iii) donde el índice de concentración C4 no alcance el 100%, resultan *a priori* inocuos en materia de riesgos de existencia de poder monopólico individual o conjunto, siendo incluso frecuentes las aprobaciones de F&A con índices de concentración muy superiores a estos valores. Entonces, es claro que la existencia de acuerdos colusivos entre laboratorios sólo podría tener lugar en aquellos mercados definidos al nivel 3 del IMS en los cuales la concentración supera estos umbrales (de hecho, en la Sección 3 se utilizará el valor de 2.500 como línea divisoria entre mercados concentrados y poco o moderadamente concentrados). En tal sentido, una elevada concentración al nivel 3 del IMS constituye una *condición necesaria* para la existencia de prácticas de abuso de poder de mercado individual y/o conjunta vía acuerdos colusivos, pero en definitiva la evidencia empírica es la que debe sostener o verificar si tal tipo de prácticas (reflejadas en contextos estáticos, conductas homogéneas, competencia débil o acomodaticia, etc.) han o no ocurrido.

En este trabajo tomamos esta definición de mercados relevantes de medicamentos explorando la información disponible al nivel 3 del IMS, durante el período 2001 – 2011, en un conjunto amplio de clases terapéuticas que representan el 67,5% de las ventas no-institucionales de medicamentos (en valores del año 2011). Al hacer esto, implícitamente suponemos que la facilidad de sustitución por el lado de la oferta (y el desafío potencial de la competencia desde el exterior) es limitada o insuficiente para definir mercados más agregados (al nivel 2 del IMS o incluso al nivel del conjunto de medicamentos y productos farmacéuticos globalmente), lo cual como se verá constituye “el peor escenario” (esto es, el escenario más propicio para concluir sobre la existencia de una industria concentrada y –aparentemente, por ese motivo– menos competitiva). Así, del mismo modo que normalmente actúan las agencias *antitrust* en el mundo (y tal como lo ha hecho la CNDC en el caso de los medicamentos en la Argentina), la definición relativamente estrecha del alcance de los mercados relevantes que conforman la industria de medicamentos permite avanzar en el examen de la naturaleza del proceso competitivo maximizando la probabilidad de concluir que existe colusión u otras fallas competitivas, lo cual hace más robustos los resultados en contrario expuestos a lo largo de las secciones subsiguientes.

1.2. Competencia y colusión: breve revisión de conceptos y experiencia doméstica.

Competencia perfecta versus proceso competitivo dinámico

El análisis económico del funcionamiento de los mercados presenta distintos grados de sofisticación y realismo: cada situación se caracteriza según sus rasgos salientes respecto de la tecnología, la información, los actores participantes por el lado de la oferta y de la demanda, las preferencias, etc. y a partir de allí se construyen (comportamientos que desembocan en) diversos equilibrios orientados a describir y anticipar el grado de eficiencia en la asignación de los recursos esperable en tal contexto, así como también a predecir los efectos de distintos cambios paramétricos (modificaciones del ambiente en materia de tecnología, información, actores participantes, preferencias, etc.). A su vez, tales caracterizaciones pueden plantearse según sus aspectos estáticos (la descripción de un equilibrio estable) o dinámicos (la descripción de las trayectorias de innovación, precios, calidad, cantidades, etc., fuera del equilibrio –estático– y propias de un equilibrio dinámico en constante evolución).

La enseñanza de la economía, en su nivel más básico, frecuentemente se limita (o se concentra fuertemente) a explorar modelos estáticos, denominados también de “libro de texto”. A este nivel pertenecen los paradigmas de la competencia perfecta, la competencia monopolística, el oligopolio, el monopolio, la cartelización, etc. Allí, según sean la facilidad de entrada de nuevas empresas, la información disponible a los distintos participantes, la tecnología de producción, etc., el número de empresas que compiten entre sí variará; y cuantas menos empresas participen en el mercado mayor será la probabilidad de que individual o conjuntamente puedan tomar decisiones tendientes a obtener beneficios supra-normales *en el equilibrio*, esto es, de manera sostenible en el tiempo.

Por ejemplo, en un contexto de información completa, plena libertad de entrada y salida de empresas, rápido agotamiento de economías de escala, inexistencia de costos hundidos y de efectos externos, multiplicidad de oferentes y demandantes, etc., la teoría económica predice que cada empresa se comportará como tomadora de precios, decidiendo los niveles de producción individuales en base a un proceso de optimización donde se maximizan los beneficios del período actual. En dicho contexto, denominado como “competencia perfecta”, la decisión de cada empresa es aumentar su producción en tanto el incremento en su ingreso (al precio vigente, exógeno) supere al incremento en el costo incurrido por aumentar la producción (su propio costo marginal), resultando en un equilibrio de mercado donde la valoración de cada producto por parte de la demanda (reflejada marginalmente por el precio pagado) se iguala con la valoración del mismo por el lado de la oferta (reflejada en el costo incremental de los recursos utilizados a tal fin). Se logra así una asignación de recursos plenamente eficiente teniendo en cuenta la minimización de costos (“eficiencia productiva”) y el nivel óptimo de producción (“eficiencia asignativa”), tanto en términos estáticos como dinámicos.¹² La inexistencia de externalidades convierte a este equilibrio a su vez en un óptimo social. Los mayores ganadores de esta situación son los consumidores de estos bienes, ya que bajo estas condiciones el excedente de valoración social por sobre el costo de producción es capturado plenamente por ellos.

¹² En efecto, por los supuestos adoptados, los desajustes de corto plazo que pudieran existir –donde las empresas pueden obtener beneficios extraordinarios o sufrir quebrantos– son temporarios y rápidamente corregidos, minimizando la relevancia de distinguir el corto y largo plazos. Al mismo tiempo, la ausencia de vínculos inter-temporales en las funciones de costos de las empresas hace que sus problemas dinámicos sean resumidos por sus problemas estáticos sin perder aspectos relevantes en el análisis.

Ahora bien, los supuestos del modelo de competencia perfecta son claramente irreales y ni siquiera coinciden con la definición de un proceso competitivo vigoroso, fundamentalmente debido a que –al concentrarse *en el equilibrio*– el modelo de competencia perfecta olvida que la tecnología no es exógena y que las empresas compiten en varias dimensiones (en el caso de la competencia perfecta, las empresas ni siquiera compiten entre sí ya que cada una se comporta como una tomadora de precios pasiva, adoptando una tecnología idéntica a la de sus competidores, produciendo el mismo bien, etc.). Por ello, la eficiencia social del modelo de competencia perfecta es tal sólo porque éste omite considerar el progreso tecnológico y la diferenciación de productos, que también generan valor para los consumidores, quienes obtienen un mayor bienestar si la calidad de los productos mejora, si sus opciones de consumo aumentan, si los costos de producción derivados de nuevas tecnologías caen, etc.

Consecuentemente, las “fallas de mercado” –definidas en base a la obtención de resultados distintos del de competencia perfecta, básicamente resumidos, por un lado, en la igualación entre el precio y el costo marginal; y, por el otro lado, en la obtención de beneficios normales o nulos– no son entonces necesariamente “verdaderas fallas” (susceptibles de ser corregidas o penalizadas por parte de un regulador omnisciente y benevolente –aunque éste hipotéticamente existiera): el proceso competitivo más dinámico posible, *à la Schumpeter*, en el cual el progreso tecnológico y la mejora en la calidad de los productos ofrecidos son vertiginosos, incluye –fuera del *equilibrio estático*, pero dentro del *equilibrio dinámico*– contextos donde hay pocas empresas, algunas de las cuales gozan de fuerte poder de mercado en el corto plazo, pero no pueden asegurar su posición de aparente dominancia en el más largo plazo debido a que otros agentes económicos serán en poco tiempo capaces de ofrecer productos más atractivos al consumidor final.

Ligado al punto anterior, vale la pena explicar la distinción mencionada previamente entre “poder de mercado” y “poder monopólico”: el primero se refiere a la capacidad de influir en el precio de equilibrio en beneficio propio que se verifica cuando la empresa enfrenta una demanda que no es perfectamente “precio-elástica” (por lo cual no es tomadora de precios); y, el segundo, supone que además ello permite obtener una rentabilidad extraordinaria sin atraer nuevos competidores (esto es, pudiendo evitar su entrada). En definitiva, en tanto y en cuanto el ingreso de nuevos laboratorios en cada uno de los mercados relevantes en los que participan sea posible (esto es, no existan barreras a la entrada permanentes y más allá de que dicha entrada requiera de insumos e inversiones que no se obtienen o completan “instantáneamente”), el poder de mercado de corto plazo bien puede ser el mecanismo por el cual se tornan rentables las inversiones que permiten mejoras continuas en la calidad de los productos ofrecidos al mercado.

Colusión / cartelización

Resulta claro que, de la misma forma en que es posible que exista un proceso competitivo dinámico con sólo un puñado de empresas que (visiblemente) se disputan el mercado a través de menores precios y/o continuas innovaciones tecnológicas, comerciales, científicas, etc., también *es posible* que las empresas que cohabitán un mismo mercado procuren coordinar sus decisiones, minimizando sus esfuerzos individuales (obtención de menores costos, mayor innovación, etc.), para así asegurar su subsistencia compartiendo los beneficios supra-normales de un hipotético monopolista (con poder monopólico y no sólo con poder de mercado). Pero “*possible*” no equivale a “*probable*” y, mucho menos, si no se especifican múltiples dimensiones que pueden dificultar o facilitar tal tipo de colusión o cartelización.

En efecto, según la teoría económica moderna, la puesta en práctica de una colusión explícita (cartelización) o tácita (con estrategias no cooperativas, sin necesidad de comunicación) requiere centralmente que los miembros del acuerdo colusivo puedan detectar y penalizar suficientemente una defeción (trampa o desvío del acuerdo), para así desalentarla. En efecto, un acuerdo colusivo consiste en que –para evitar esfuerzos fútiles que sólo llevarían a quitarse ventas entre sí sin beneficio alguno para el conjunto ni, en términos esperados, para cada uno de los miembros del acuerdo de manera individual– los participantes relajan el grado de competencia entre sí, situación en la cual cada uno de ellos tiene fuertes incentivos para incumplir con el acuerdo y de esta manera (vía un menor precio o un mayor esfuerzo de innovación, diferenciación del producto, etc.) “robar ventas” a sus competidores. Por lo tanto, cuanto menor probabilidad haya de detectar una “defeción”, más se tarde hacerlo, más se gane en la defeción, menos se pierda en la penalización, menos creíble sea ésta, etc.; entonces es menos probable que exista un equilibrio colusivo (explícito o tácito), ya que el beneficio cierto de la defeción (obtenido en el corto plazo) superará al costo esperado de la penalización por defecionar (sufrido en el largo plazo).

Más allá de la dificultad que supone a los miembros de un acuerdo colusivo definir cuáles precios, características de producción, diferenciación de productos, etc. serán los acordados; identificar si sus competidores han cumplido o no con los términos convenidos; y, eventualmente, comprometerse a aplicar las penalidades una vez que se hubiera detectado una defeción (cuando todos tienen incentivos a saltar la penosa fase de penalización –una guerra de precios por ejemplo– y acordar nuevamente), aspectos todos que en conjunto actúan como elementos reductores de la probabilidad de que existan acuerdos colusivos efectivos (implementables), existen también diversos *elementos facilitadores* (que en el extremo pueden considerarse como condiciones necesarias para la existencia de tales acuerdos), a saber:¹³

- concentración de oferentes (porque entonces es más fácil acordar y auditar lo acordado, de manera que es menor la tentación a defecionar);
- restricciones a la entrada;
- propiedad cruzada (aún sin control societario) entre competidores;
- regularidad y alta frecuencia de ventas (pequeñas);
- ausencia de poder de compra (“*buying power*”) de los clientes;
- crecimiento de la demanda (aumenta la prioridad del largo plazo sobre el corto plazo);
- estabilidad del contexto (ausencia de *shocks* para evitar penalizaciones por error);
- homogeneidad del producto (por el menor costo de auditar el cumplimiento);
- simetría (iguales incentivos a desviarse por parte de los distintos miembros);
- contactos en múltiples mercados (porque ayuda a la simetría global entre empresas);
- ausencia de capacidad o de inventarios excedentes (si algunas empresas lo tuvieran, entonces tendrían mayor incentivo a defecionar; y quienes no tienen capacidad excedente no podrían cumplir con la penalización prometida –por ejemplo, ante una

¹³ Ver Motta (2003), cap.4.

guerra de precios no podrían abastecer la mayor demanda y, por ende, dicho precio debería subir); y

- visibilidad de las acciones (para evitar penalizar cuando no hubo defeción, por lo cual hay que tener cuidado –por el riesgo colusivo que ello implica– con la comunicación entre empresas, el intercambio de información y publicidad de acciones individuales sobre precios y cantidades (incluyendo cláusulas de mejor precio –“*most-favored nation and meeting-competition clauses*”–, de fijación de precios minoristas –“*resale price maintenance*”– y de precios finales o pre-transporte uniformes).

Jurisprudencia sobre prácticas colusivas

Los acuerdos colusivos constituyen la violación más fuerte a la legislación de defensa de la competencia, cualquiera sea la legislación o el país que se trate. En EE.UU., se prohíbe *per se* (sin necesidad de analizar daño) la colusión explícita sobre precios y se aplica la *regla de la razón* en general; en la Comunidad Europea está prohibida la cartelización abierta o tácita y hay un listado de prácticas prohibidas, pero se exime la prohibición en diversos casos donde no haya suficiente participación de mercado o por motivos de eficiencia.

En Argentina la Ley de Defensa de la Competencia (LDC) prevé aplicar la *regla de la razón*. Los arts. 1 y 2 prohíben prácticas –incluida la colusión– (podría agregarse “sólo”) en tanto puedan provocar un daño al interés económico general, aunque el estándar de prueba es bajo (porque exige objeto o efecto de provocar daño al interés económico general).

Hay dos casos recientes en la experiencia argentina que permiten ver las características de las conductas y estructuras de mercado en las cuales se ha llegado a la conclusión de la existencia de un acuerdo colusivo e impuesto las sanciones correspondientes. Como se verá a continuación, las características estructurales de las dos industrias involucradas en ambos casos difieren radicalmente de las que definen al mercado de medicamentos (en materia de concentración de la oferta, condiciones tecnológicas de producción y facilidad de entrada y aumento de la oferta de las empresas existentes, homogeneidad del producto, etc.).

Cementeras (2005).

Aquí hubo una investigación de oficio de la CNDC a 7 (luego 5) cementeras y a la Asociación de Fabricantes de Cementos Portland (AFCP) sobre una presunta práctica colusiva en el mercado de cementos portland, iniciada en virtud de una nota periodística referida al período 1981-1999. La actividad bajo análisis fue la producción y comercialización de cemento portland, que es un producto no transable, de modo que la dimensión geográfica de mercado se definió como nacional.

La estructura del mercado en ese período había evolucionado según se describe en el Cuadro 1 a continuación. La CNDC encontró la existencia de una concertación de cuotas monitoreada a través de AFCP (acuerdos de cuotas e intercambio de información comercial sensible) y sancionó a las 5 cementeras por: (i) perjuicio al bienestar de los consumidores finales e intermedios debido a los mayores precios resultantes; y (ii) transferencia de ingresos desde los consumidores a las empresas y pérdida social al consumirse menos cemento que lo que se habría consumido de haber funcionado el mercado competitivamente. La sanción impuesta por la CNDC fue el cese de conducta y la aplicación de multas económicas (calculadas como el 120% del beneficio ilícito, considerando a tal fin un sobreprecio mínimo del 1%), en los siguientes valores: Loma Negra \$ 138,7 millones, Minetti \$ 100 millones, Cementos Avellaneda \$ 34,6 millones,

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cemento San Martín \$ 28,5 millones, PCR \$ 7,3 millones y AFCP el máximo previsto en la ley.¹⁴

Cuadro 1. Caso de cementeras. Información de mercado en años seleccionados.

Empresa / Año	% de participación		
	1981	1990	1999
Loma Negra	46.47	43.53	
Cementos San Martín	10.88	8.77	
Loma Negra + Cementos San Martín			48.35
Juan Minetti	13.85	17.73	
Corcemar	14.99	15.71	
Juan Minetti + Corcemar			32.48
Cementos Avellaneda	10.26	8.60	
Cementos El Gigante	1.59	2.30	
Cementos Avellaneda + Cementos El Gigante			15.53
Petroquímica Comodoro Rivadavia	1.96	3.36	3.63
Total Industria	100	100	100
HHI *	2805.72	2623.19	3647.47

Fuente: CNDC. Dictamen 153 (25/7/2005) - LOMA NEGRA CIA S.A., CEMENTO SAN MARTIN S.A., JUAN MINETTI S.A., CORCEMAR S.A., CEMENTOS AVELLANEDA S.A., CEMENTOS DEL GIGANTE S.A.Y PETROQUIMICA COMODORO RIVADAVIA S.A.

Oxígeno Medicinal (2005).

La investigación también fue realizada de oficio por la CNDC, e incluyó a 4/5 empresas. El producto se definió como oxígeno (estado líquido o gaseoso) para ser utilizado en establecimientos de salud para tratamientos o intervenciones quirúrgicas. Las ventas se realizaban por medio de un proceso licitatorio o concurso de precios de cada institución médica con el fin de adjudicar la provisión. El mercado estaba concentrado en 5 empresas y la CNDC definió una dimensión geográfica provincial (resultando por ende en una mayor concentración que la resultante bajo una eventual definición de un alcance del mercado a nivel nacional).

A nivel nacional, por otra parte, la concentración en 2005 era la siguiente (Cuadro 2):

Cuadro 2. Caso de oxígeno medicinal. Información de mercado en años seleccionados.

	Oxígeno Líquido	Oxígeno Gaseoso
AGA	33.03	24.99
AIR LIQUIDE	31.55	24.47
INDURA	7.99	6.22
PRAXAIR	24.32	42.89
MESSER	3.11	1.42
HHI	2751.22	3104.29

Fuente: CNDC
Dictamen 510 (15/7/2005) - PRAXAIR ARGENTINA S.A., AIR LIQUIDE ARGENTINA S.A., MESSER ARGENTINA S.A., AGA S.A. E INDURA ARGENTINA S.A.

¹⁴ El 7/5/2013 la Corte Suprema de Justicia de la Nación rechazó sendos recursos extraordinarios interpuestos por las empresas multadas, confirmando así las multas impuestas.

La CNDC mencionó la existencia de importantes barreras a la entrada: inversiones, exigencias regulatorias, especificidad de la actividad y dificultades para obtener clientes.

Luego del análisis del caso la CNDC identificó la existencia de acuerdo colusivo detrás de las siguientes particularidades del sector: (i) había muy poca rotación de proveedores en establecimientos públicos y privados de salud; (ii) las empresas realizaban pocas cotizaciones en licitaciones y en contrataciones directas en establecimientos públicos; y (iii) se observaron prácticas dudosas, como la renuencia a cotizar, presentación de ofertas con errores formales o cotizaciones muy altas.

La CNDC dictaminó la existencia de una concertación de posturas en procesos de compras, con reparto de clientes y acuerdos de precios en el período 1997-2002. Las sanciones aplicadas fueron multas de \$ 26,1 millones a Praxair Argentina, \$ 24,9 millones a Air Liquide, \$ 14,2 millones a AGA y \$ 5,1 millones a Indura Argentina.¹⁵

1.3. Caracterización competitiva del mercado mayorista de medicamentos: elementos cualitativos y cuantitativos previos al análisis del período 2001-2011

Más allá de sus importantes particularidades, la industria de medicamentos puede caracterizarse, como siempre en el análisis económico, según sea la interacción entre la oferta y la demanda dentro de un (conjunto de) mercado(s). Dependiendo de las propiedades del mercado en torno a la capacidad de los consumidores de comparar productos (calidad, confiabilidad, eficacia, usos alternativos, etc.), la rigidez de la estructura industrial (barreras a la entrada de nuevos competidores o lanzamiento de nuevos productos al mercado, etc.) y los incentivos para representar a los consumidores eficientemente por parte de instituciones privadas competitivas (aseguradoras médicas, administradoras de beneficios farmacéuticos, obras sociales, etc.) e instituciones públicas (hospitales públicos, administradoras de salud, etc.), los resultados esperables a partir del libre funcionamiento del mismo son variables. Así, por ejemplo, si la oferta es muy flexible y sensible al precio, el comportamiento del sector –en términos de precios, innovación, confiabilidad, prácticas comerciales, etc.– seguramente sea muy distinto al caso en que existen fuertes barreras a la entrada y una baja elasticidad-precio de la demanda.

Como punto de partida, una forma simple de ilustrar estos principios resulta de considerarla como una industria caracterizada por dos categorías terapéuticas (1 y 2), en cada una de las cuales hay 2 drogas (parcialmente) sustitutas (A y B), producidas por 4 laboratorios distintos (los laboratorios podrían entonces identificarse por la droga producida como A1, A2, B1 y B2) y donde los usuarios (consumidores de medicamentos) están agrupados en 3 categorías (usuarios individuales sin cobertura médica, individuos con cobertura médica y grandes usuarios públicos –hospitales–). Así:

- a. Si las drogas A1 y A2 son fuertes sustitutos (desde la perspectiva de los consumidores, asistidos en su caso por profesionales médicos), la competencia entre ambos laboratorios deberá verificarse tanto en lograr diferenciar su producto respecto de la mayor calidad y confiabilidad como respecto de su menor precio (priorizando una u otra dimensión competitiva según sean sus efectividades para aumentar sus ventas y beneficios); si, por otra parte, los laboratorios B1 y B2 (y más

¹⁵ El 10/08/2013 la Sala III de la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Civil y Comercial Federal confirmó las multas impuestas (causa N° 7748/2005 “Air Liquide Argentina S.A. y otros s/ apelación de resolución de la CNDC”). La sentencia aún no está firme.

aún, si algún tercer laboratorio extranjero o por nacer) estuvieran en condiciones de comenzar a producir las drogas A1 y A2 sin mayores dificultades (tecnológicas o legales), el grado de competencia seguramente sea mayor (y las posibilidades de cartelizar el mercado menor), reflejándose ello en mejores combinaciones precio-calidad.

- b. Por el contrario, si “la demanda” percibe a los productos A1 y A2 como pobres sustitutos, o bien el ingreso de nuevas drogas está legal o tecnológicamente limitado, entonces las posibilidades de cartelización son mayores y pasan a depender de las propiedades de la demanda. Así, si los consumidores –directa o indirectamente por medio de sus representantes– perciben correctamente las características reales de las distintas drogas, la demanda será más flexible y dispuesta a sustituir entre drogas según sean las diferencias de precios (vgr., habrá mayores “elasticidades-precio directas y cruzadas” en las demandas de ambos medicamentos).
- c. La “percepción” de la demanda, sin embargo, depende tanto del conocimiento técnico-médico como de los incentivos para realizar la comparación correcta. Así, la mayor credibilidad del público sobre la calidad del conjunto de productos aprobados que circulan en el mercado favorece la sustitución (y orienta la competencia hacia los menores precios), pero esta información a menudo es provista por los profesionales médicos (quienes claramente tienen los incentivos correctos para recetar las drogas de mejor calidad o más eficaces para el tratamiento recomendado, pero pueden o no tener los incentivos correctos para representar eficazmente a sus pacientes en la dimensión de precios –ya sea porque no son evaluados en esta dimensión por los pacientes o porque quien paga los medicamentos son tercera partes –aseguradoras médicas– que tampoco limitan o inducen la consideración de esta dimensión).
- d. Así, la mayor reputación en la certificación de calidad por parte de la autoridad sanitaria y la organización más competitiva de las instituciones prestadoras de salud respecto de ofrecer una combinación atractiva en términos de una amplia cobertura de medicamentos y menores precios, son factores determinantes del comportamiento de la oferta y la demanda, y por su intermedio, del funcionamiento del mercado de medicamentos en general. Claramente, si los usuarios sin cobertura descreen de los productos sin marca; si las compañías de seguro de salud o las obras sociales no compiten entre sí fuertemente y por ende tienen escasos incentivos para realizar una oferta de cobertura de medicamentos más efectiva en el conjunto de dimensiones relevantes para los consumidores; y si los grandes compradores de medicamentos (hospitales públicos) no son efectivos en lograr una fuerte competencia entre los laboratorios para su abastecimiento; entonces la competencia esperada será menor o bien estará más sesgada hacia la “diferenciación de productos” (ya sea “ficticia”, convenciendo a los consumidores sobre diferencias de calidad inexistentes, o “real”, señalando con fuertes inversiones en publicidad –hundidas– la mayor confiabilidad o calidad diferencial).

En la Argentina, hasta el año 1991 hubo fuertes regulaciones de precios de los medicamentos a nivel nacional –procurando además una cobertura nacional con precios uniformes– y limitaciones de carácter local muy estrictas sobre la instalación de farmacias. Desde entonces, las distintas regulaciones se eliminaron (decreto 2284/1991, de “desregulación económica”, aplicable a los precios de los medicamentos) o bien se flexibilizaron sustancialmente (farmacias), aunque desde 2006 hubo un resurgimiento de intervenciones, en este caso informales, según las cuales los aumentos en los precios de los medicamentos requieren aprobaciones por parte de la Secretaría de Comercio Interior

de la Nación.¹⁶ A su vez, desde el año 2002, la Ley de Genéricos (haciendo obligatoria la prescripción por droga –más allá de mantener la posibilidad de adicionar la prescripción por marca comercial) fortaleció el incentivo de los laboratorios a competir por medio de menores precios y presumiblemente redujo la efectividad de la promoción de ventas a través de visitadores médicos.

1.3.1. Antecedentes e innovaciones en la política regulatoria sectorial

Lecciones del estudio FIEL (2001)

En 2001 llevamos a cabo un estudio para la CNDC dirigido a identificar qué características propias de la industria, tanto estructurales como históricas y legales, contribuían *a priori* a explicar distintos indicadores de su situación competitiva en ese momento.¹⁷

En dicho estudio se señalaron distintos elementos relevantes para un análisis correcto, tanto referidos a las distintas conclusiones derivadas de examinar definiciones alternativas del mercado relevante del producto como a particularidades de este mercado en materia de problemas de principal-agente entre médicos y pacientes (derivados de la asimetría de información y de la existencia de un tercer pagador, y tendientes a reducir la elasticidad-precio de la demanda cuando el profesional médico pudiera prescribir por marca comercial de manera tal de actuar, en cierta medida, como un “agente de ventas” de un laboratorio), la importancia de las instituciones de salud (agregando la demanda y generando un poder compensador frente a potenciales empresas cartelizadas cuanto mayor competencia y orientación hacia la minimización de costos hubiera entre éstas) y la subsistencia de barreras al comercio internacional de medicamentos (como la necesaria admisión en el registro sanitario de cada país, o la necesidad de contar con una fuerza de ventas que permita una comercialización exitosa de dichos productos, o incluso restricciones legales y/o comerciales que impiden las “importaciones paralelas”), etc.

En ese contexto, en FIEL (2001) se notó que durante la década del 90 se introdujeron profundos cambios en el marco regulatorio del mercado de medicamentos, entre los que se destacan:

- *eliminación del control de precios*: a partir de comienzos de los 90, estos controles fueron paulatinamente relajados hasta alcanzar su completa liberalización en 1991;
- *apertura comercial*: en los primeros años de la década se redujeron los aranceles y se implementaron medidas para la eliminación de trabas a la importación (admisión automática de países seleccionados, importación directa de laboratorios, farmacias, hospitales, obras sociales, droguerías, etc.);
- *simplificación registro de productos*: se agilizó la autorización para comercializar productos a través de un mecanismo de registro automático de medicamentos autorizados en un conjunto de países seleccionados; y
- *desregulación comercial*: se permitió el expendio de especialidades medicinales de venta libre fuera de las farmacias y se desreguló la instalación de éstas (aunque en varias provincias continuaron vigentes distintas restricciones).

¹⁶ Cabe notar también que a partir de la Ley 26.567, publicada en el BO el 18/12/2009, estas flexibilizaciones al nivel de farmacias tendieron a reducirse.

¹⁷ Ver FIEL (2001).

Y, finalmente, observando la evidencia empírica de la década de 1990, se registraron los siguientes resultados salientes:

- desde 1990 a 1994 hubo una fuerte expansión en el monto de ventas, casi cuadruplicando los niveles de 1989, resultado de un aumento en torno al 263% en el precio medio de estos productos y del 5,7% en los volúmenes colocados;
- entre 1995 y 2000, el volumen de ventas osciló según las condiciones macroeconómicas, manteniéndose un incremento positivo pero mucho menos pronunciado en el nivel medio de los precios de los medicamentos, llevando la facturación de los laboratorios a alrededor de US\$ 4.000 millones anuales en el año 2000;
- sobre el final de ese período se observaba una clara tendencia hacia una mayor concentración de las ventas en las empresas más grandes –pasando la participación en las ventas de los 20 laboratorios de mayor tamaño del 55% en 1980 al 60,7% en 2001– producto tanto del crecimiento individual de estos laboratorios como de la ola de fusiones, absorciones, asociaciones, etc. que se llevaron a cabo en esa década. Las empresas de origen extranjero habían aumentado su participación en el monto de ventas del 40,3% en 1991 al 51,9% en 2000;
- al examinar la concentración de la oferta al nivel 4 de la clasificación ATC (y nivel 3 cuando ello no era posible) se constató un grado de concentración mucho mayor que el resultante al nivel agregado de todos los medicamentos, superando el HHI los 1.800 puntos en el 78% de los casos examinados;
- sin embargo, pese a estos indicadores *a priori* preocupantes en cuanto al desempeño competitivo del sector en dicha década, se observó lo siguiente:
 - a) la Argentina avanzó notablemente en la flexibilización de las restricciones sanitarias, tanto en términos de confiabilidad como de transparencia y agilidad, estableciendo disposiciones de registro abreviado –tanto para productos importados como de elaboración local– tendientes a aprovechar los esfuerzos de evaluación ya realizados por autoridades de países confiables en materia sanitaria y/o los efectuados por la propia autoridad local, lo cual se vio reflejado en una fuerte inestabilidad en las participaciones de mercado de los laboratorios: el análisis a nivel agregado reveló que de los 30 laboratorios líderes en 1999, 18 modificaron sus *market shares* en más del 20% en relación a 1988, en tanto que en 15 de esos casos ello significó un reposicionamiento de cinco o más lugares, mientras que al desagregar por banda terapéutica dichos cambios se magnificaban, notándose incluso en algunos casos el ingreso de nuevas empresas que, en poco tiempo, llegaban a participaciones en las ventas del mercado relevante en cuestión del orden del 10%;¹⁸
 - b) con respecto a los precios, se demostró que el *precio medio en dólares* de la industria, que surge de la información provista por el IMS dividiendo el monto de ventas expresado en esa moneda por las unidades colocadas, es un indicador incorrecto para medir la evolución de los precios de cada medicamento:

¹⁸ Allí se notó también la existencia de alianzas estratégicas entre laboratorios, por ejemplo en materia de acuerdos de coproducción y de *comarketing*.

- por un lado, si bien el precio de los productos farmacéuticos en dólares habría aumentado un 356% y 124% en los períodos 1989/2000 y 1991/2000, respectivamente, el precio medio de la industria expresado en pesos constantes del año 2000 –medida más correcta tratándose de bienes no transables– acumuló un incremento del 17% en el lapso 1989/2000 y del 59% si se mide desde 1991.
 - por otro lado, como este indicador no corrige por cambios en el tamaño de los envases, en el mix de productos consumidos, formas farmacéuticas suministradas, introducción de nuevos productos, etc., el mismo está expuesto a serios errores o sesgos. El siguiente ejemplo pone en evidencia esta distorsión: el precio medio en términos nominales que surge del cociente entre monto y volumen de ventas de todos los productos existentes acusó un aumento de 14,3% en el lapso 1997-2000; sin embargo, en ese período, algo menos de 2.100 productos en sus distintas presentaciones –sobre un total de casi 14.800 existentes en el período base– fueron los que observaron modificaciones de precios, de los cuales además en más de 550 casos correspondió a una rebaja y sólo en menos de 650 a un incremento superior al 14%; el promedio simple de las variaciones porcentuales de los casi 2.100 precios que sufrieron cambios ascendió, para todo el período, a 11,4%, manteniéndose constantes los aproximadamente 12.700 productos restantes.
- c) se observó –tomando una canasta fija de medicamentos, tal como lo hace el rubro respectivo del IPC, que obviamente no capta la introducción de nuevos productos y puede reflejar variaciones de precios de bienes que en rigor ya no se consumen– que el precio de los medicamentos aumentó el 66,4% entre 1991 y 2000. Esta suba resultó superior al 48% que registró el IPC Nivel General, revelando una recomposición en el precio relativo de estos bienes. Sin embargo, al analizar este resultado desde una perspectiva histórica también se notó que el incremento en el precio relativo de los productos farmacéuticos ocurrido en los primeros años de la Convertibilidad compensó en realidad el deterioro registrado en los años inmediatos anteriores, lapso en el que ya se habían levantado los controles de precios de la economía pero aún no los que recaían sobre este sector;
- d) finalmente, otra aproximación al tema de la fijación de precios, en términos de la competencia en esta dimensión, consistió en analizar los diferenciales existentes entre productos similares en el mercado local. Esta evaluación fue efectuada comparando los *precios unitarios* (por comprimido, ml., gramo, etc.) de medicamentos que fueran iguales en cuanto al principio activo, concentración y forma farmacéutica, observándose entonces que la diferencia porcentual entre el menor precio unitario y el más elevado dentro de cada conjunto homogéneo de medicamentos en un 26% de los casos –sobre 366 analizados– superó el 100%, en un 25% tal diferencia se ubicó entre el 30% y 100%, en un 24% en un rango entre el 10% y 30%, en tanto que en el 25% restante resultó inferior al 10%. En una muestra de 3 de estos casos analizada en mayor detalle se observó que si bien las diferencias de precios mínimos y máximos de productos homogéneos parecían ser más elevadas en función de la marca comercial, resultaban también importantes –aún para la misma marca– de acuerdo con el tamaño del envase. En cualquier caso, parecía ser evidente que la competencia por precios en el mercado argentino de medicamentos era limitada.

1.3.2. Antecedentes antitrust del sector farmacéutico en Argentina

El análisis *antitrust* de la CNDC se lleva a cabo por medio de la investigación de conductas de las empresas, a partir de denuncias o en base a un examen del mercado de oficio en tanto la propia CNDC estimara probable hallar situaciones prohibidas por la LDC o que dieran lugar a recomendaciones regulatorias de su parte, o bien al analizar fusiones y adquisiciones que requieren la aprobación de la Secretaría de Comercio Interior (en base a un dictamen no vinculante de la CNDC).

Según informa la CNDC en su sitio web, en la Argentina hubo solamente tres dictámenes sobre conductas anticompetitivas en el sector farmacéutico. Uno de ellos se debe a una denuncia del Defensor del Pueblo al laboratorio Novartis por aumentar el precio de dos productos de venta en farmacia, pero la misma fue desestimada por la CNDC por considerar que no hubo abuso de posición dominante.¹⁹ Los otros dos casos no involucran a laboratorios líderes (los dos dictámenes de la CNDC citan a los laboratorios Northia, Fada Pharma, Richmond y Klonal y a la droguería Magna) ni a ventas minoristas, sino que corresponden a dos denuncias de un hospital por licitaciones de vacunas y otros productos. En ambos casos, la CNDC no ha comprobado la existencia de acuerdos horizontales u otra conducta anticompetitiva ni tampoco de prácticas abusivas de posición de dominio, con la consecuente afectación al interés económico general, de modo que se archivaron ambas actuaciones.²⁰

Por otro lado, en lo que respecta a las F&A, durante la última década se han producido un número importante de operaciones de concentración (hay 20 dictámenes disponibles que involucran a empresas del sector en el sitio web de la CNDC entre los años 2000 y 2012).

Los primeros antecedentes de la jurisprudencia de la CNDC en la materia son los dictámenes 32 de Rontag-GD Serle (2000) y 132 de Warner Lambert-Pfizer (2000), donde definió mercados relevantes al nivel 3 del IMS utilizando como criterio la sustitución por el lado de la demanda.²¹ Luego, en el dictamen 419 de Bayer – Roche (2005) la CNDC también definió el mercado relevante al nivel 3 del IMS, pero tomando sólo el segmento popular (indicando que si no hay problemas con esta definición, entonces no los habría con una definición que incluyera a los medicamentos éticos y populares conjuntamente –tomando en cuenta que los productos involucrados pertenecían en ese caso sólo al segmento popular), aunque entonces no hizo referencia a la sustitución por el lado de la demanda.²² Cabe destacar que este dictamen mencionó el impacto de la reforma regulatoria llevada a cabo entre 2002 y 2004 (ley 25.649 de Promoción de Medicamentos por Nombre Genérico, decretos 1855/2002 y 987/2003 y resoluciones 160/2004 y 331/2004) sobre el ingreso de laboratorios (pasando de más de 200

¹⁹ Dictamen 386 (27/11/2002) - NOVARTIS ARGENTINA S.A.

²⁰ Dictamen 502 (3/6/2005) - LABORATORIOS NORTHIA S.A.C.I F. y A y DROGUERIA MAGNA S.A. y dictamen 469 (17/8/2005) - LABORATORIOS NORTHIA S.A.C.I.F Y A., FADA PHARMA S.A., LABORATORIOS RICHMOND S.A.C.I y F., LABORATORIOS KLONAL y DROGUERIA MAGNA S.A.

²¹ Dictamen 32 (21/3/2000) - LABORATORIOS RONTAG S.A. Y GD SEARLE & CO Y SEARLE LLC. Dictamen 132 (17/10/2000) - WARNER LAMBERT COMPANY Y PFIZER INC.

²² Dictamen 419 (4/2/2005) - BAYER HEALTHCARE AG, ROCHE HOLDING AG, ROCHE FINANZA AG, ROCHE PHARMHOLD BV, ROCHE DEUTSCHELAND HOLDING GMBH, HOFFMAN - LA ROCHE FRANCE SAS, ROCHE SAS Y LABORATOIRES SYNTEX.

laboratorios en el año 2000 hasta aproximadamente 400 laboratorios a fines del año 2004).

En dictámenes posteriores, que incluyen entre otros el dictamen 535 de Sanofi–Aventis, el dictamen 557 de Roemmers–Bristol Myers Squibb, el dictamen 767 de Grupo Roemmers–Roche, el dictamen 798 de Grupo Roemmers–Valeant, el dictamen 874 de Schering Plough–Merck y el dictamen 922 de AstraZeneca–Rontag, se pueden obtener las siguientes observaciones:²³

- La CNDC define mercados relevantes considerando el nivel 3 del IMS (sustitución por el lado de la demanda) y separa los segmentos éticos y populares en dos mercados relevantes distintos. Sin embargo, en los casos Sanofi-Aventis, Grupo Roemmers-Bristol Myers Squibb y Grupo Roemmers-Roche la CNDC señala que tal definición (considerando sólo la sustitución por el lado de la demanda) tiene fines prácticos, ya que si bien la CNDC admite la posibilidad de sustitución por el lado de la oferta ante la ausencia de patentes y comercialización de genéricos (así llama a los productos que no tienen protección patentaria) concluye en avanzar omitiendo esta última sustitución con el fin de analizar el peor escenario (de manera tal que si no hay problemas competitivos en este caso, entonces tampoco lo habría con una definición más amplia que incluyera la sustitución por el lado de la oferta). Vale decir, siguiendo una metodología habitual en el análisis *antitrust*, la CNDC no adopta la sustitución por el lado de la oferta porque “no es necesario hacerlo” dado que igualmente concluye que no hay problemas competitivos analizando los mercados relevantes al nivel 3 del IMS.²⁴
- En el caso Grupo Roemmers – Valeant la CNDC reitera lo anterior (la definición por sustitución del lado de la demanda es instrumental) pero también resalta la definición del segmento ético y el segmento popular como dos mercados relevantes distintos debido a que los compradores son distintos (publicidad y esfuerzos de venta dirigidos a los médicos en el primer caso y a los consumidores finales en el segundo), cuestión que no era importante definir en operaciones previas (sólo fue mencionado en Bayer-Roche).

Si bien no es objetivo de esta sección detallar todos los efectos de cada operación sobre la concentración en todos los mercados analizados por la CNDC, cabe mencionar que ésta ha aprobado, sin condicionamientos, operaciones de F&A que involucran mercados relevantes (definidos instrumentalmente por sustitución de la demanda), incluso cuando la participación de mercado (en las clases terapéuticas involucradas, al nivel 3 del IMS) post-operación de las empresas notificantes estuviese cercana al 60% y/o cuando el HHI

²³ Dictamen 535 (9/2/2006) - SANOFI-AVENTIS. Dictamen 557 (15/12/2006) - ROEMMERS S.A.C.I.F., NOVA ARGENTINA S.A. Y BRISTOL - MYERS SQUIBB ARGENTINA S.R.L. Dictamen 767 (9/12/2009) - PRODUCTOS ROCHE S.A.Q.e I., F. HOFFMANN-LA ROCHE LTD, ROCHE DIAGNOSTICS GMBH, INVESTI FARMA S.A. Y NOVA ARGENTINA S.A. Dictamen 798 (3/6/2010) - MARAUSTRALIS S.A., KIMBELL S.A., ICN DUTCH HOLDING BV. Dictamen 874 (18/5/2011) - SCHERING-PLOUGH CORPORATION Y MERCK & CO. INC. Dictamen 922 (20/3/2012) - ASTRAZENECA AB, ASTRAZENECA S.A. Y LABORATORIOS RONTAG S.A.

²⁴ En los casos Schering Plough-Merck y AstraZeneca-Rontag, la CNDC simplifica la descripción del mercado relevante omitiendo la sustitución por el lado de la oferta, posiblemente por la naturaleza de las operaciones (es decir, se concentra directamente en el Nivel 3 del IMS).

superase los 4.000 puntos (y pese a que el incremento en el HHI hubiera resultado superior a los 200 o aún a los 400 puntos).²⁵

Por otro lado, en todos los casos de F&A entre laboratorios analizados por la CNDC, ésta juzgó que no había riesgo competitivo ante el incremento en la participación de mercado resultante, por lo cual cabe inferir que tampoco juzgó que hubiera un problema de insuficiente competencia en la industria antes de cada fusión (ciertamente, en las F&A se evalúa *el cambio* en el problema competitivo, pero la probabilidad de aceptación de una mayor concentración por parte de una autoridad *antitrust* es típicamente nula cuando el problema competitivo ya existe desde el inicio dado que éste podría agravarse o solidificarse con una mínima concentración adicional).

Cabe notar que en los otros casos domésticos citados en este documento (cementeras y empresas de oxígeno líquido) no existían dictámenes de F&A previos a las sanciones por cartelización en los cuales se hubiera concluido sobre la ausencia de riesgos competitivos en tales industrias.²⁶ En el caso de los medicamentos, por el contrario, existen numerosos dictámenes de la CNDC en los que no ha encontrado motivos para prohibir o siquiera condicionar F&A que sí significaron incrementos importantes de concentración en los mercados relevantes (al nivel 3 del IMS) –aún cuando éstos ya estuvieran altamente concentrados– y en los cuales la CNDC incluso expuso la suficiencia de un análisis parcial sin considerar en profundidad la sustitución por el lado de la oferta (que llevaría a una definición más amplia del mercado relevante, eventualmente incluyendo a toda la industria), ya que con tal análisis no se hallaron riesgos anticompetitivos derivados de las operaciones de F&A evaluadas.

1.3.3. *Innovaciones regulatorias post-2002 e implicancias / preguntas emergentes*

Más allá de la definición del mercado relevante al nivel 3 (o similar) del IMS, corresponde destacar que en la Argentina existe una alta facilidad de “sustitución por el lado de la oferta”, particularmente clara y fuerte a partir de los cambios normativos verificados desde el año 1992 con la aprobación del decreto 150 (estableciendo procedimientos sumamente transparentes y ágiles para la aprobación de nuevos medicamentos por parte de la ANMAT) y luego ampliados en el año 2002 con la Ley de Genéricos). Además, y aunque no se dispone de datos oficiales que lo cuantifiquen, la fracción del mercado que corresponde a productos con protección patentaria sería muy baja.²⁷

²⁵ Ver dictamen 535 (Sanofi – Aventis), clase terapéutica B01B – Heparinas (p.25); dictamen 557 (Grupo RMM – BMS), clase terapéutica J01C – Penicilinas de amplio espectro (p.23); y dictamen 798 (Grupo RMM – Valeant), clase terapéutica S02C – Corticoides óticos combinados con anti-infecciosos (p.74).

²⁶ Si bien la CNDC debió intervenir en dos operaciones de F&A en la industria del cemento, en estos casos no debió avanzar en una caracterización competitiva del sector ya que tales operaciones no implicaban concentración horizontal en el mercado relevante, ver Dictámenes 512 (11/10/2005) - CAMARGO CORREA S.A., LOMA NEGRA CIASA Y HOLDTOTAL S.A. y 578 (12/12/2006)- CEMENTOS PORTLAND VALDERRIVAS S.A., MARIA MUNNE ARNABAT (PORTLAND S.L.) Y CORPORACION UNILAND S.A.

²⁷ Ver de la Puente et al. (2009). Estos autores señalan que el número de productos con principios activos exclusivos oscilaba en 2007 entre un 3% y un 10%. Así, dado que algunos de estos principios exclusivos podrían no estar protegidos por patentes (pero todos los que sí están protegidos por patentes son exclusivos), los autores estiman razonable aproximar en un 5% el número de productos con protección patentaria.

Tomando en cuenta la naturaleza tecnológica y los cambios normativos verificados en la Argentina en las últimas décadas, todos los sub-mercados (o mercados relevantes, utilizando el Nivel 3 de IMS para su consideración más segmentada) contienen los siguientes elementos que favorecen una competencia efectiva:

1. la producción a pequeña escala prolifera con historias de éxitos rotundos en el pasado (en el dictamen aprobatorio de la Operación Bayer-Roche, la CNDC destaca que el número de oferentes creció partiendo de más de 200 laboratorios en el año 2.000 hasta llegar a 400 laboratorios en el 2004 como resultado de los cambios normativos iniciados en el año 2002);
2. no hay trabas logísticas significativas (existen varias alternativas de distribución –4 distribuidoras especializadas en medicamentos, pero también la posibilidad de compartir otros distribuidores de productos de tocador, no éticos, etc.–, los insumos básicos de producción –drogas, envases, etc.– están fácilmente disponibles, etc.);
3. otros laboratorios ya establecidos en el país (que no producen ni comercializan productos en las clases terapéuticas o mercados relevantes evaluados) podrían ingresar fácilmente ampliando su cartera de productos (ya que se requieren inversiones específicas menores para quien ya tiene una marca reconocida en otros medicamentos de alta penetración en el mercado con los cuales los médicos, farmacéuticos y/o pacientes ya están familiarizados y donde serían reducidas las protecciones patentarias vigentes);
4. la importación de medicamentos es legal y económicamente factible (de manera competitiva y con incidencia eventualmente significativa), no sólo considerando las drogas básicas (insumos) sino tomando en cuenta también la posibilidad de comercializarlos a nivel minorista,²⁸
5. no se requieren inversiones prohibitivas para aumentar la capacidad de producción de laboratorios ya instalados;
6. la tecnología de producción es estándar (y los insumos necesarios están disponibles en forma inmediata y fuera del control de los participantes centrales del mercado);
7. hay bajos costos “hundidos” específicos a la producción de medicamentos individuales (no recuperables ante el abandono de la línea o producto); por ejemplo, los predios necesarios para la instalación de una planta fabril pueden ser reutilizados para otra línea de producción o alquilados y el resto del capital físico adquirido puede ser transportado y vendido en este u otros países); y
8. los costos de inversión (capital) de los laboratorios son –salvo líneas de productos puntuales, como los oncológicos– básicamente comunes, por forma farmacéutica (líquidos, cremas, sólidos e inyectables), a los distintos medicamentos; así, los costos de capital dependen centralmente del nivel total de medicamentos producidos pero son relativamente independientes de la variedad de su cartera.

²⁸ De hecho, existen varios ejemplos de productos comercializados en el país que son producidos en el exterior, como el caso del laboratorio Novo Nordisk que importa todos sus productos, y si bien tal posibilidad no es necesariamente inmediata o irrestricta (por lo cual los medicamentos son caracterizados como productos no transables o imperfectamente transables), sí establece una referencia o potencial salvaguarda de competitividad en el mediano y largo plazos.

1.4. Experiencia internacional antitrust en la industria farmacéutica (EE.UU. y Europa)

En los países desarrollados, en los cuales las marcas comerciales gozan de protección patentaria y la competencia intra-mercado (definido por sustitución de la demanda) ocurre entre laboratorios originadores y (cuando la protección patentaria expira) entre éstos y los laboratorios de genéricos, la industria farmacéutica ha sido objeto de múltiples investigaciones por prácticas anticompetitivas, tanto individuales (abuso de posición dominante) como coordinadas (acuerdos colusivos o cartelización). Además, en el contexto de una marcada tendencia a la concentración vía F&A durante las últimas dos décadas, esta industria también ha sido objeto de numerosas investigaciones y conflictos entre empresas y organismos *antitrust* respecto del impacto competitivo de múltiples operaciones de F&A examinadas por dichos organismos.²⁹

Las conclusiones salientes de esta experiencia son las siguientes.

Experiencia en EE.UU.

La FTC ha desafiado numerosas F&A entre laboratorios alegando que las mismas provocan una monopolización, obteniendo confirmaciones judiciales que ordenan devolver o re-vender productos adquiridos (*divestiture*), e incluso en algún caso también devolver beneficios obtenidos por medio de precios abusivos resultantes de las operaciones de F&A realizadas.³⁰

Cabe notar que en la decena de casos de monopolización por F&A descriptos por la FTC (2012), los cuestionamientos son realizados examinando productos con patentes vigentes (y con fuertes restricciones por lo tanto al ingreso de nuevos competidores) y que en caso de estar bajo el control de una misma empresa llevarían los *market shares* del líder por encima del 30%; pero más importante aún provocarían una reducción en el número de oferentes por debajo de 5 (esto es, el C4 hubiera alcanzado un valor igual a 100%), habiéndose cuestionado obviamente también situaciones donde los *market shares* son mucho mayores al 35% y donde los índices de concentración C3 ó C2 ó C1 también hubieran alcanzado el 100%). También es destacable el desafío de operaciones que significaban la adquisición de un único competidor potencial (que se encontraba desarrollando un producto sustituto) del adquirente.

Sobre este último punto (eliminar la competencia potencial), la FTC (2012) también detalla un número mucho mayor de casos disputados judicialmente en los cuales se habrían realizado “acuerdos para no competir”, básicamente demorando el ingreso de genéricos (contra pagos multimillonarios realizados a los laboratorios que se aprestaban a ingresar por parte de los dueños de los productos originales cuyas patentes habían expirado o estaban próximas a caducar), también llamados “*pay-for-delay*”.

También es destacable que la FTC (2012) no liste casos en los cuales los laboratorios hubieran participado de acuerdos de precios, al tiempo que sí hay un caso listado por la FTC en el cual se acusa a un laboratorio (Sandoz) de realizar ventas atadas (de medicamentos y servicios médicos provistos por una unidad vertical del mismo).

²⁹ Ver FTC (2012) y EU (2009), donde se presentan revisiones de las acciones *antitrust* en EE.UU. y Europa durante las últimas dos décadas aproximadamente.

³⁰ Ver FTC (2012), caso Ovation Pharmaceuticals, Inc., FTC File No. 0810156, p.3.

Experiencia en Europa

En varios casos de F&A analizados por la Comisión Europea durante los últimos 15 años, los mercados relevantes se han definido siempre a nivel nacional y típicamente en base al Nivel 3 del IMS, aunque en casos en los que consideró necesario distinguió entre segmentos ético y popular, y entre ventas minoristas y ventas institucionales (a hospitales, etc.). En varias circunstancias, las operaciones consideradas contuvieron medicamentos que en alguno o varios de los países alcanzados tenían protección patentaria vigente o recientemente terminada. Las concentraciones que no alcanzaron el 50% de participación conjunta han sido aprobadas y desconocemos que hubieran sido cuestionadas operaciones que involucren participaciones conjuntas inferiores a 30%.

La Comisión Europea, en situaciones puntuales, aceptó sin condicionamientos concentraciones donde la participación de mercado post-Operación resultó ser, en algunos mercados relevantes, superior al 70% (por ejemplo, en el caso Comp/M.3751 – Novartis/Hexal aprobado en mayo de 2005, en el cual la participación conjunta de las empresas fue superior al 70% en el mercado H4A de Alemania, al 55% en el mercado L4A de Latvia, al 60% en el mercado M2A de Lituania, etc.).

En lo que respecta a prácticas anticompetitivas, la Comisión Europea (2009) describe la experiencia europea en el contexto de una investigación de mercado preliminar iniciada en 2008, que incluye observaciones críticas (y respuestas de la comisión) de más de 70 *stakeholders* (laboratorios originadores y genéricos, abogados, asociaciones de empresas y consumidores, académicos, etc.).

Aquí también, al igual que en EE.UU., se destaca como práctica anticompetitiva más preocupante el retraso del ingreso de los productos genéricos como resultado de acuerdos para no competir o por estrategias de los laboratorios originadores para demorar tal competencia (por ejemplo, vía la introducción de patentes secundarias previo a caducar la patente original, restando así espacio para el ingreso de un productor del genérico del producto original que es reemplazado por el laboratorio incumbente, también llamadas “*defensive patenting*”). También se reconoce la necesidad de agilizar los procedimientos legales y regulatorios para resolver esta cuestión (entre otras cosas, unificando en una única legislación y práctica comunitaria las existentes en los países miembros de la Comunidad Europea) y que no todos los casos de acuerdos entre laboratorios originadores y genéricos, ni de patentes secundarias, tienen como objeto o efecto retrasar la competencia o extender el monopolio en el tiempo (siendo necesario un estudio caso por caso para concluir al respecto).

En este documento de la Comisión Europea, por otra parte, hay muchos datos interesantes, tanto respecto del mayor precio de los medicamentos con patentes vigentes en USA que en Europa (sin cuantificar ni detallar), como de la existencia del debate sobre el rol de los médicos en la prescripción de medicamentos (y la validez de los gastos promocionales y esfuerzos de información de los laboratorios hacia éstos), sobre la importancia de los gastos en marketing y producción de los laboratorios (que son denominados como los mayores bloques de costos *vis-à-vis* R&D –investigación básica, tests médicos, etc.–, aunque sin cuantificar), o sobre del impacto del ingreso de productos genéricos sobre los precios en el mercado (ingresan en un nivel 25% inferior al del laboratorio incumbente en el primer año y la reducción llega al 40% en el segundo año, al tiempo que los *market shares* del entrante alcanzan el 30% al año y el 45% a los dos años).

Por último, el documento de la Comisión Europea enumera varios casos de prácticas anticompetitivas de los laboratorios investigadas por las autoridades nacionales de los países miembros, como por ejemplo la discriminación de precios por canales de venta (menores precios mayoristas a los hospitales y mayores precios a las farmacias), bloqueo del acceso a insumos básicos por parte de los competidores genéricos ingresantes, o la manipulación de procedimientos administrativos para evitar el ingreso de competidores.

Reflexión aplicable a este informe a partir de la experiencia internacional

Teniendo en cuenta la experiencia internacional, no debería ser sorprendente que los laboratorios (como cabría esperar de cualquier empresa que actúe en mercados donde la competencia es imperfecta y existen altas cuasi-rentas potenciales y, al mismo tiempo, son desafiables –al menos al expirar o en caso de no existir protección patentaria de sus productos específicos y quedar así expuestas a la competencia de productos altamente sustitutos–) adopten frecuentemente conductas anticompetitivas, ilegales, de distinto tipo, como por ejemplo la discriminación de precios, el aumento de los costos de sus rivales, intentos de monopolización adquiriendo competidores actuales o potenciales, etc., en las cuales pueden actuar de manera individual o coordinadamente. En efecto, más generalmente, también es factible que existan acuerdos de cartelización que les permitan aumentar sus precios y beneficios (o demorar su reducción) vía negociaciones que demoren la competencia, fijen precios, dividan mercados, etc.

Sin embargo, buena parte de dichas prácticas están íntimamente ligadas a la existencia de límites actuales o potenciales a la desafiabilidad del mercado, en particular verificados en presencia de una extendida protección patentaria u otros mecanismos regulatorios vigentes que restrinjan significativamente la comercialización de productos sustitutos de cualquier producto existente en el mercado.

En este contexto, también cabe notar la implementación de políticas pro-competitivas que facilitan la aprobación de medicamentos mediante un procedimiento abreviado a través de la comparación con productos similares o bioequivalentes ya aprobados por la autoridad sanitaria. En nuestro país, entre otras regulaciones aplicables a la comercialización doméstica de todos los productos (receta por nombre genérico en vez de marca comercial, por ejemplo), se destacan el decreto 150/92 y la ley 24.766 que dotaron de mayor agilidad al otorgamiento de los registros sanitarios para la comercialización de medicamentos similares o bioequivalentes a los ya autorizados por la ANMAT o por autoridades sanitarias de países considerados de alta vigilancia sanitaria.

En tan sentido, el caso argentino, en el cual la competencia potencial (por parte de terceros laboratorios que aún no están activos en una clase terapéutica particular o siquiera están presentes en el país) no está en general supeditada a la existencia de patentes vigentes por parte de los medicamentos ya comercializados domésticamente y donde en la última década, además, se ha agilizado enormemente la autorización para la comercialización de nuevos productos y la sustitución de medicamentos vía la Ley de Genéricos, el espacio para la existencia de estas prácticas anticompetitivas es mucho menor. Eso no puede llevar a concluir *per se* que las mismas no existan de manera individual y en contadas situaciones, ni tampoco incluso que las mismas fueran insignificantes o admisibles. Pero, por otro lado, ciertamente se requiere para su verificación de manera relevante que todos los laboratorios que actúan en el país compartan un “código de convivencia” en el cual las prácticas individuales abusivas se toleran en pos de un beneficio compartido más significativo, esto es, un ambiente menos competitivo que permita a todos sus miembros obtener beneficios más elevados que los

que podrían aspirar en un contexto más competitivo (en el cual las prácticas anticompetitivas entre laboratorios fueran denunciados por los laboratorios afectados).

Así, el análisis *antitrust* más relevante a realizar en el caso argentino tiene que ver con la determinación de la eventual existencia de acuerdos colusivos o de cartelización del sector. De hecho, esto queda reflejado en los antecedentes de disputas legales del sector, donde se observa una reducida cantidad de conflictos judiciales / *antitrust* entre laboratorios (con laboratorios beneficiarios y laboratorios perjudicados por prácticas anticompetitivas individuales).³¹ En efecto, tomando en cuenta la alta dispersión de la oferta de medicamentos a nivel global (industria) en la Argentina y ante una protección patentaria escasamente extendida y ausencia de otras posibles fuentes de barreras a la entrada de nuevos competidores, parece necesaria la existencia de una acción compartida o coordinada como requisito básico de cualquier práctica anticompetitiva eventual (al menos de manera significativa, relevante y sostenible en el tiempo).

1.5. Factores que facilitan o dificultan la colusión en la industria de medicamentos en Argentina

En función de los factores detallados en la Sección 1.2, se puede caracterizar cualitativamente la factibilidad de competencia / colusión entre los laboratorios que operan en la Argentina según las características de esta industria (y en contraste con otros sectores como el del oxígeno y el cemento en las cuales la CNDC aplicó multas por cartelización). Así, la colusión entre laboratorios en el mercado argentino (examinada al nivel 3 del IMS) estaría *a priori* facilitada por:

- una alta concentración de la oferta (cuando ello es así);
- la propiedad cruzada entre competidores (cuando ello es así);
- la regularidad y alta frecuencia de ventas (pequeñas);
- la ausencia de poder de compra de los clientes (al menos en el segmento de farmacias);
- el fuerte crecimiento de la demanda post-2002 (aunque el mismo coexistió con una fuerte capacidad ociosa luego de la contracción de la demanda en dicha crisis, que neutralizaría tal efecto, en un análisis de más largo plazo);
- los contactos entre laboratorios en múltiples mercados (clases terapéuticas);
- la escasa capacidad excedente de producción; y
- una alta visibilidad de ciertas acciones competitivas (precios y cantidades vendidas en el canal no institucional, informados públicamente por el Manual Farmacéutico e IMS, respectivamente).

Y resulta poco probable por:

³¹ Conocemos un único caso *antitrust* entre laboratorios, en el cual CILFA denuncia a Merk Sharp & Dohme por infracción de la Ley de Defensa de la Competencia (específicamente, por realizar prácticas predadoras para excluir al laboratorio Richmond del mercado de la droga antirretroviral Indinavir) en agosto de 2000, que fue ordenado a archivo por la Secretaría de Comercio Interior en enero de año 2013. Por otro lado, han habido litigios vinculados con patentes y con datos de prueba para obtener autorizaciones de comercialización.

- la ausencia de restricciones significativas a la entrada (éstas son mucho menores que en el pasado y resultan mínimas en ausencia de patentes vigentes en gran parte del mercado, máxime considerando *cross-entry* a clases terapéuticas donde los laboratorios activos en el país actualmente están ausentes);
- la inestabilidad del contexto (hubo frecuentes *shocks* exógenos a las decisiones de los laboratorios –tanto la crisis 2001-2002 como la Ley de Genéricos, las intervenciones regulatorias informales post-2006, etc.– que debieron muy probablemente haber desembocado en penalizaciones por error, rompiendo cualquier acuerdo colusivo hipotético);
- la heterogeneidad de los productos (aumentando el costo de auditar el cumplimiento de cualquier tipo de acuerdo);
- la asimetría entre laboratorios de distinto tamaño y objetivos (provocando distintos incentivos a desviarse por parte de los distintos miembros del hipotético cartel); y
- la escasa visibilidad de las acciones competitivas distintas de los precios (los esfuerzos comerciales son información privada y no se aplican cláusulas de mejor precio).

Vale la pena notar que la existencia de cámaras empresariales, y de ciertos acuerdos entre empresas competidoras por su intermedio, no constituye un elemento característico o distintivo de acuerdos colusivos. En efecto, en prácticamente todas las industrias, internacionalmente, existen cámaras (o gremios) donde se asocian las empresas que compiten entre sí, ya sea se trate de actividades económicas con competencia limitada (distintos servicios públicos) o fuerte (indumentaria, alimentos, etc.). Asimismo, la existencia de alianzas estratégicas entre laboratorios respecto del desarrollo de nuevos productos, coproducción o *comarketing* no denotan acuerdos colusivos si su objetivo es fortalecer la posición competitiva de los laboratorios participantes y si éstos no gozan en conjunto de una posición dominante en los mercados involucrados.

Por otra parte, en la experiencia específica del mercado farmacéutico argentino, los acuerdos entre laboratorios para realizar diversos descuentos a aseguradoras de salud (obras sociales, PAMI, empresas de medicina prepaga, etc.), instrumentados por medio de distintos mecanismos, no representa en absoluto la existencia de un acuerdo sobre los precios que dichos laboratorios deciden fijar en forma individual (al menos, si no se demuestra que dichos precios, u otras características de sus productos, son acordadas también).

En tal sentido también, debe notarse que los precios minoristas territorialmente uniformes publicados por Kairos y el Manual Farmacéutico denotan valores sugeridos (y utilizados para computar los descuentos de las obras sociales y empresas de medicina pre-paga), pero su aplicación por parte de las farmacias no es auditada por los laboratorios, de manera que aquéllas tienen libertad para aplicar precios menores o mayores según quieran hacerlo. De este modo, las listas de precios no pueden interpretarse como un elemento de control vertical de precios que facilite la colusión entre los laboratorios.

Sección 2: Información de laboratorios a nivel agregado

En las secciones 2 y 3 se realiza un análisis del grado de competencia a nivel de laboratorios en Argentina para el período cubierto por los años 2001 a 2011, desde tres aproximaciones diferentes. El primer enfoque se concentra en el examen de la evolución de los laboratorios en el mercado de medicamentos (Sección 2.2). El segundo enfoque toma como referencia una definición de mercado relevante bajo el principio de sustitución por el lado de la demanda (específicamente, las clases terapéuticas a nivel 3 del IMS) y analiza la evolución de los laboratorios líderes en las 130 clases terapéuticas dentro de los 5 grupos terapéuticos de mayor facturación (ver Cuadro 3 a continuación). Se adoptó como criterio de selección de la muestra de laboratorios líderes a aquéllos que fueron *top five* en el ranking de facturación en al menos un año durante el período 2003-2011, un total de 7 laboratorios (Sección 2.3). El tercer enfoque también toma como referencia una definición de mercado relevante según la sustitución por el lado de la demanda –las 130 clases terapéuticas dentro de los 5 grupos terapéuticos estudiados– y realiza un conjunto de ejercicios tendientes a evaluar la existencia de conductas anticompetitivas (Sección 3). Vale decir, mientras que en la Sección 2.3 se seleccionan los laboratorios de mayor facturación y se los sigue en las distintas clases terapéuticas, en la Sección 3 se seleccionan las clases terapéuticas y se sigue el comportamiento individual de todos los laboratorios.

2.1. Aclaraciones sobre la información utilizada

La información utilizada en las secciones 2 y 3 del documento proviene de IMS. Según se detalla en el Anexo A, la base de datos contiene el ranking de laboratorios para el período 2001-2011, e información referida a laboratorios y productos comercializados por éstos durante el período 2001-2011 para todas las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS dentro de los grupos terapéuticos A (Sistema Digestivo y Metabolismo), C (Sistema Cardiovascular), J (Anti-infecciosos en general para uso sistémico), M (Sistema Músculo-esquelético) y N (Sistema Nervioso). El Cuadro 3 muestra la información básica (130 clases terapéuticas en total) y su representatividad (67,5% de la facturación total en el año 2011). En ambos casos, la información de IMS está separada en tres sub-períodos, según la guarda en sus archivos: 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011.

Cuadro 3. Número de clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS y facturación total, dentro de los Grupos Terapéuticos A, C, J, M y N. Datos del año 2011.

	Número de clases terapéuticas	Facturación (en millones de \$)
A: Sistema Digestivo y Metabolismo	43	3.975,2
C: Sistema Cardiovascular	28	4.283,9
J: Anti-infecciosos en general para uso sistémico	29	1.635,5
M: Sistema Músculo-esquelético	9	2.119,5
N: Sistema Nervioso	21	3.855,1
Total analizado	130	15.869,2
Total medicamentos (IMS)		23.497,7
Representatividad		67,5%

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Cabe notar que IMS actualiza constantemente la última base de datos según las operaciones que se realizan en el mercado (F&A principalmente), corrigiendo

retrospectivamente la información de dicha base. En lo que respecta a la información recibida, esto implica que se pueden comparar los datos entre los años de un sub-período (esto es, que dichos cambios no obedecen a F&A que alteren la propiedad de las distintas marcas comerciales sino a cambios en las ventas de éstas), pero no necesariamente entre años de distintos sub-períodos.

Así, si un laboratorio compró otro laboratorio o un producto de otro laboratorio entre 2008 y la actualidad, una vez que IMS actualiza dicha operación en su base de datos (que es notificada por el laboratorio en algún momento, que en general coincide con la operación, y no necesariamente con su aprobación por parte de la CNDC si ésta debió ser notificada), el laboratorio adquirido desaparece y los productos son asignados al laboratorio adquirente, o el producto adquirido aparece como propiedad del nuevo laboratorio, en toda la historia del sub-período (por ejemplo, en la clase N05A, el producto Vegestabil de Sandoz, objeto de compra por parte de Investi, está actualmente asignado por IMS a este segundo laboratorio). Pero como los sub-períodos anteriores no están actualizados, estos cambios solamente se reflejan a partir del sub-período en el que ocurrió la operación. Así, si un laboratorio o producto fue comprado por otro laboratorio en algún año entre 2003 y 2007, aparece con el nombre original en el sub-período 2001-2002, pero desaparece en los siguientes sub-períodos. Por ejemplo, el laboratorio Pharmacia fue adquirido por Pfizer post 2002, de modo que aparece como tal en la base de datos 2001-2002, pero luego es absorbido por Pfizer en las siguientes bases de datos. En cuanto a los productos, la situación es similar: por ejemplo, el producto Vegestabil de la clase N05A estuvo asignado a Labinca en el período 2001-2002, luego pasó a estar asignado a Sandoz en el período 2003-2007 y posteriormente a Investi en el período 2008-2011.

Estas actualizaciones de IMS tienen ventajas y desventajas a la hora de utilizar la información de la base de datos. Por un lado, dentro de un sub-período, como cada producto está asignado al laboratorio más actualizado (actualmente en la última base, o en 2002 ó 2007 según las otras dos bases), las variaciones de *market share* de los laboratorios dentro de un sub-período son variaciones que no están contaminadas por “saltos” resultantes de compras o ventas de productos. Pero, por otro lado, el *market share* de un laboratorio en un año de un sub-período no se puede comparar directamente con su *market share* en un año de otro sub-período, porque éste puede verse alterado por altas o bajas de productos. Sin embargo, cuando se analice la información por mercado relevante a Nivel 3 del IMS (Sección 3), esta limitación será superada corrigiendo manualmente el laboratorio al cual pertenece un producto (porque se puede seguir al producto y se puede replicar la corrección que hace IMS producto por producto).

Una segunda observación respecto de la base de datos de IMS es que no tiene en cuenta si un laboratorio es una unidad individual o pertenece a un grupo económico que incluya otros laboratorios. Naturalmente, los actores económicos relevantes en el mercado son los distintos grupos económicos y no los laboratorios individuales (si las decisiones de algunos de éstos responden a los primeros). Sin embargo, más allá de conocer algunos ejemplos puntuales, no contamos con la información suficiente como para determinar de manera completa cuáles laboratorios forman parte (y desde cuándo) de un mismo grupo económico, en el cual existe control accionario unificado. En consecuencia, mantendremos el análisis a nivel de laboratorios, implícitamente suponiendo que cada uno de ellos representa un actor económico independiente durante todo el período analizado. De todas maneras, entendemos que esta omisión no tiene efectos relevantes o significativos en el análisis realizado porque: (i) a nivel de laboratorios, el grado de concentración suponiendo que los laboratorios líderes son un 50% más grandes (al formar

parte hipotéticamente de grupos económicos que incluyeran también a laboratorios no-líderes) no cambia sustancialmente (ver Sección 2.2); y (ii) a Nivel 3 del IMS, los laboratorios que podrían pertenecer a un mismo grupo económico no aparecen sistemáticamente entre los primeros laboratorios en las clases terapéuticas analizadas.³²

2.2. Evolución del mercado de medicamentos - Laboratorios

Según se discutió en la Sección 1, bajo el supuesto de plena (o suficientemente fuerte) sustitución por el lado de la oferta la definición del mercado relevante debería incluir todas las ventas del total de laboratorios activos en el país, al tiempo que la supuesta ausencia de tal tipo de sustitución conduce a definiciones más acotadas del mercado relevante, limitadas a la sustitución por el lado de la demanda.

En tal sentido, y a los fines de realizar un análisis completo e ilustrativo de las implicancias de estos supuestos extremos sin tener que definir cuál sea el grado de sustitución por el lado de la oferta, esta sección describe la evolución de los principales laboratorios bajo la definición amplia de (un único) mercado relevante, mientras que la sección 2.3 y la Sección 3 hacen lo propio para una definición más acotada, siguiendo el criterio de sustitución por el lado de la demanda.

El Cuadro 4 a continuación presenta la información sobre unidades y valores de productos farmacéuticos comercializados en el año 2011, un detalle del *market share* de los primeros 20 laboratorios y una síntesis de agrupaciones de laboratorios. Si bien se reportan unidades y valores, la comparación entre ellos se suele hacer en valores (pesos), sobre todo si los productos son heterogéneos.³³ El Cuadro A.1 del Anexo complementa esta información para los años 2001, 2003 y 2006.

La industria de medicamentos en su conjunto facturó \$ 23,5 mil millones en el año 2011, equivalente a 1,3% del PBI (sin hacer ajustes de valor agregado en el sector). La participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) no alcanza el 9%, el indicador C4 es de 22% y el HHI ronda los 300 puntos contabilizando laboratorios individuales.³⁴

³² La existencia de grupos económicos y su composición surge, en algunos casos, de los dictámenes de la CNDC –por ejemplo, Pfizer y Warne Lambert (dictamen 927), Roemmers, Investi, Nova Argentia y Poen (dictámenes 557 y 798), y Novartis, Sandoz y Alcon (dictámenes 243 y 976), y en otros casos de otras fuentes públicas, pero de todas formas nos es imposible realizar este tipo de segmentación con un alcance general a todo el mercado. Cabe notar, como reaseguro de la validez de nuestro análisis en base laboratorios y no grupos económicos, que en ninguna de las clases terapéuticas analizadas explícitamente en la Sección 3 (segmentos de alta facturación independientemente de la concentración y segmentos concentrados de baja facturación) dos o más laboratorios que –según la información disponible– podrían pertenecer a un mismo grupo económico se encuentran entre los principales competidores. Por otra parte, los resultados generales de la Sección 3 tampoco se verán modificados si existiera algún caso omitido –de baja facturación y baja concentración– en el cual eventualmente sí pudiera existir una participación conjunta de dos o más laboratorios pertenecientes a un mismo grupo económico.

³³ El término “unidades” se refiere a envases (cajas) que contienen determinadas cantidades de producto (comprimidos, cápsulas, etc.) para un tratamiento adecuado. Dichas unidades son homogéneas en cuanto a la indicación o utilización terapéutica, pero no son homogéneas en cuanto a la presentación o contenido por envase ni entre clases terapéuticas.

³⁴ Como se mencionó en la Sección 2.1, estos indicadores pueden subestimar la concentración real en el mercado. Así, por ejemplo, el *market share* del Grupo Roemmers (Roemmers, Investi, Nova Argentia, Poen y Millet-Frankin) fue de 13% en 2011. También, el HHI sólo sumaría

Tanto la participación del laboratorio líder como de los primeros 4 (C4) han oscilado entre 2001 y 2011, aumentando un poco más de 1% entre puntas. El indicador de concentración HHI hizo lo mismo, aumentando de 261 en 2001 a 289 en 2011 (ver Figura 1).³⁵

Cuadro 4. Mercado de medicamentos. Unidades y valores de primeros 20 laboratorios y de subconjuntos de laboratorios (1-4, 5-20, 21-50 y resto), indicadores de concentración (C4 y HHI) y precio promedio del sector. Año 2011.

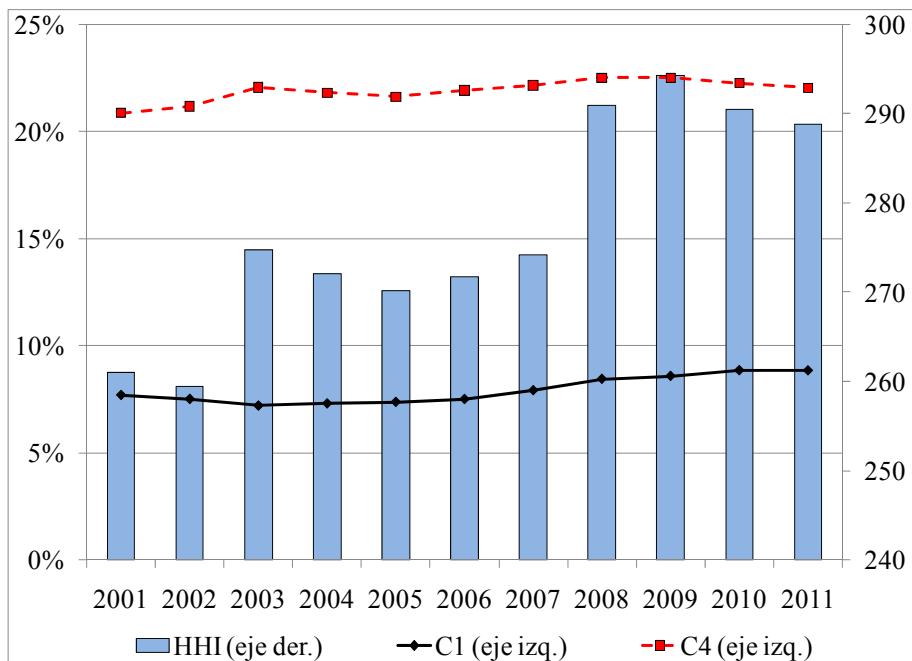
	Unidades 2011 (millones)	Valores 2011 (millones de \$)
Total laboratorios	649,2	23.497,7
ROEMMERS	7,9%	8,8%
BAGÓ	4,2%	4,7%
BAYER	7,4%	4,3%
ELEA	4,5%	4,2%
GADOR	4,0%	3,9%
PFIZER	3,6%	3,7%
CASASCO	2,4%	3,4%
MONTPELLIER	3,5%	3,3%
RAFFO	2,3%	3,3%
IVAX ARGENTINA	2,1%	3,3%
BALIARDA	2,5%	3,1%
PHOENIX	1,7%	2,8%
SANOFI AVVENTIS	1,4%	2,6%
INVESTI	2,4%	2,5%
GLAXOSMITHKLINE PH	1,5%	2,4%
NOVARTIS PHARMA	1,4%	2,4%
BOEHRINGER ING	2,7%	2,2%
BERNABO	2,2%	2,1%
ANDROMACO	2,6%	1,9%
BETA	0,9%	1,7%
C4 (laboratorios 1 a 4)	24%	22%
Laboratorios 5-20	37%	45%
Laboratorios 21-50	25%	23%
Resto Laboratorios	14%	10%
HHI	291	289
Precio "promedio ponderado"		36,20

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS. Ver Cuadro A1 en el Anexo para un detalle de años 2001, 2003, 2006 y 2011.

aproximadamente 150 puntos (de 289 a 435) si, hipotéticamente, los 5 laboratorios de mayor tamaño tuvieran cada uno una participación de mercado un 50% mayor, obtenidas en todos los casos de los laboratorios más pequeños.

³⁵ Los saltos en el indicador HHI en 2002-2003 y en 2007-2008 que se observan en la figura obedecen centralmente a la utilización de las distintas bases de datos de IMS, pero en todo caso son cuantitativamente irrelevantes al notar que implican saltos de menos de 20 puntos en ambos casos.

Figura 1. Evolución de los indicadores C1, C2 y HHI para el total de medicamentos. Período 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Estos datos parecen sugerir que las participaciones de mercado de los principales laboratorios, especialmente los laboratorios 2 a 4, han permanecido estables. Sin embargo, el Cuadro A.1 del Anexo muestra que la identidad de los laboratorios de mayor facturación ha cambiado, de modo que sus participaciones individuales también lo hicieron. Por ejemplo, Bagó se mantuvo en el puesto 2 entre 2001 (4,9% de *market share*) y 2011 (4,7% de *market share*), aunque oscilando entre años (tercero en 2003 y 2006). Bayer era número 10 en 2001 (2,8%) y fue número 3 en 2011 (4,3%) luego de haber sido número 2 en 2003 y 2006 (superando el 5% de *market share*); Elea era número 28 en 2001 (1,3%) y fue número 4 en 2011 (4,2%). Gador era número 6 en 2001 (3,2%) y quedó como número 5 en 2011 (3,9%). Novartis Pharma era número 4 en 2001 (3,4%) y número 16 en 2011 (2,4%). Pharmacia era número 5 en 2001 (3,3%) y actualmente no existe (fue adquirido por Pfizer, número 6 en 2011).

2.3. Los principales laboratorios

Tal como se mencionó previamente, la definición del mercado relevante bajo el supuesto de sustitución por el lado de la demanda lleva a considerar mercados que incluyan medicamentos que pudieran ser sustitutos terapéuticos entre sí según los criterios médicos específicos aplicados a cada situación. En el resto del documento, y por los motivos discutidos antes, utilizamos la clasificación de clases terapéuticas a nivel 3 del IMS, mercado total.³⁶

³⁶ En circunstancias poco frecuentes podría ser recomendable definir la extensión del mercado relevante al nivel 2 o al nivel 4 del IMS, limitando o no la inclusión de medicamentos con venta bajo receta (éticos) o de venta libre. Esta última distinción (segmento ético vs. segmento popular) es considerada en el análisis a Nivel 3 del IMS en la Sección 3.

En ese contexto, para analizar la situación competitiva del segmento *upstream* de medicamentos se realizan dos ejercicios (que corresponden al segundo y tercer enfoque mencionados al inicio de la Sección 2). En primer lugar, se toma como variable de control a los laboratorios líderes (según se detalla a continuación, son 7 laboratorios que han ocupado los primeros 5 puestos del ranking de ventas entre 2003 y 2011) y se analizan sus participaciones de mercado en las 130 clases terapéuticas bajo estudio (Cuadro 3). La idea detrás de este ejercicio –que se lleva a cabo en esta sección– es que un acuerdo colusivo no debería excluir a estos laboratorios, ya que si se realizara entre laboratorios distintos de éstos entonces su desempeño estaría muy limitado por la existencia de fuertes competidores. En segundo lugar, se toma como variable de control a las clases terapéuticas (130) y se analiza la evolución de las variables precio y ventas de todos los laboratorios (en lugar de acotarse solamente a los laboratorios líderes). El objetivo detrás de este segundo ejercicio –que se desarrolla en la Sección 3– es detectar evidencia que respalde o rechace la hipótesis de colusión. Si bien ambos ejercicios son parciales, tomados en conjunto permiten una apreciación suficientemente elocuente sobre el nivel de competencia en el segmento *upstream* de medicamentos.

A continuación se sintetizan los principales resultados que se obtienen de la base de datos del IMS al analizar la situación de los laboratorios más importantes de Argentina. El Cuadro 5 muestra los primeros 5 laboratorios en los años 2003, 2007 (primer y último año del segundo panel de información de IMS), 2008 y 2011 (primer y último año del tercer panel de información de IMS).³⁷ Con esta información, se seleccionaron todos los laboratorios que hayan estado ubicados entre los primeros 5 en dichos años. Éstos son (según su ubicación en el año 2011): Roemmers, Bagó, Bayer, Elea, Gador, Pfizer e Ivax.

**Cuadro 5. Primeros 5 laboratorios de los años 2003, 2007, 2008 y 2011.
Ubicación de otros laboratorios del panel.**

2003		2007		2008		2011	
ROEMMERS	1	ROEMMERS	1	ROEMMERS	1	ROEMMERS	1
BAYER	2	BAGÓ	2	BAYER	2	BAGÓ	2
BAGÓ	3	BAYER	3	BAGÓ	3	BAYER	3
PFIZER	4	IVAX	4	ELEA	4	ELEA	4
IVAX	5	ELEA	5	PFIZER	5	GADOR	5
ELEA	9	PFIZER	7	GADOR	7	PFIZER	6
GADOR	6	GADOR	6	IVAX	6	IVAX	10

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS. Nota: Posición según facturación total en el año respectivo.

Estos 7 laboratorios representan el 33% de la facturación total del año 2011.

A continuación se realiza un seguimiento de todos ellos en el grupo de 130 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de la base de datos referida en el Cuadro 3. El Cuadro 6 muestra que en el período 2008-2011 los 7 laboratorios interactuaron solamente en 5 clases terapéuticas (que representan el 18% de la facturación de 2011 en los 5 grupos terapéuticos analizados). En otras 14 clases terapéuticas participaron 6 (que representan el 34% de la facturación de 2011 en los 5 grupos terapéuticos), en 7 clases terapéuticas participaron 5 (que representan el 13% de la facturación de 2011 en los 5 grupos

³⁷ Asimismo, el Cuadro A.2 del Anexo resume la historia del ranking expandida a los primeros 20 laboratorios en 2001 y 2011.

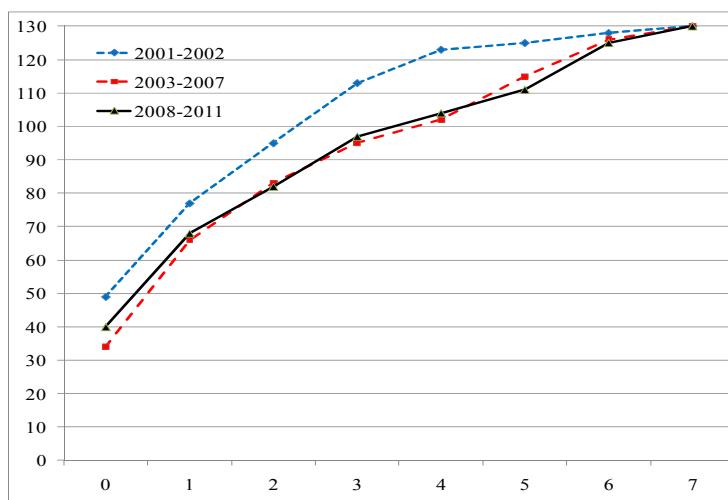
terapéuticos). Por otro lado, en 28 clases terapéuticas solamente uno de ellos tuvo presencia (7% de la facturación de 2011 en los 5 grupos terapéuticos). Por último, en 40 clases terapéuticas ninguno de ellos ha tenido participación alguna en este período (6% de la facturación de 2011 en los 5 grupos terapéuticos).

Cuadro 6. Participación de laboratorios líderes en las 130 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS. Período 2008-2011.

Número de intersecciones	Cantidad de intersecciones (CT a Nivel 3 del IMS)					
	Mercado Total		Segmento Ético		Segmento Popular	
	# de CT	% Facturación 2011	# de CT	% Facturación 2011	# de CT	% Facturación 2011
7	5	18%	5	19%	0	0%
6	14	34%	12	32%	0	0%
5	7	13%	8	15%	1	5%
4	7	7%	7	7%	2	34%
3	15	12%	14	12%	1	5%
2	14	4%	16	4%	3	15%
1	28	7%	26	5%	10	28%
0	40	6%	42	6%	113	13%
Total de clases	130	100%	130	100%	130	100%

La Figura 2 a continuación muestra el valor acumulado de clases terapéuticas según el número de laboratorios que participan en ellas (mercado total). La línea negra corresponde al acumulado de la columna del mercado total del Cuadro 6. La línea azul (rayas cortas) sintetiza la situación correspondiente al período 2001-2002 y la línea roja (rayas largas) corresponde al período 2003-2007. Puede inferirse de la figura que hubo un ingreso neto de los laboratorios (de este grupo de 7 laboratorios) a competir en algunas de las clases terapéuticas de este grupo de 130 considerado.³⁸

Figura 2. Participación de laboratorios líderes en las 130 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – mercado total. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011.



³⁸ Si bien en el período 2001-2002 el número de clases terapéuticas en las que no participó ninguno de estos laboratorios fue 49, en el período 2003-2007 tal número fue 34 y en el período 2008-2011 fue 40, tomando como referencia los tres períodos, el total de clases terapéuticas en las que estos laboratorios nunca participaron fue 29.

2.3.1. Evolución de los 7 laboratorios en las clases terapéuticas entre paneles

Según se señaló en la Sección 1, la forma más operativa de examinar la evidencia empírica es determinar si la misma es consistente o no con la hipótesis de cartelización. En tal sentido, considerando que tal cartelización eventualmente debe tener como miembros participantes a los laboratorios de mayor tamaño en el mercado, la validación (aunque fuera parcial) de tal hipótesis requiere observar la existencia de participaciones de mercado estables de los distintos laboratorios en las clases terapéuticas en las que participan, o bien intercambios cruzados balanceados de sus participaciones respectivas.

Como se verá a continuación en esta sección y en la Sección 3, la evidencia empírica no tiene estas características, sino todo lo contrario.

La evidencia considerada en esta sección informa la presencia y participación de los laboratorios líderes en cada clase terapéutica en distintos momentos del tiempo. Por ejemplo, si bien el laboratorio Roemmers es el laboratorio líder según la facturación total (Cuadro 4), no necesariamente es el laboratorio líder en todas las clases terapéuticas. De hecho, en algunas de ellas puede tener una participación importante (superando el 50% de la facturación) y en otras puede tener una participación marginal (menos de 5%) o inclusive no participar (de hecho, tal es la situación de este laboratorio en más de 80 de las 130 clases terapéuticas analizadas).

Como los tres paneles de datos del IMS (2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011) asignan los productos al laboratorio que los comercializaba al final de cada sub-período, el *market share* de cada laboratorio puede modificarse entre períodos por variaciones propiamente dichas en sus productos o porque el laboratorio compró o vendió productos (ver explicación en la Sección 2.1). Para cada uno de los 7 laboratorios seleccionados, en cada clase terapéutica y para cada sub-período (2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011), se calculó la participación de mercado promedio (en facturación), la máxima y la mínima (ver Cuadros A4.1 a A4.7 del Anexo A). En esta sección se comparan los *market shares* promedio de cada uno de los paneles, con el objeto de analizar si hubo cambios significativos entre sub-períodos, mientras que en la Sección 2.3.2 se realiza un análisis de los *market shares* dentro de cada sub-período. Sólo se examinan en detalle las clases terapéuticas con facturación mayor o igual a \$1,5 millones y aquéllas en las que los 7 laboratorios representan en conjunto más de 40% de mercado en al menos uno de los tres sub-períodos (44 clases terapéuticas), entendiendo que estos laboratorios no estarían en condiciones de llevar a cabo acuerdos colusivos si sus *market shares* fueron relativamente bajos (incluso tomados en conjunto) en todo el período analizado o en mercados de tamaño muy pequeño.

El Cuadro 7 sintetiza la información relevante. Comparando las bases de información 2001-2002 y 2008-2011 hubo entrada neta de los 7 principales laboratorios en 55 clases terapéuticas (63% de la facturación) –en 28 de las cuales su *market share* conjunto superó el 40% en al menos un período– y salida neta en 16 clases terapéuticas (11% de la facturación) –en 3 de las cuales su *market share* conjunto superó el 40% en al menos un período. En otras 30 clases terapéuticas (24% de la facturación) se mantuvo el número de laboratorios (que pueden ser 1 a 7, y no necesariamente los mismos cuando son menos que 7, de forma tal que se está omitiendo una variación de laboratorios al no registrar la identidad de los entrantes y salientes).

Cuadro 7. Número de clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS con ingresos, egresos o número estable de los 7 laboratorios seleccionados

	2001-2011			2003-2011		
	Número de casos	% en la Facturación (Cuadro 3)	De los cuales, M.Sh. de 7 labs >40%	Número de casos	% en la Facturación (Cuadro 3)	De los cuales, M.Sh. de 7 labs >40%
Sin participación	29	2%	-	29	2%	
Ingresos	55	63%	28	18	20%	9
Egresos	16	11%	3	26	18%	7
Mismo número*	30	24%	13	57	60%	28

Elaboración propia en base a Cuadros A4.1 a A4.7. * Puede incluir ingresos iguales a egresos lo que subestima la movilidad de los laboratorios seleccionados en las clases terapéuticas.

Por otro lado, comparando las bases de información 2003-2007 y 2008-2011 hubo entrada neta de los 7 principales laboratorios en 18 clases terapéuticas (20% de la facturación) –en 9 de las cuales su *market share* conjunto superó el 40% en al menos un período– y salida neta en 26 clases terapéuticas (18% de la facturación) –en 7 de las cuales su *market share* conjunto superó el 40% en al menos un período. En las restantes 57 clases terapéuticas (60% de la facturación) se mantuvo el número de laboratorios (nuevamente, teniendo en cuenta que se omite una variación de laboratorios al no registrar la identidad de los entrantes y salientes) –en 28 de las cuales su *market share* conjunto superó el 40% en al menos un período.

Según sea el período que se tome para comparar con la información reciente, vale la pena destacar que en una visión de largo plazo (10 años) hubo entrada neta en los segmentos de mayor facturación, mientras que en una visión de plazo intermedio (3 a 5 años) hubo más estabilidad de laboratorios que entradas o salidas (esto último ocurrió en los mercados de menor facturación).

Este resultado general, donde se verifican entradas y salidas de los laboratorios líderes en diversas clases terapéuticas, va en contra de una hipótesis de reparto de mercados por parte de los laboratorios, en la cual cabría esperar que éstos se especializaran en unos u otros, evitando desafiar de manera permanente.

A modo aclaratorio, los cambios en las participaciones de mercado que se discuten a continuación pueden deberse a mayores ventas de un producto existente o también a que un laboratorio introdujo un nuevo producto o a que un laboratorio compró un producto a otro (en tal caso, si el otro laboratorio es uno de los 7 se verá un cambio en las participaciones de mercado tal que la participación conjunta no cambie significativamente, mientras que si el otro laboratorio es uno distinto de los 7 se verá un incremento en las participaciones de este grupo). Más adelante, en la Sección 3, al analizar cada clase terapéutica, se anulará este último efecto al asignar manualmente los productos afectados por F&A al laboratorio que lo comercializaba en 2011. Así, se utilizan dos enfoques diferentes para analizar la información bajo la hipótesis de colusión dada la forma en que están disponibles los datos.

El Cuadro 8 a continuación presenta las 44 clases terapéuticas (con *market share* conjunto superior a 40% y ventas totales en 2011 superiores a \$ 1,5 millones) en 5 grupos, según la evolución del número de laboratorios líderes participantes y su *market share* conjunto entre los períodos 2001-2002 y 2008-2011.

El primer grupo del Cuadro 8 muestra los casos de clases terapéuticas en las que no participaba ninguno de los 7 laboratorios en 2001-2002 y posteriormente ingresó

solamente uno de ellos (5 clases terapéuticas, que representan 1,0% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En la clase A11G, Bayer comercializa el producto Redoxon que antes comercializaba Roche (que fue el laboratorio número 3 en 2001). Una situación similar ocurre en la clase A11E con el producto Berocca. En la clase A12B, Elea compró el producto Control K a Merck. En la clase C01A Roemmers compró el producto Lanoxin a Medac (que era el segundo producto detrás del Lanicor de Roche) en 2003 y fue ganando participación desde entonces. En la clase N07B Pfizer introdujo el producto Champix en 2007, relegando a Novartis OTC (que comercializa varios productos Nicotinell) al segundo lugar.³⁹ En síntesis, este primer grupo de clases terapéuticas se caracteriza por el ingreso de un sólo laboratorio líder a partir del año 2003, como resultado de compras de productos existentes (dentro de fusiones más amplias) y en casos específicos con la introducción de un producto exitoso (clase N07B).

El segundo grupo del Cuadro 8 muestra las clases terapéuticas en las que el número de laboratorios líderes se mantiene estable (se incluyen dos clases en las que sale un laboratorio con participación marginal).

- En un primer sub-grupo se identifican aquéllas en las que siempre ha participado un solo laboratorio líder (5 clases terapéuticas, que representan 0,7% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En algunas clases terapéuticas, el laboratorio del grupo analizado gana participación de mercado (A16A y C01B), mientras que en otras clases terapéuticas el laboratorio del grupo analizado pierde participación de mercado (A07A, C02B y J06G).
- En el segundo sub-grupo se identifican aquéllas en las que participa más de un laboratorio líder (6 clases terapéuticas –M01A, A09A, A03A, A05B, J01C y A03D– que representan 12,1% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En la clase terapéutica M01A participan los 7 laboratorios: entre los sub-períodos 2001-2002 y 2008-2011 aumentaron su *market share*, especialmente Bayer (13%) y Pfizer (20%), con excepción de IVAX (quien la redujo 3%). En la clase terapéutica J01C, Roemmers ganó 17% y Bagó perdió 11%. En la clase A09A, Gador ganó 22% e Iavax cedió 11%. En dos casos, un laboratorio salió de la clase terapéutica (A09A y J01C). Finalmente, en la clase A03D participan 3 laboratorios, dos de ellos con una participación marginal y un tercero –Roemmers– con una participación que cayó de 53% a 47%.

El tercer grupo del Cuadro 8 muestra las clases terapéuticas en las que hay entrada neta de laboratorios líderes (19 clases terapéuticas, que representan 29,5% de la facturación del conjunto de clases analizadas), pero sin que pierda participación el grupo de laboratorios líderes que ya estaban en el mercado. Dentro de estas clases terapéuticas se destacan:

- Dos clases terapéuticas (A02A y A11D) en las que la (o las) entrante(s) gana(n) participación de mercado sin afectar significativamente las participaciones de las existentes.

³⁹ Ver también Sección 3.1.3.

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro 8. Evolución de la participación de mercado de los 7 laboratorios en las clases terapéuticas seleccionadas.

Grupo	Sub-Grupo	Clase terapéutica a Nivel 3 del IMS	% de las 130 CT							2001-2002							2002-2007							2007-2011						
			RMM	Bayer	Bugio	Pfizer	Ivax	Elea	Gadot	% 7	RMM	Bayer	Bugio	Pfizer	Ivax	Elea	% 7	RMM	Bayer	Bugio	Pfizer	Ivax	Elea	Gadot	% 7					
1	A11G - VIT C INCLASOCMINERAL	0,2%								87%							87%									88%				
	A12B - POTASIO	0,0%								0%							0%									72%				
	A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B	0,5%								0%							70%									72%				
	N07B - DESHABILITANTES DEL TABACO	0,2%								0%							52%									51%				
	CO1B - GLUCOSCARDIACOS + ASOC.	0,1%								0%							24%									47%				
	C01B - ANTIARRITMICOS	0,4%								68%							68%									77%				
	A16A - OTROS PROD DICES-ESTIMETAB	0,1%								72%							72%									80%				
2	J06G - INMUNOGLIESPECIFICO-ANTIBACT	0,2%								55%							80%									80%				
	CO2B - ANTIHIBERATIVO HERB-HIBURET	0,0%								47%							49%									53%				
	A07A - ANTINF INFTEST ANTIDIARR	0,1%								65%							72%									45%				
	M01A - ANTIARREUMATICO-ESTEROID	6,4%								9%							9%									62%				
	A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS	0,2%								5%							11%									45%				
	A03A - ANTESASM-ANTICOAG-SOLOS	0,4%								7%							45%									52%				
	A05B - PROTECT-HEPATICO-LIPOTROP	0,2%								34%							41%									43%				
3	J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	3,1%								50%							18%									0%				
	A03D - ANTESASM/ANALGES COMB	1,8%								53%							0%									0%				
	A02A - ANTIACID ANTIACAT CARMIN	0,6%								2%							3%									36%				
	A11D - VITAMINA BI Y ASOCIAC	0,4%								5%							56%									0%				
	CO3A - DIURETICOS	1,3%								2%							4%									72%				
	J01H - PENIC MEDIUM YREDIC ESPECT	0,3%								6%							6%									54%				
	A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL	0,1%								8%							5%									52%				
4	C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB	0,2%								8%							8%									0%				
	C10A - PRP/REG COLEST/URIGIC	5,5%								10%							5%									40%				
	N05C - TRANQUILIZANTES	2,1%								2%							14%									36%				
	N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES	0,6%								23%							8%									68%				
	A12A - ANGIOTENSIN-1-LANTAGSOLO	0,5%								3%							5%									40%				
	N05A - ANTIPILOCOTICOS	3,1%								2%							13%									44%				
	N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	3,9%								1%							24%									33%				
5	A11A - ROLIMITAMIN CON MINERAL	0,8%								5%							16%									40%				
	C01E - NUTRIOTOS Y NITRATOS	51%								8%							1%									44%				
	C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC	0,8%								15%							55%									63%				
	N06D - NOTOTROPICOS	0,2%								3%							23%									48%				
	C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	2,9%								14%							4%									30%				
	M05B - REGULADORES CALCIO OSSEO	1,3%								9%							23%									54%				
	N02B - ANALG NO NARCANTIPRET	3,7%								7%							1%									41%				
6	C09D - ANGIOTENSIN-1-LANTAG COMB	2,0%								32%							5%									47%				
	J01G - FLUORQUINOLONAS	1,2%								29%							2%									43%				
	A02B - ANTIULCEROSOS	5,0%								28%							9%									41%				
	C08A - ANTAGDEL CALCIO SOLOS	2,1%								13%							13%									42%				
	J05B - ANTI IV EXCL PRD ANTI-VIH	0,2%								8%							45%									42%				
	C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS	2,4%								12%							1%									68%				
	A04B - PROD TRA TAMIEN LEPRA	0,0%																									0%			
7	J06E - INMUNO-GLOBPOLIVALENT-IM	0,0%															89%									0%				
																	89%									97%				

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS. El cuadro presenta todas las clases terapéuticas en que la participación de los 7 laboratorios seleccionados (%) es mayor o igual a 40% en al menos un sub-periodo. Grupo 1: no existan laboratorios en el sub-periodo 2001-2002 e ingresó un solo laboratorio; Grupo 2: el número de laboratorios es estable entre sub-periodos (en dos casos sale un laboratorio); Grupo 3: clases terapéuticas en las que hay ingreso de laboratorios y reducción de market shares; Grupo 4: ingreso de laboratorios y reducción de market shares; Grupo 5: salida de laboratorios.

- Tres clases terapéuticas (C03A, J01H y A11B) en las que las entrantes (o al menos una de ellas) ganan un *market share* significativo y alguna de las establecidas también (aunque en menor medida). En las clases terapéuticas C03A y J01H Pfizer (entrante) gana 28-29% comprando productos de otro laboratorio y Bagó (existente) gana 16-17% con productos propios. En la clase terapéutica A11B, Roemmers gana 28 puntos con un nuevo producto, Bayer (existente) gana 21% con productos existentes y Gador pierde 5%.
- Cinco clases terapéuticas (C07B, C10A, N05C, N05B y C09C) en las que tanto las entrantes como el grupo de las existentes ganan *market share* en proporciones similares (aunque alguna líder disminuye su participación puntualmente). Por ejemplo, en la clase N05B las existentes ganan 7% (Gador gana 10%, Ivax gana 3% y Bayer cede 6%) y las entrantes ganan 6% (Roemmers 3%, Bagó 2% y Elea 1%).
- Tres clases terapéuticas (A12A, N05A y N06A) en las que una de las entrantes gana *market share* mientras que el grupo de existentes aumentan su *share* aún más. Por ejemplo, en la clase A12A entran Bayer (+9%) y Bagó (+1%) al tiempo que Gador (existente) aumentó su *market share* en 21%. En los otros dos casos, el aumento de *market share* del grupo de existentes se da junto con la disminución puntual de alguna de ellas.
- Cinco clases terapéuticas (A11A, C01E, C09B, N04D y C09A) en las que hay entrada con escasa participación al tiempo que las existentes aumentan su *market share* significativamente (con disminuciones individuales en la mayoría de los casos). Por ejemplo, en la clase A11A la entrante Roemmers logra un 1% de *market share* mientras que el de las existentes aumenta en 54% (Bayer, en especial, y en menor medida Elea, al tiempo que disminuyen los de Gador y Bagó); y en la clase C09A las entrantes (Bayer, Pfizer y Elea) logran un 1% total de *market share* mientras que las existentes (Roemmers, Bagó, Ivax y Gador) lo aumentan en 7%.
- Una clase terapéutica –M05B– en la que la entrante (Bagó) tiene ventas marginales y las establecidas mantienen el *market share* (aunque Elea lo aumenta en 6% y Gador lo reduce en 5%).

El cuarto grupo del Cuadro 8 se caracteriza por un ingreso de laboratorios líderes conjuntamente con una reducción de *market share* de los laboratorios líderes existentes (7 clases terapéuticas, que representan 16,6% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En la clase terapéutica C08A había 6 laboratorios y entró un séptimo; en la clase C07A había 4 laboratorios y entró un quinto; en la clase J05B había dos laboratorios y entró un tercero; y en todas ellas uno de los laboratorios existentes ganó *market share* (Roemmers) y otro lo redujo (Gador en la C07A y Elea en la J05B). En la clase J01G había 3 laboratorios, salió uno, entró otro; mientras que uno de los existentes (Bayer) perdió 7% de *market share* apropiándose de una parte el entrante Elea (3%).

Finalmente, el quinto grupo incluye dos clases terapéuticas (J04B y J06E) en las que alguno de los laboratorios líderes ingresó pero luego abandonó su comercialización de productos.

Todas las variaciones comentadas en esta sección se explican por la compra de productos, ingresos de nuevos productos, o ganancia de *market share* de productos existentes. No se desprende que las empresas estén (i) manteniendo *market shares* en clases terapéuticas ni (ii) coordinando repartos de mercados. Específicamente, en 13 clases terapéuticas (sub-

grupo 2.2 y grupo 4, que representan un 28,7% de las 130 clases terapéuticas) los resultados son claros en mostrar el ingreso de laboratorios líderes que desafían el *market share* de otros laboratorios líderes con presencia de largo plazo en el mercado. En las 19 clases terapéuticas del grupo 3 (29,5% de las 130 clases terapéuticas), si bien aumenta conjuntamente el *market share* del grupo de los laboratorios líderes establecidos y entrantes, en muchos casos (14) se trata de F&A aprobadas por la CNDC (esto es, no son acuerdos ocultos susceptibles de generar, o darse en medio de, un ámbito colusivo), mientras que en los restantes 5 casos el incremento de *market share* conjunto del grupo de laboratorios líderes está acompañado por algún grado de sustitución entre ellos. En las 10 clases terapéuticas de los grupos 1 y 2.1 (que representan 1,7% de las 130 clases terapéuticas) los incrementos de *market share* se deben a F&A o a la introducción exitosa de un producto, y cuando no se explican por estas razones su tendencia no es sistemática sino que hay casos tanto de crecimiento como de disminución de *market share* del laboratorio líder.⁴⁰ Por último, es importante destacar que se dejó fuera del análisis a aquellas clases terapéuticas en las que el *market share* conjunto de los laboratorios líderes fue inferior a 40% en los sub-períodos analizados y/o la facturación total fue menor a \$ 1,5 millones en 2011: este grupo contiene 86 clases terapéuticas que representaron el 40% de la facturación en 2011 y el mismo no fue analizado precisamente porque resultaría inverosímil que los laboratorios líderes decidieran coordinar sus acciones en estos mercados en tales circunstancias.

Para confirmar los resultados anteriores se identificaron los cambios significativos en los *market share* de los laboratorios líderes entre diferentes sub-períodos intentando detectar si los laboratorios líderes pudieron haber participado de acuerdos de coordinación de crecimientos y disminuciones de sus *market shares* en alguna clase terapéutica:

- En primer lugar, se calculó, para cada laboratorio en cada clase terapéutica, la diferencia en la participación de mercado promedio de cada sub-período, eliminando todos los casos en los que el laboratorio no participó en uno o en ambos períodos. Se eliminan así dos posibilidades: (i) que el laboratorio haya ganado (perdido) *market share* comprando (vendiendo) productos de un tercer laboratorio distinto de los 7 analizados; y (ii) que un laboratorio haya ganado *market share* introduciendo un producto, cuando antes no participaba en la clase terapéutica (o al revés). Así, la muestra resultante contiene observaciones de variaciones de *market share* de laboratorios activos en las dos bases.
- En segundo lugar, se eliminaron todas las clases terapéuticas en las cuales (a) el *market share* conjunto de los 7 laboratorios no alcanza el 40%, consistentemente con el ejercicio anterior (Cuadro 8); y (b) el máximo incremento y la máxima disminución (esto es, de alguno de los 7 laboratorios en cada clase terapéutica) son menores a 5%. Ello equivale a descartar por inverosímil la posibilidad de que los laboratorios líderes participen en un acuerdo colusivo donde coordinan sus crecimientos y disminuciones en alguna clase terapéutica cuando “en conjunto representan menos del 40% de ese mercado” o de que existan acuerdos de reciprocidad para cederse participaciones entre clases terapéuticas cuando ello los lleve a “intercambiar menos de 5 puntos de *market share*” (debido a que, existiendo significativos costos de transacción –riesgos de penalización– de tal tipo de acuerdo, sólo cabe considerar su existencia cuando los mismos fueran

⁴⁰ En dos clases terapéuticas en las que el laboratorio abandona el mercado (grupo 5), las razones son la venta de un producto a otro laboratorio o el retiro de una presentación del mercado.

relevantes y en mercados en los cuales los laboratorios analizados tengan una participación –conjunta– dominante); en efecto, no tendría sentido que dos laboratorios acuerden ceder 2% de *market share* en un mercado para ganar 3% de *market share* en otro.

El Cuadro 9 muestra las variaciones de *market share* de cada uno de los laboratorios líderes en cada una de las clases terapéuticas remanentes, comparando los períodos 2001-2002 vs. 2008-2011.

Cuadro 9. Cambios de *market shares* de laboratorios líderes en las clases terapéuticas con variaciones extremas (exceden 5%) de *market share* de un laboratorio líder. Períodos 2001-2002 vs. 2008-2011.

Clase terapéutica	Período de comparación: 2001-2002 vs 2008-2011						
	Roemmers	Bayer	Bagó	Pfizer	Ivax	Elea	Gador
J01C	17%		-11%	0%	-1%		
A11B		21%					-5%
N05B		-6%			3%		10%
N06A	10%		4%	-6%	-1%		-3%
M05B					0%	6%	-5%
J05B	10%					-18%	
C07A	8%		0%		0%		-22%

Estos nuevos resultados son consistentes con los resultados desagregados expuestos en el Cuadro 8. Se observa que Roemmers gana *market share* en 4 clases terapéuticas pero no pierde *share* en las otras; que Pfizer pierde *market share* en una clase terapéutica pero no gana en el resto; y que Ivax gana *market share* en algunas clases y pierde en otras, pero que dichos cambios son marginales (máximo de 3%). Esta evidencia permitiría descartar una hipótesis de acuerdo colusivo vía el intercambio compensatorio o de triangulación de *market shares* a menos que excluya a estos tres laboratorios. Por otro lado, entre los otros 4 laboratorios restantes, solamente se detectan movimientos cruzados de *market share* entre Bayer y Gador en las clases A11B y N05B, pero la ganancia de un laboratorio líder no es equivalente a la pérdida del otro.⁴¹

2.3.2. Evolución de los 7 laboratorios en las clases terapéuticas intra-paneles

Esta sección estudia la existencia de variaciones de *market share* de los 7 laboratorios líderes dentro de cada sub-período de análisis. Bajo una hipótesis de acuerdo colusivo (efectivo y sostenible), las participaciones de mercado de estos laboratorios deberían ser estables o crecientes en el tiempo. En tal sentido, si la evidencia disponible muestra una inestabilidad marcada (y eventualmente creciente) de dichas participaciones de mercado incluso en períodos breves, que además se explica a partir de F&A o de comportamientos competitivos, entonces la misma sería inconsistente con la existencia de un acuerdo colusivo donde participen estos laboratorios líderes analizados.

Al igual que en las dos sub-secciones anteriores se tomó la información original de IMS sin modificaciones y se realizaron los siguientes cálculos: para cada clase terapéutica (C), cada sub-período (T) y cada laboratorio (i) se calculó la participación de mercado máxima y mínima de cada laboratorio. Luego se calculó la diferencia entre dichos máximos y

⁴¹ Claramente, la ganancia de 21% de *market share* en A11B y la pérdida de 6% en N05B por parte de Bayer, por un lado; y la pérdida de 5% de *market share* en A11B y ganancia de 10% en N05B por parte de Gador, por el otro, no pueden representar valores agregados nulos al mismo tiempo, cualquiera sea la importancia relativa de A11B vs. N05B en términos de facturación.

mínimos y se sumaron para el grupo de los 7 laboratorios. Finalmente, se dividió dicha variación por la participación de mercado promedio de este grupo de laboratorios en cada sub-período. Más específicamente, siendo $i = \text{laboratorio}$ (los 7 seleccionados), $T = \text{período}$ (2001-2002, 2003-2005, 2005-2007, 2008-2011), y $C = \text{clase terapéutica}$ (las 130 clases analizadas en este documento), se calcularon

$$Var_{T,C} = \sum_{i=1}^7 (\max sh_{i,T,C} - \min sh_{i,T,C})$$

$$Prom_{T,C} = \sum_{i=1}^7 Prom sh_{i,T,C}$$

donde $Prom sh_{i,T,C}$ es la participación promedio del laboratorio i en el sub-período T en la clase terapéutica C . Finalmente,

$$\Delta_{T,C} = \frac{Var_{T,C}}{Prom_{T,C}}$$

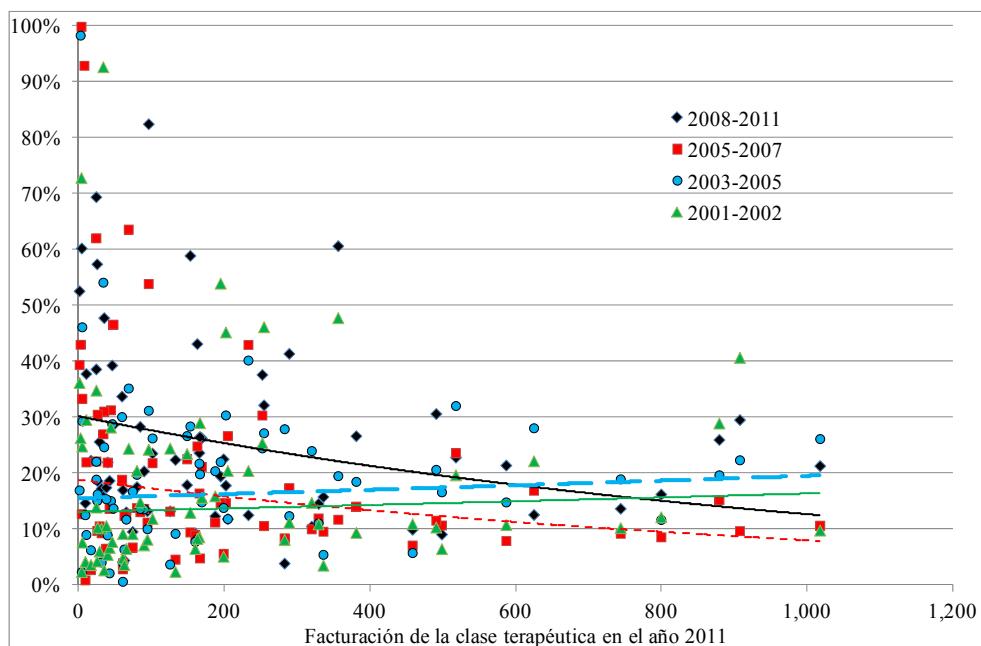
para cada clase terapéutica y sub-período. Este indicador aproxima la inestabilidad de *market share* del grupo de 7 laboratorios midiendo, para cada clase terapéutica, la variabilidad máxima de *shares* dividida por el *share* promedio del grupo de 7 laboratorios, de modo que un valor más alto para este indicador representa una mayor variabilidad de *market shares*.

En la Figura 3 a continuación se grafican los $\Delta_{T,C}$ para los cuatro sub-períodos. Todas estas variaciones están ancladas con la facturación de cada clase terapéutica en el año 2011, de manera tal que el eje horizontal (facturación de la clase terapéutica) es el mismo para los cuatro conjuntos de datos. Los datos corresponden a la “muestra compartida” (es decir, la que incluye solamente las clases terapéuticas en las que el grupo de 7 laboratorios líderes tiene alguna participación positiva en todos los sub-períodos, aunque el *market share* conjunto haya sido siempre inferior a 40%).⁴²

Puede verse que en promedio aumentó el “movimiento de *market shares*” en el período 2003-2005 respecto del período 2001-2002, pero luego bajó en 2005-2007 (en mayor medida en las clases terapéuticas de mayor facturación), para luego aumentar en 2008-2011, manteniéndose prácticamente por encima del primer período (las curvas “promedio” de los sub-períodos 2008-2011 y 2001-2002 se cruzan recién en la punta). Comparando el sub-período 2003-2005 con el más actual, la variabilidad de *market shares* cambia de uniforme a estar más concentrada en mercados de menor facturación (lo cual puede ser considerado un resultado de mayor competencia si se tiene en cuenta que los mercados de alta facturación están menos concentrados).

⁴² El número de clases terapéuticas en las que el grupo de 7 laboratorios tiene participación positiva es 81 en el período 2001-2002, 95 en el período 2003-2005, 93 en el período 2005-2007 y 90 en el período 2008-2011. Las clases terapéuticas comunes en todos los períodos son 72 (conformando la “muestra compartida”). Aunque no se presentan aquí por razones de espacio y de mayor claridad en la exposición, cabe notar que los resultados obtenidos para la hipótesis de competencia son muy parecidos si se utiliza la muestra completa.

Figura 3. Variabilidad de las participaciones de mercado de los 7 laboratorios seleccionados, respecto de su participación promedio. Períodos 2001-2002, 2003-2007, 2008-2011. Muestra compartida.



Nota: total de clases terapéuticas a nivel 3 del IMS = 130. Clases terapéuticas en las que el grupo de 7 laboratorios tiene participación positiva en todos los períodos = 72.

2.4. Conclusiones

En esta sección se analizó la evolución del mercado de medicamentos considerando distintas definiciones del mercado relevante del producto, en particular suponiendo primero una sustitución plena por el lado de la oferta (esto es, a nivel de laboratorios) y luego una sustitución sólo por el lado de la demanda (definiendo mercados por sustitución terapéutica al nivel 3 del IMS), concentrando el examen en los laboratorios líderes y las 130 clases terapéuticas dentro de los 5 grupos terapéuticos de mayor facturación.

Considerando la industria de medicamentos en su conjunto, la estructura del mercado muestra una muy baja concentración: en el año 2011 la participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) no alcanzó el 9%, el indicador C4 fue de 22% y el HHI rondó los 300 puntos contabilizando laboratorios individuales. A su vez, esta estructura poco concentrada ha mostrado un fuerte dinamismo en cuanto a que la identidad de los laboratorios líderes fue variando en el tiempo, con laboratorios que modificaron significativamente sus posiciones en el ranking de ventas entre 2001 y 2011 (por ejemplo, Elea pasó de la posición 28 a la 4, y Novartis Pharma pasó de la posición 4 a la 16).

Por otra parte, si bien es cierto que la concentración del mercado de medicamentos es mayor analizando los datos al nivel de grupos económicos (y no de los laboratorios individuales), siendo el Grupo Roemmers el líder con un 13% de *market share*, el HHI sólo sumaría unos 150 puntos si, hipotéticamente, los 5 laboratorios de mayor tamaño fueran parte de grupos con una participación de mercado 50% superior a la individual contabilizada.

En lo que respecta al análisis al nivel 3 del IMS, se seleccionaron los laboratorios que ocuparon las primeras 5 posiciones en el ranking de ventas en al menos uno de los años

2003 a 2011 (en total son 7 “laboratorios líderes” –Roemmers, Bagó, Bayer, Elea, Gador, Pfizer e Ivax–, que en conjunto representaron el 33% de la facturación total del año 2011). Allí se observó entonces que en el período 2008-2011 sólo en 26 de las 130 clases terapéuticas analizadas participaron 5 ó más de ellos. En tal sentido, concentrando el análisis en los casos con mayor potencial para la existencia de acuerdos colusivos en los distintos mercados relevantes, se observaron participaciones de mercado inestables de los distintos laboratorios líderes en las clases terapéuticas donde participan (incluyendo el ingreso a las mismas de distintos laboratorios inicialmente inactivos allí), sin intercambios cruzados balanceados de dichas participaciones, elementos inconsistentes con la existencia de hipotéticos acuerdos de cartelización (en los cuales los laboratorios líderes no se desafiarían entre sí y acordarían mantener su especialización relativa).

Concretamente, concentrando el análisis en 44 clases terapéuticas –eliminando las 86 donde los laboratorios líderes tienen una participación de mercado conjunta inferior al 40% y/o la facturación total fue menor a \$ 1,5 millones en 2011–, en 13 casos hay claros ingresos de laboratorios líderes que desafian a otros laboratorios líderes pre-existentes; en 19 casos, si bien aumenta conjuntamente el *market share* del grupo de los laboratorios líderes establecidos y entrantes, normalmente (14 casos) se trata de F&A aprobadas por la CNDC (esto es, no resultan de hipotéticos acuerdos colusivos) y en el resto (5 casos) el incremento conjunto ocurre simultáneamente con una caída en el *market share* de alguno de los laboratorios líderes; en otros 10 casos los incrementos de *market share* se deben a F&A, a la introducción exitosa de un producto, o no son sistemáticos; y los restantes 2 casos corresponden a ventas o retiro de productos.

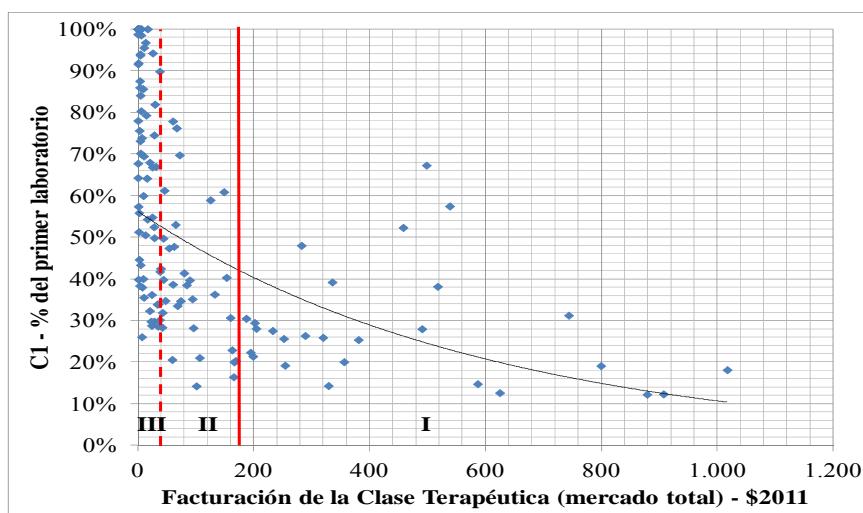
Finalmente, en lo que respecta a la evolución temporal de la inestabilidad en las participaciones de mercado de los laboratorios líderes, se observó la existencia de un mayor “movimiento de *market shares*” en el período 2003-2005 respecto del período 2001-2002, con una contracción en 2005-2007 (en mayor medida en las clases terapéuticas de mayor facturación) y un nuevo aumento (hasta alcanzar el valor máximo) en 2008-2011.

Sección 3: Competencia entre laboratorios – Definición de mercado según clases terapéuticas a nivel 3 del IMS

En esta sección se continúa el análisis bajo una definición de mercado relevante que considera la sustitución por el lado de la demanda. Pero el enfoque es diferente al de la Sección 2.3, ya que en este caso se analiza la evolución de las variables precio y ventas de todos los laboratorios en cada clase terapéutica (en lugar de acotarse solamente a los laboratorios líderes en dichas clases). El objetivo central en esta sección es el análisis del comportamiento competitivo en los mercados relevantes definidos al nivel 3 del IMS, tomando especial nota de lo ocurrido en aquellas clases terapéuticas caracterizadas por un alto nivel de concentración en su oferta, toda vez que, tal como se discutió en la Sección 1.5, el nivel de concentración de la oferta es un claro factor facilitador de eventuales acuerdos colusivos (o a la inversa, la colusión es más difícil de sostener en un mercado poco concentrado).

A continuación, se analizan todas las clases terapéuticas a nivel 3 del IMS – mercado total de los siguientes grupos terapéuticos A, C, J, M y N. Estos 5 grupos terapéuticos representaron el 67,5% de la facturación total de los laboratorios y contienen 130 clases terapéuticas (ver Cuadro 3). Las Figuras 4 a 6 presentan una descripción de la participación de mercado del primer laboratorio (C1), los primeros 4 laboratorios (C4) y el indicador HHI para el grupo de 130 clases terapéuticas. La información de respaldo está disponible en el Cuadro A.3 del Anexo A.

Figura 4. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado del laboratorio más grande (C1). Mercado Total.



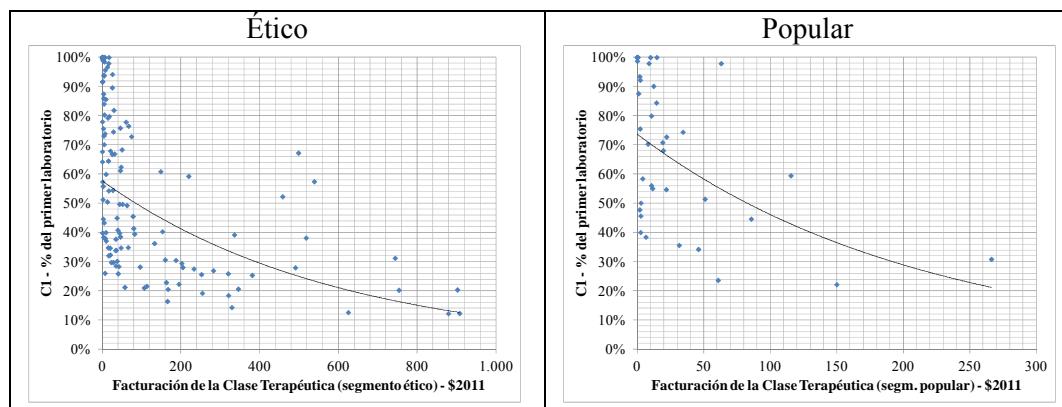
Fuente: Cuadro A.3 del Anexo A.

En lo que respecta a la Figura 4, allí se observa una relación negativa entre el tamaño del mercado (medido por la facturación total de la clase terapéutica) y la participación de mercado del primer laboratorio (C1) en cada una de dichas clases, reflejando así que los mercados más grandes están, en general, menos concentrados. En efecto, las 30 clases terapéuticas con mayor facturación (entre \$165 millones y \$1.017 millones, que se ubican en el lado derecho –panel I– de la Figura 4) representan el 79% de la muestra; las siguientes 30 clases terapéuticas con mayor facturación (entre \$38 millones y \$164 millones, ubicadas en la parte central –panel II– de la Figura 4) representan el 15% de la muestra; y el resto de las clases terapéuticas (70 clases terapéuticas, con facturación entre

\$8 mil y \$37 millones, ubicadas en el lado izquierdo –panel III– de la Figura 4) representan el 6% de la muestra.

A continuación (en miniatura), la Figura 4.b repite la Figura 4 para los segmentos ético (medicamentos de venta con receta) y popular (productos farmacéuticos de venta sin receta), mostrando que el resultado de concentración decreciente con el tamaño de mercado también aplica a ambos segmentos por separado.

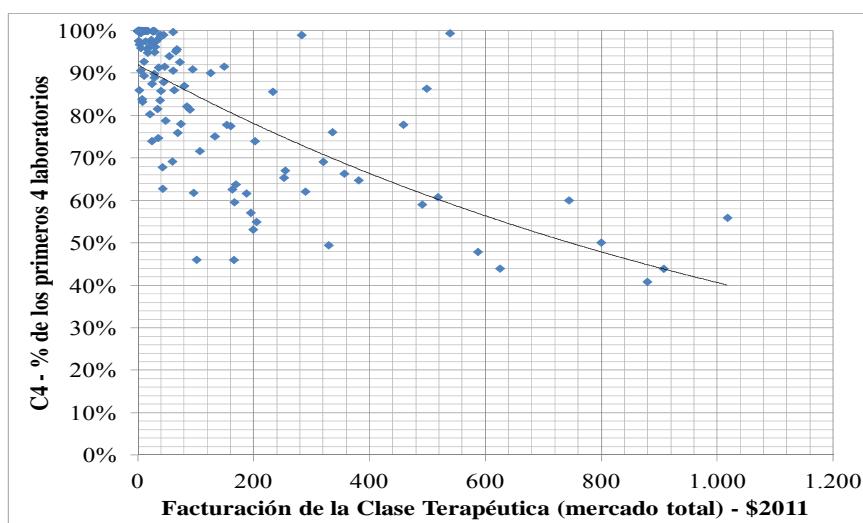
Figura 4.b. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado del laboratorio más grande (C1). Segmentos ético y popular.



Fuente: Cuadro A.3 del Anexo A.

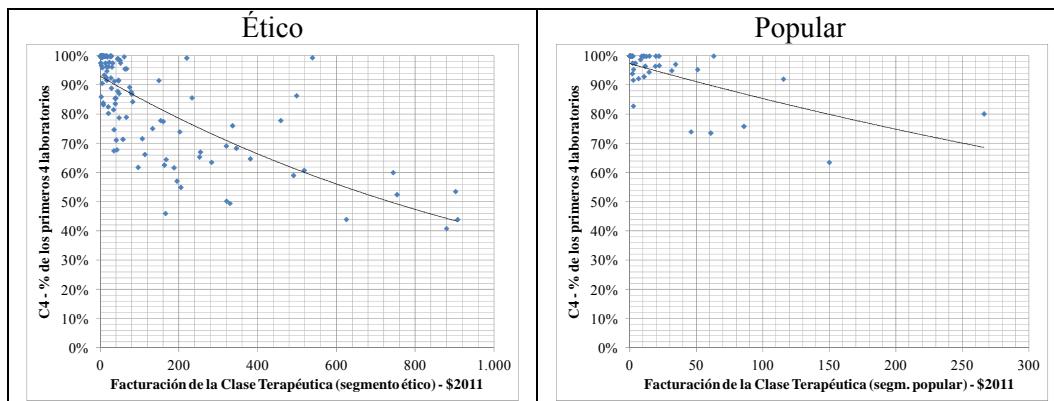
La Figura 5 presenta la relación entre la participación de mercado de los primeros 4 laboratorios (C4) y la facturación total de cada una de las 130 clases terapéuticas examinadas (la Figura 5.b hace lo propio para los segmentos ético y popular). De manera similar a lo verificado con el índice de concentración C1, nuevamente se observa que existe una menor concentración en mercados de mayor facturación, aunque obviamente con niveles superiores que en el caso de un solo laboratorio por tratarse de un indicador que agrupa a los cuatro primeros oferentes.

Figura 5. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado de los 4 laboratorios más grandes (C4). Mercado total.



Fuente: Cuadro A.3 del Anexo A.

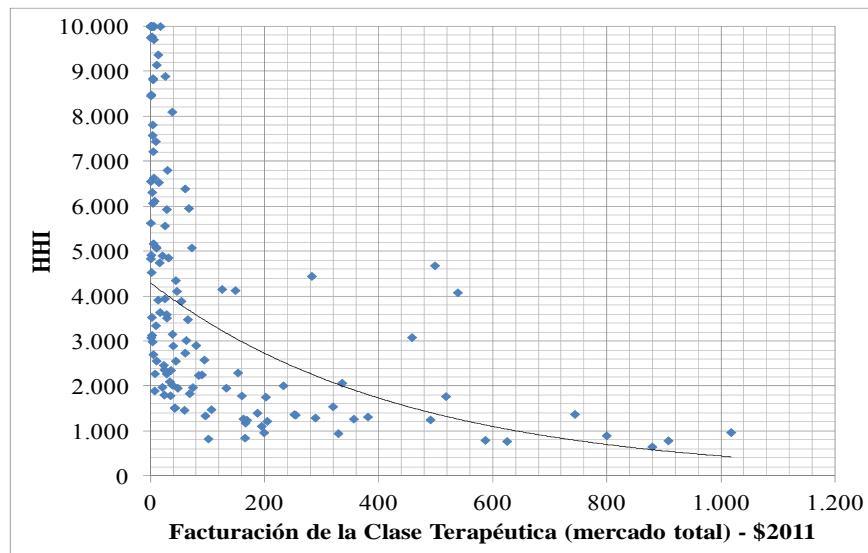
Figura 5.b. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado de los 4 laboratorios más grandes (C4). Segmentos ético y popular.



Fuente: Cuadro A.3 del Anexo A.

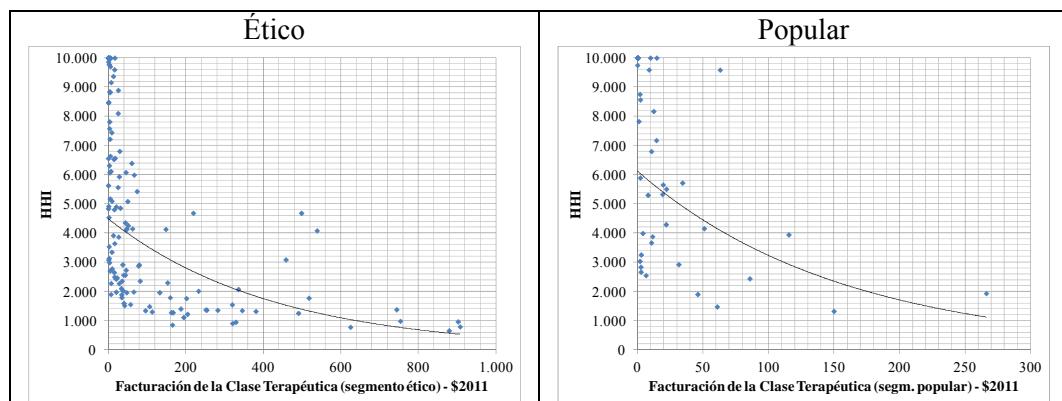
La Figura 6 a su vez presenta la relación entre el indicador HHI y la facturación total para el grupo de 130 clases terapéuticas examinadas (la Figura 6.b hace lo propio para los segmentos ético y popular), confirmándose nuevamente la relación decreciente entre el nivel de concentración y el tamaño del mercado, cualquiera sea el índice de concentración utilizado.

Figura 6. Facturación total de la clase terapéutica e indicador de concentración HHI. Mercado total.



Fuente: Cuadro A.3 del Anexo A.

Figura 6.b. Facturación total de la clase terapéutica e indicador de concentración HHI. Segmentos ético y popular.



Fuente: Cuadro A.3 del Anexo A.

Ahora bien, tomados en conjunto, los resultados expuestos en las Figuras 4 a 6 señalan que *a priori* sólo un sub-grupo de clases terapéuticas son susceptibles de contener comportamientos colusivos (aquéllas donde existe suficiente concentración en la oferta), aunque éstos eventualmente también podrían existir (o deben descartarse por medio de un estudio más detenido) cuando –pese a una baja concentración en la oferta– se trata de mercados suficientemente grandes como para ofrecer rentas de magnitud tal que permitan sortear los costos fijos intrínsecos de cualquier acuerdo colusivo. En tal sentido, aparecen distintas preguntas en el diseño de la investigación. Primero, ¿cómo profundizar y presentar de manera sintética un análisis dirigido a examinar la existencia de indicios de conductas colusivas en los 130 mercados relevantes definidos al nivel 3 del IMS? Segundo, ¿cuánta concentración y tamaño son necesarios para que un mercado deba ser estudiado con mayor profundidad?

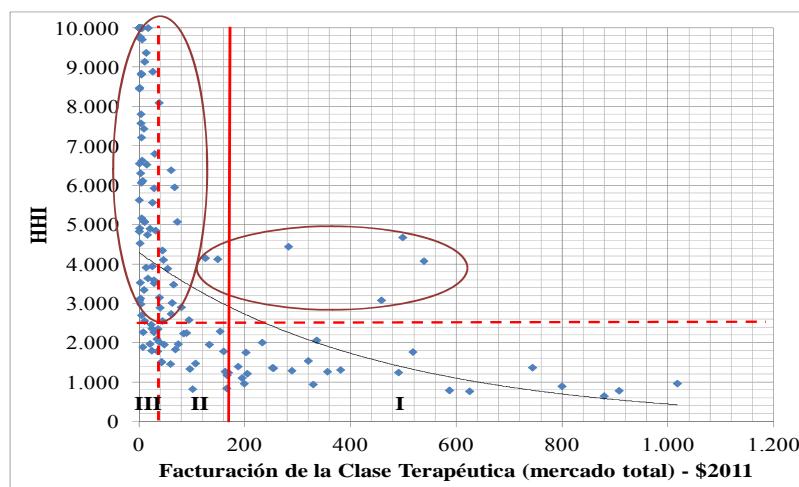
Claramente, no existen valores definitivos o indiscutibles en tal sentido, pero sí hay elementos suficientes para fundar un criterio amplio y razonable. Por un lado, según se desarrolló en la Sección 1.1, un umbral de 2.500 puntos del HHI luce como el más razonable para definir un mercado concentrado (tal como lo estableció la FTC y el DOJ de Estados Unidos en el análisis de F&A). En lo que respecta al umbral que define una facturación elevada, hemos tomado como valor \$ 167 millones por año del año 2011, debido a que de esta manera se incluyen aquellas clases terapéuticas que acumulan el 80% de la facturación total de los grupos terapéuticos considerados.

En tal sentido, retomando la Figura 6 y la clasificación identificada en la Figura 4, hemos particionado la muestra tomando como referencia un indicador HHI de 2.500 puntos y tres grupos de clases terapéuticas según sus niveles de facturación para concentrar el análisis en aquellas clases terapéuticas de (i) alta facturación (concentradas o no) y de (ii) baja facturación y alta concentración. Así, se dejan de lado las clases de baja facturación y baja concentración, considerando que si no se identifican prácticas colusivas en los casos analizados es poco probable (o altamente improbable) que se encuentren en los casos dejados de lado.

La Figura 7 a continuación muestra los distintos grupos de clases terapéuticas resultantes al aplicar el criterio señalado. A partir de allí, la Sección 3.1.1 analiza las clases terapéuticas de alta facturación con indicador HHI superior a 2.500; la Sección 3.1.2 hace lo propio para las clases terapéuticas de alta facturación con indicador HHI inferior a 2.500; y la Sección 3.1.3 se concentra en las clases terapéuticas de baja facturación y alta

concentración. En tal sentido, los casos dejados de lado pertenecen a los paneles II y III cuyos HHI son inferiores a los 2.500 puntos.

Figura 7. Elección de mercados a nivel 3 del IMS a analizar en detalle.



Fuente: Figura 6 y análisis propio.

Por último, el análisis realizado a continuación en cada una de las clases terapéuticas así seleccionadas contiene los siguientes elementos. En primer lugar, se estudia la evolución del precio promedio de dichas clases terapéuticas, poniendo énfasis en el sub-período 2001-2006 caracterizado por la ausencia de controles de precios (e incluyendo de forma complementaria el sub-período 2007-2011 en el cual el sector farmacéutico sí estuvo sujeto a autorizaciones de precios), y se evalúa su consistencia con la hipótesis de acuerdo colusivo. En particular, se considera que tal hipótesis sería consistente con la evolución de precios de los medicamentos si éstos, en términos reales, fueran inmunes a cambios legislativos que promueven una mayor competencia vía precios, y que sería inconsistente con una evolución de precios en la cual se verificase una reducción (real) pese a que su demanda fuera mayor. Y en segundo lugar, a partir de este primer análisis se seleccionan determinadas clases terapéuticas para un estudio adicional de la evolución de los *market shares* de los laboratorios participantes, innovación de productos y evolución de precios de productos individuales.

3.1. Análisis por grupos

En esta sección se analiza la evolución de las variables precio y ventas de todos los laboratorios en las clases terapéuticas a nivel 3 del IMS individualizadas.

Antes de proceder con el análisis, conviene realizar una aclaración metodológica. La información de IMS para el período 2001-2011 se presenta en 3 bases distintas (sub-períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011). Al inspeccionar los datos detectamos que en varios casos un medicamento atribuido a un laboratorio está asignado a otro laboratorio al cambiar de base, como consecuencia de la venta del medicamento o de una F&A. Para corregir este problema, procedimos a asignar manualmente tales productos al laboratorio que actualmente los está comercializando.⁴³ Creemos que este ajuste, si bien

⁴³ Por ejemplo, el producto Vegetabil de la clase N05A (de Sandoz, objeto de compra por parte de Investi) está actualmente asignado por IMS a Investi, mientras que está asignado a Sandoz en la

no refleja el *market share* “real” de los laboratorios en años pasados (específicamente, en 2001-2002 y 2003-2007), permite eliminar una fuente de inestabilidad de *market share* por la compraventa de productos y concentrarnos en modificaciones de *market share* de los laboratorios aislando tal efecto (de forma tal que todos los cambios observados correspondan al desempeño de los productos analizados, aproximando así de mejor forma los resultados atribuibles a la dinámica competitiva).

3.1.1. Primer grupo (*alta facturación y alta concentración*)

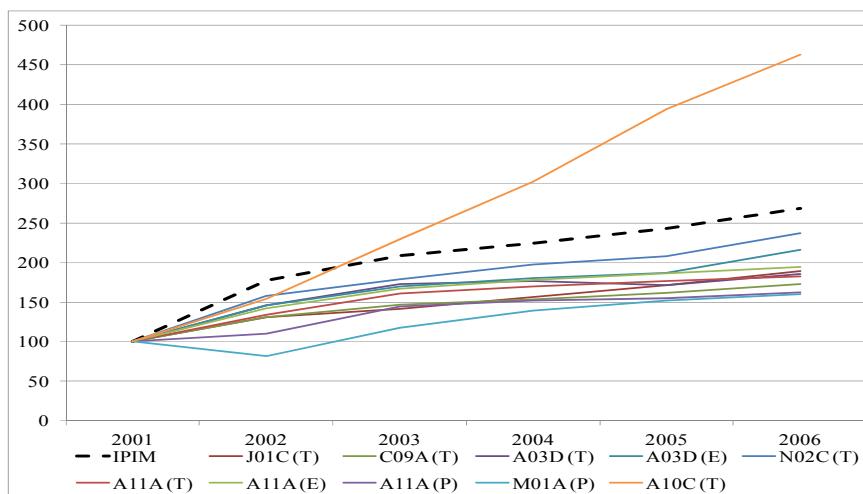
Hay 7 mercados de alta facturación que se alejan de la línea “de tendencia” de concentración. Éstos son:

- A10C (\$538 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 57%. HHI: 4.079. Solamente hay ventas de productos éticos;
- J01C (\$498 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 67%. HHI: 4.680. Solamente hay ventas de productos éticos;
- C09A (\$458 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 52%. HHI: 3.082. Solamente hay ventas de productos éticos;
- A03D (\$282 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 48%. HHI: 4.445. El segmento ético representa un 78% del mercado total (y el popular un 22%). En el caso del segmento ético (\$219 millones de facturación en 2011) la participación de la empresa más grande es 59% y el HHI es 4.682 (este caso surge de la Figura 6.b, segmento ético);
- N02C (\$148 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 61%. HHI: 4.127. Solamente hay ventas de productos éticos;
- A11A (\$125 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 59%. HHI: 4.154. El segmento ético representa un 59% del mercado total (y el popular un 41%);
- M01A popular (\$115 millones de facturación en 2011). Participación de la empresa más grande: 59%. HHI: 3.940 (este caso surge de la Figura 6.b, segmento popular).

La Figura 8 muestra la evolución del precio promedio ponderado (esto es, atribuyendo a cada medicamento la importancia derivada de su participación en las ventas totales) de estas **clases terapéuticas** vs. Índice de Precios Internos al por Mayor del INDEC –IPIM– (las clases terapéuticas están identificadas en la Figura), con excepción del segmento popular de la clase terapéutica A03D (que inició en 2003). Entre 2001 y 2006 todas las clases aquí listadas –excepto la A10C– tienen una evolución similar a la que surge de comparar precios de productos con IPIM (por debajo del IPIM en 2002 y siempre por debajo hasta 2006, según se observa en la Sección 4; ver Figura 22 a Figura 26). Vale la pena anticipar que el concepto de precios utilizado en esta sección es el de precios “promedio ponderado”. En la Sección 4 se comparan estos precios con una medición más apropiada de precios individuales y se concluye que no hay errores mayores al trabajar con precios promedio ponderado.

base 2003-2007 y a Labinca en la base 2001-2002. Entonces, las unidades y valores asignados a estos dos laboratorios en los respectivos períodos fueron reasignados manualmente a Investi. Otro ejemplo son los productos del laboratorio Farmacia, que fue adquirido por Pfizer post 2002, cuyas unidades y valores de la base 2001-2002 fueron reasignados a Pfizer.

Figura 8. Comparación de precios de las clases terapéuticas seleccionadas (mayor facturación y alta concentración) a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM, período 2001-2006.

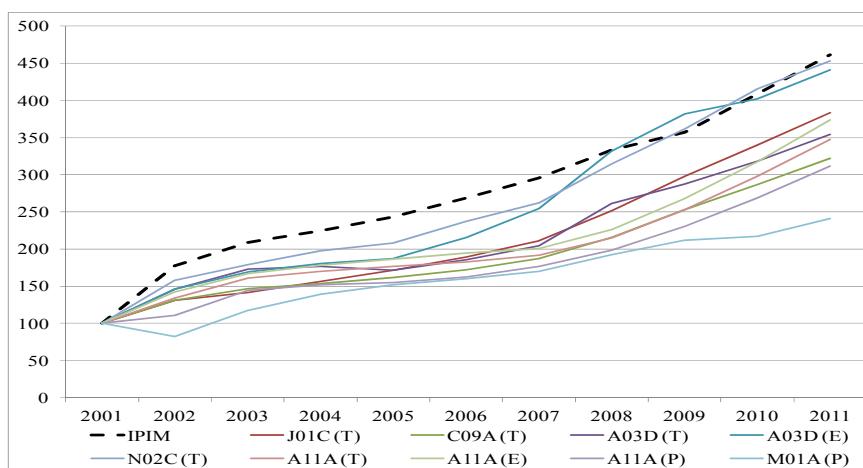


Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM).

Nota: el segmento popular de la clase A03D surgió en el año 2003. Partiendo de un nivel similar que el del segmento ético en dicha clase, la evolución de precios siempre está por debajo de la de los casos representados en la Figura (este resultado no se altera si la serie iniciara en 2003 desde un nivel superior, aún desde el nivel del IPIM).

Al extender la serie hasta 2011 (Figura 9), puede verse que los precios siguen por debajo del IPIM (tomando como base el año 2001), pero en algunas clases terapéuticas (N02C y A03D – segmento ético) los mismos se alinean con este último durante el período de control de precios.

Figura 9. Comparación de precios de las clases terapéuticas seleccionadas (mayor facturación y alta concentración) a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM, período 2001-2011.

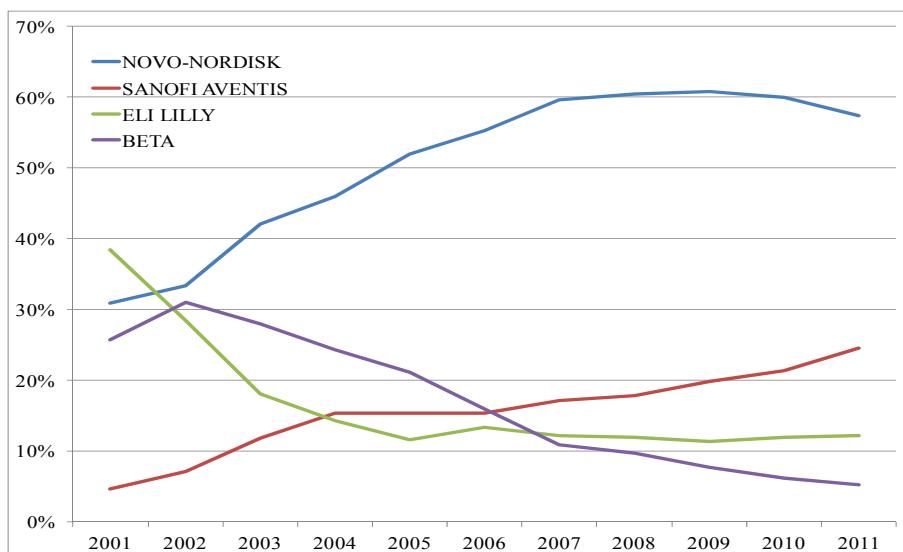


Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM). El precio promedio de la clase terapéutica A10C se omite para mayor claridad de la figura en el período post-2006 (porque el mismo siguió aumentando respecto del IPIM hasta alcanzar un valor de 1.237 en el año 2011).

Hasta aquí tenemos que de las clases terapéuticas de mayor facturación con indicadores de concentración HHI superior a 2.500 sus precios “promedio ponderados” no dan indicios de acuerdos colusivos durante el período de libertad de precios. La única excepción es la clase A10C, en la cual el precio promedio aumentó significativamente. Al evaluar esta clase, se observa, sin embargo, que las empresas participantes son 4, pero ninguna de ellas coincide con alguno de los laboratorios líderes; específicamente, el laboratorio Novo Nordisk está ubicado en el puesto 21 del ranking de 2011, Sanofi Aventis en el puesto 13, Eli Lilly en el 44 y Beta en el puesto 20.

A su vez, como se observa en la Figura 10 y en el Cuadro 10 a continuación, las participaciones de mercado de los laboratorios en la clase A10C son muy inestables durante el período analizado, mientras que esta clase terapéutica se caracteriza por haber tenido muchas innovaciones que ayudan a explicar el fuerte aumento de precios registrado durante la última década.

Figura 10. Participaciones de mercado de la clase terapéutica A10C, período 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Cuadro 10. Innovaciones de productos en la clase terapéutica A10C.

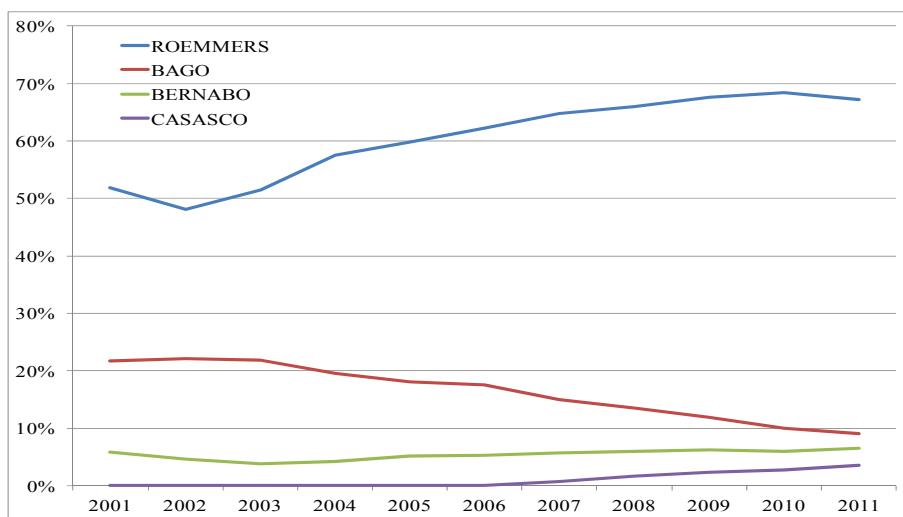
Producto	Laboratorio	Año de lanzamiento	% de ventas en 2011
LANTUS	SANOFI AVENTIS	2003	21%
INSULIN.LEV.FLEXPE	NOVO-NORDISK	2006	19%
NOVOMIX 30 FLEXPEN	NOVO-NORDISK	2003	17%
INSUL.INSULATAR.HM	NOVO-NORDISK	pre 2001	11%
NOVORAPID FLEX	NOVO-NORDISK	2003	10%

Más allá de que el análisis de precios de las clases terapéuticas incluidas en la Figura 9 despeja dudas sobre una evolución consistente con la hipótesis de acuerdo colusivo, a continuación se analizan algunas clases terapéuticas de elevada concentración para confirmar el rechazo de esta hipótesis. Como regla, se eligen los casos de mayor facturación que además tienen C1 igual o mayor a 60%, esto es, J01C, N02C, el segmento popular de la clase M01A y el segmento ético de la clase A03D.

Clase terapéutica J01C - Penicilinas

El laboratorio Roemmers tiene una alta participación de mercado (67% de la facturación en 2011), comercializando las marcas Optamox, Amoxidal y Amoxidal Duo, habiendo crecido desde principios de la década pasada. El segundo laboratorio (Bagó) perdió *share* de valores superiores a 20% en los años 2001-2002 a menos del 10% en 2011 (y también se trata de una caída de *share* de marcas establecidas, Trifamox, Trifamox IBL y Trifacilina). Casasco no participaba en esta clase terapéutica y actualmente tiene un 4%. Este mercado de penicilinas no ha estado activo en innovaciones. En síntesis, ni la evolución de precios ni de los *market shares* lucen consistentes con la hipótesis de existencia de un acuerdo colusivo.

Figura 11. Participaciones de mercado de la clase terapéutica J01C, período 2001-2011.



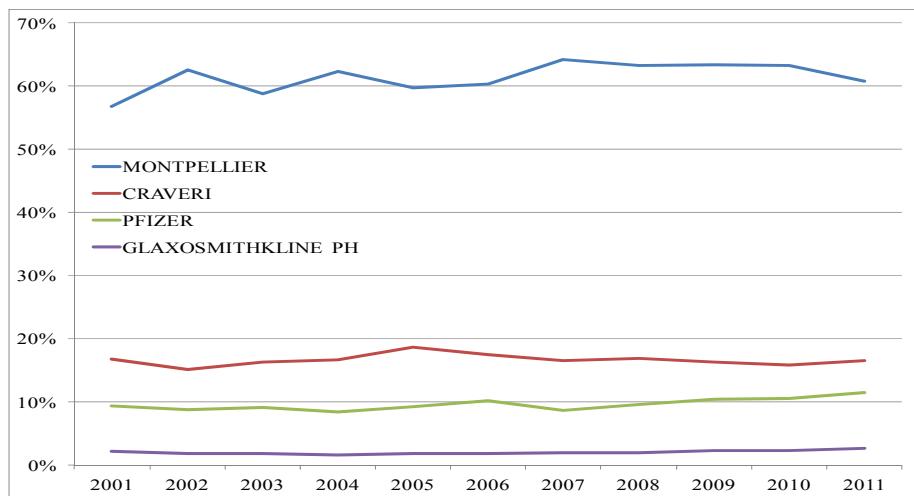
Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Clase terapéutica N02C - Antimigrañosos

Éste es un caso con *market shares* más estables, pero en el cual solamente uno de los primeros 4 laboratorios (Pfizer (6)) está entre los laboratorios líderes (el resto son Montpellier –número 8 en el ranking de 2011–, Craveri, 30 y GlaxoSmithKline, 15).

Montpellier, que comercializa el Migral y Migral compuesto, no hizo lanzamientos en la última década, pero ha logrado mantener su *market share* por encima del 60%. Craveri, por su parte, tenía dos productos en 2001 (Tetralgin e Ibu-Tetralgin) e introdujo el Tetralgin Novo en 2003, que actualmente representa el 13% de su facturación en esta clase terapéutica. En síntesis, si bien esta clase terapéutica tiene *market shares* relativamente “estables”, la evolución de precios de la Figura 9 no luce consistente con la de una hipótesis colusiva (a la cual habría que empezar a agregarle más laboratorios para su sostenimiento, lo cual comienza a ser contradictorio con el punto conceptual de un número reducido de participantes para sostener un acuerdo colusivo).

Figura 12. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N02C, período 2001-2011.



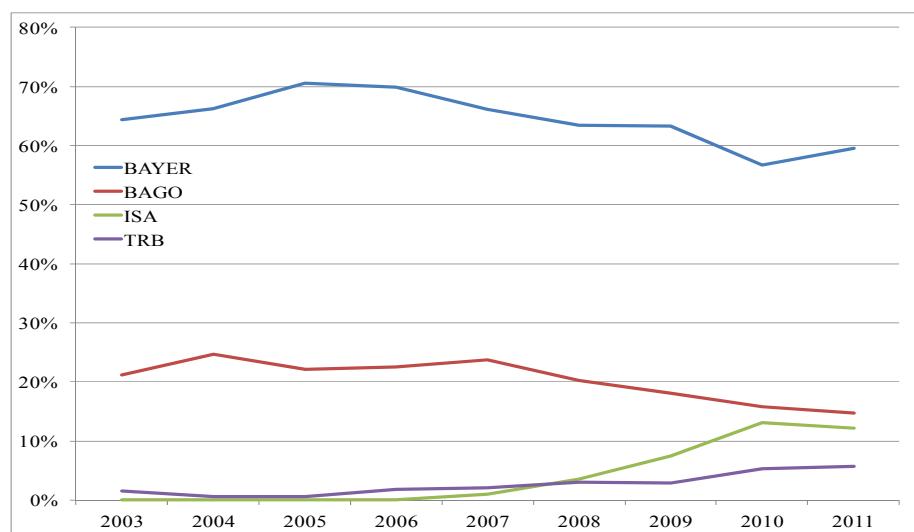
Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Segmento popular de la clase terapéutica M01A - Antirreumáticos no esteroides

Es una clase que empieza a tomar forma en 2003, fue un mercado en crecimiento durante la década pasada (creció 250% en unidades entre 2003 y 2011) y es la que muestra la mayor caída de precios en términos reales vs IPIM (ver Figura 8).

El laboratorio con mayor participación –Bayer, número 3 en el ranking de 2011– había logrado un 71% de mercado en 2005, bajando a 59% en 2011. El segundo laboratorio – Bagó, número 2 en el ranking de 2011– también perdió participación desde 22% en 2005 hasta 15% en 2011. Esta brecha de casi 20 puntos fue cubierta por Isa (número 59) con un 12% y Trb (número 26) con un 6%.

Figura 13. Participaciones de mercado en el segmento popular de la clase terapéutica M01A, período 2003-2011.



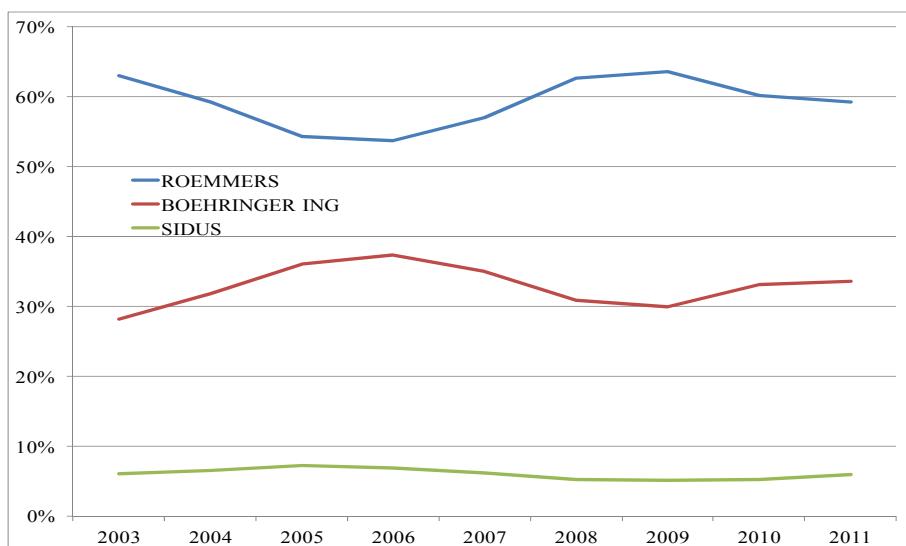
Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Esta clase terapéutica, en la cual los dos primeros laboratorios forman parte de los líderes, tampoco luce (por la vía de precios y de *market shares*) consistente con un escenario de colusión.

Segmento ético de la clase terapéutica A03D - ANTIESPASM./ANALGES. COMBINADOS

Los laboratorios participantes en este segmento son Roemmers (número 1 del ranking), Boehringer (número 17) y Sidus (número 34). Por otro lado, los *market shares* no son estables.⁴⁴ Al investigar la clase terapéutica se detecta que el incremento real en el precio promedio en el año 2008 se debe a un aumento en el precio del Sertal Compuesto que no es acompañado por el resto de los productos de la clase (de Boehringer y Sidus).

Figura 14. Participaciones de mercado en el segmento ético de la clase terapéutica A03D, período 2003-2011.



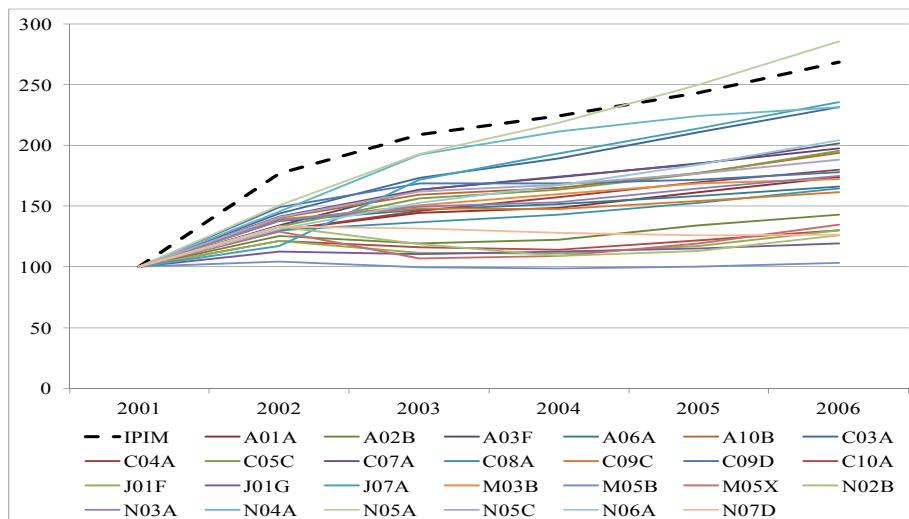
Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

3.1.2. Segundo grupo (alta facturación y baja concentración)

Esta sección analiza la secuencia de precios de las clases terapéuticas con baja concentración y alta facturación, atentos a la hipótesis de que existan acuerdos colusivos en estos mercados menos concentrados (son 26 casos en mercado total). Tal hipótesis requiere verificar que la secuencia de precios entre 2001 y 2006 muestre que en alguna de estas clases terapéuticas se logró recuperar la rentabilidad post-crisis 2002 (debiéndose la fuerte caída de precios observada entonces sólo a la contracción de la capacidad de pago de demanda). En tal sentido, la Figura 15 indica que ello no ocurrió, excepto en una clase terapéutica. La clase terapéutica cuyos precios superan al IPIM es la N05A.

⁴⁴ Los productos de mayor venta en este mercado son el Sertal y la Buscapina (Roemmers y Boehringer Ing). En los años 2001-2002, IMS asignaba la Buscapina completamente en el segmento ético y desde 2003 una parte va al segmento popular. Ello dificulta la desagregación de los años 2001 y 2002, de manera tal que en la Figura 14 se muestran las participaciones de mercado para el período 2003-2011 solamente.

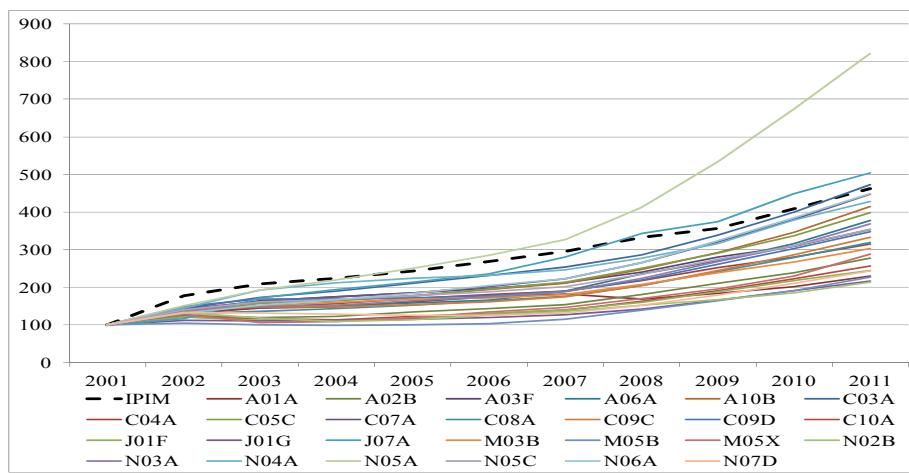
Figura 15. Comparación de precios de las clases terapéuticas seleccionadas (alta facturación y baja concentración) a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM, período 2001-2006.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM).

La Figura 16 a continuación extiende la serie hasta el año 2011. En este caso, se agrega la clase terapéutica J07A al grupo de clases cuyos precios se acercan al IPIM (aunque en este caso, ello ocurre durante el período de regulación de precios). La clase terapéutica C03A lo hace recién en el año 2011.

Figura 16. Comparación de precios de las clases terapéuticas seleccionadas (alta facturación y baja concentración) a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM, período 2001-2011.



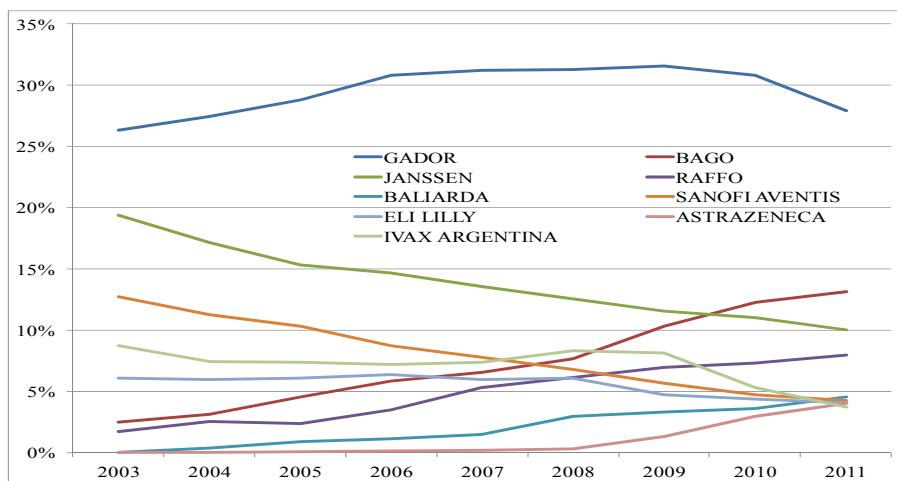
Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM).

A continuación se analizan las clases terapéuticas cuyas secuencias de precios exceden al IPIM (la clase N05A en el período 2001-2006 y las clases J07A y C03A en el período de regulación de precios posterior), descartándose el resto por estar desconcentradas (HHI inferior a 2.500) y mostrar una evolución de precios que no es consistente con una hipótesis de colusión.

Clase terapéutica N05A - Antipsicóticos

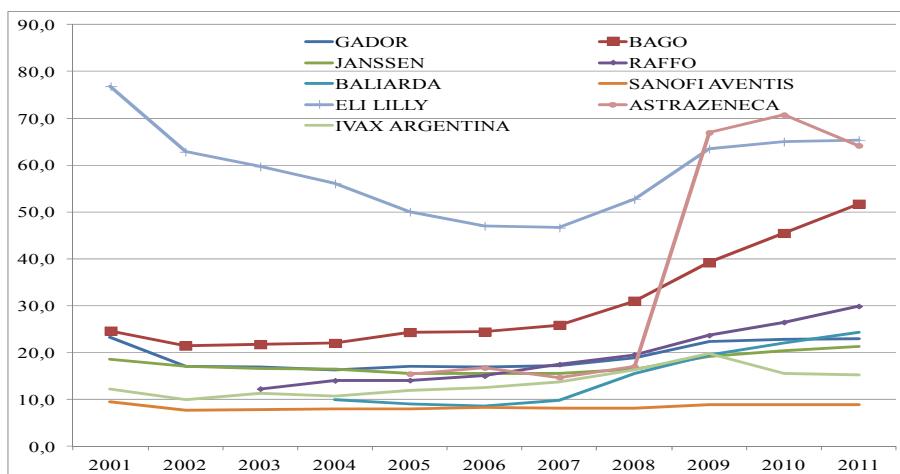
Esta clase facturó \$ 490 millones en 2011 y el indicador HHI fue 1.251. El laboratorio con mayor participación tenía 28% del mercado y entre los primeros 4 tenían menos del 60%. Sin embargo, el “precio promedio” se multiplicó por 8 entre 2001 y 2011 al tiempo que el IPIM lo hizo por 4,6. Las Figuras 17 y 18, junto con el Cuadro 11, ilustran los resultados que se comentan a continuación.

Figura 17. Participaciones de mercado en la clase terapéutica N05A, período 2003-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Figura 18. Precio promedio de laboratorios en moneda constante (\$ de 2001, corregidos por IPIM) de la clase terapéutica N05A, período 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM).

Por el lado de las participaciones de mercado, Gador (número 5 en el ranking) es quien tiene mayor participación, habiendo ganado 3% durante la década, incluso pese a haber perdido una parte importante en 2011; Bagó (número 2 en el ranking) ganó 11 puntos, Raffo (número 9) ganó 8 puntos, mientras que Baliarda (número 11) y Astrazeneca (número 22) ganaron entre 4 y 5 puntos cada una. Por su parte, Janssen (número 43) perdió 17 puntos y Sanofi (número 13) perdió 12%. Vale decir, en esta clase terapéutica

donde los precios subieron fuertemente, las participaciones de mercado han sido sumamente inestables y, por ende, tampoco se condicen con la existencia de un “acuerdo”.

Cuadro 11. Clase terapéutica N05A. Laboratorios, productos, número de presentaciones, precios unitarios y participaciones de mercado, años 2001 y 2011.

Laboratorio / Producto	Presentaciones		Precio Unitario		Incremento %	Market Share	
	2001	2011	2001	2011		Val 2001	Val 2011
Clase terapéutica N05A			13.21	108.54	722%		
GADOR (4 productos)			23.30	105.75	354%	25%	28%
MIDAX	3	6	66.03	311.82	372%	11%	16%
RISPERIN	7	10	33.81	69.02	104%	7%	10%
ALPLAX NET	9	1	11.11	31.70	185%	3%	1%
ALPLAX DIGEST	2	2	9.49	24.13	154%	4%	1%
BAGO (3 productos)			24.62	238.66	870%	2%	13%
SEROQUEL	4	5	42.93	228.39	432%	2%	10%
SEROQUEL XR	0	4		412.20		0%	3%
TRANQUINAL SOMA	2	1	7.54	23.09	206%	0%	0%
JANSSEN (10 productos)			18.60	97.80	426%	27%	10%
RISPERDAL	12	10	28.30	96.51	241%	13%	5%
HALOLIDOL	8	7	14.28	69.25	385%	9%	2%
RISPERDAL CONSTA	0	2		632.88		0%	1%
HALOLIDOL DECANOATO	2	2	21.18	87.22	312%	3%	1%
INVEGA	0	2		525.86		0%	0%
ORAP FORTE	0	1		41.78		0%	0%
BROMODOL	9	1	8.07	60.80	654%	1%	0%
IMAP	1	1	21.46	82.85	286%	0%	0%
BROMODOL DECANOATO	1	1	14.30	62.44	337%	0%	0%
ORAP 24	1	0	9.16			1%	0%
RAFFO (2 productos)				137.81		0%	8%
QUETIAZIC	0	8		179.54		0%	7%
DOZIC	0	7		64.14		0%	1%
BALIARDA (3 productos)				111.78		0%	5%
BIATRIX	0	5		168.92		0%	4%
RIATUL	0	10		52.15		0%	1%
BIATRIX XR	0	0				0%	0%
SANOFI AVENTIS (6 productos)			9.40	40.88	335%	16%	4%
NOZINAN	6	5	9.57	42.58	345%	10%	3%
AMPLIACTIL	5	4	8.20	30.95	278%	2%	0%
PIPORTIL L4	2	2	38.32	68.57	79%	1%	0%
TRANXILIJUM DIGEST	1	1	9.06	29.67	227%	3%	0%
NEULEPTIL	1	2	5.68	29.88	426%	0%	0%
NEULEPTIL MINOR	1	0	7.12			0%	0%
ELI LILLY (1 producto)			76.81	301.40	292%	7%	4%
ZYPREXA	6	11	76.81	301.40	292%	7%	4%
ASTRAZENECA (3 productos)				296.09		0%	4%
ETIASSEL XR	0	6		364.63		0%	3%
ETIASSEL	0	4		189.89		0%	1%
ARLEMIDE	0	5		96.71		0%	0%
IVAX (7 productos)			12.23	70.22	474%	6%	4%
TOGREL	2	2	8.73	54.69	527%	1%	1%
SEQUAX	1	3	106.20	312.21	194%	0%	1%
VIPRAL	3	3	7.74	42.36	447%	1%	1%
SEQUINAN	4	5	26.58	114.57	331%	2%	0%
LIMERIX	6	5	19.42	61.27	216%	0%	0%
ERODIUM	8	7	9.58	34.89	264%	1%	0%
ERODIUM 10 AC	1	1	19.20	67.58	252%	0%	0%

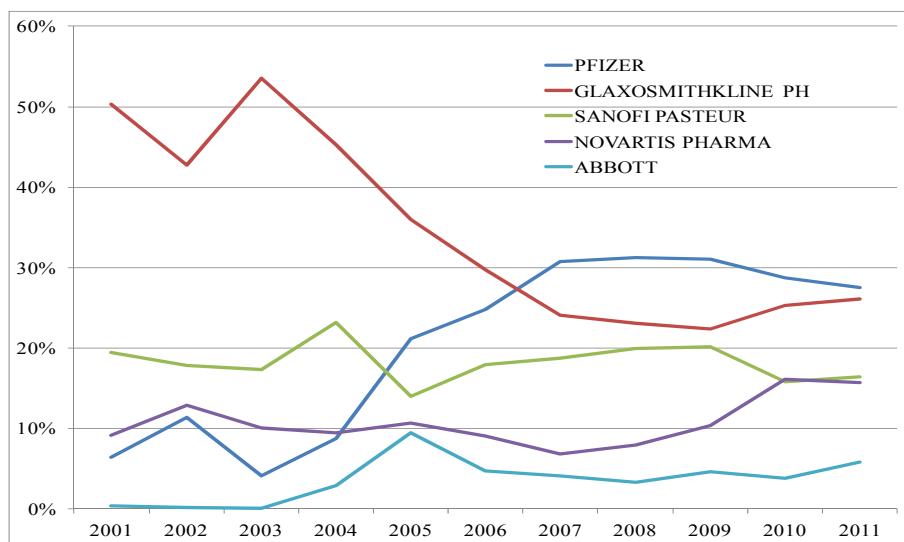
Por el contrario, estos cambios de mix, basados fuertemente en el lanzamiento de nuevos productos al mercado, son los que mejor explican el aumento en los precios. Por ejemplo, AstraZeneca introdujo dos productos en 2009 (Etiasel y Etiasel XR) con un precio mucho mayor que el promedio del mercado (y que el precio de su producto existente). Eli Lilly perdió un porcentaje importante de su *market share* entre 2001 y 2007 y lo recuperó entre

2007 y 2011 –al nivel de 2002-2003–. Cabe aclarar que Eli Lilly es el laboratorio que tiene el producto más caro de la clase terapéutica (en promedio), que utiliza un principio activo patentado, de modo que un incremento en su *market share* se traduce en un incremento significativo en el precio “promedio ponderado” de la clase terapéutica. Bagó introdujo un producto en 2008 (Seroquel XR, con 4 presentaciones) cuyo precio más que duplica al de sus productos existentes y que representa un 20% de su facturación en 2011. El precio promedio de Gador en valores constantes, por su parte, nunca alcanza el nivel del 2001 (esto es, el precio nominal siempre está por debajo del IPIM), aún luego de sustituir presentaciones de bajo precio por otras de mayor precio. En ese sentido, los mayores precios ligados a la introducción de nuevos medicamentos que alteran significativamente las participaciones de mercado de los laboratorios en esta clase terapéutica contienen una robusta evidencia inconsistente con la hipótesis de cartelización.

Clase terapéutica J07A – Vacunas puras

Esta clase terapéutica recompone precios durante el período de regulación de precios. A modo de referencia, la clase facturó \$ 233 millones en 2011. En dicho año, el indicador HHI fue 2.010, el laboratorio con mayor participación tuvo un 28% del mercado y entre los primeros 4 alcanzaron el 86%. Durante el período 2001-2006, el precio promedio estuvo siempre por debajo del IPIM, pero lo superó entre 2006 y 2011 (se multiplicó por 5, vs. el IPIM que lo hizo por 4,6).

Figura 19. Participaciones de mercado en la clase terapéutica J07A, período 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Analizando la evolución de las participaciones de mercado, se observa que Glaxo (número 15 del ranking), quien tenía más del 50% del mercado al inicio de la muestra, quedó relegado al segundo lugar con un 26% de la facturación en 2011, por Pfizer (número 6 del ranking), quien tenía menos de 10% del mercado en 2001. Sanofi Pasteur

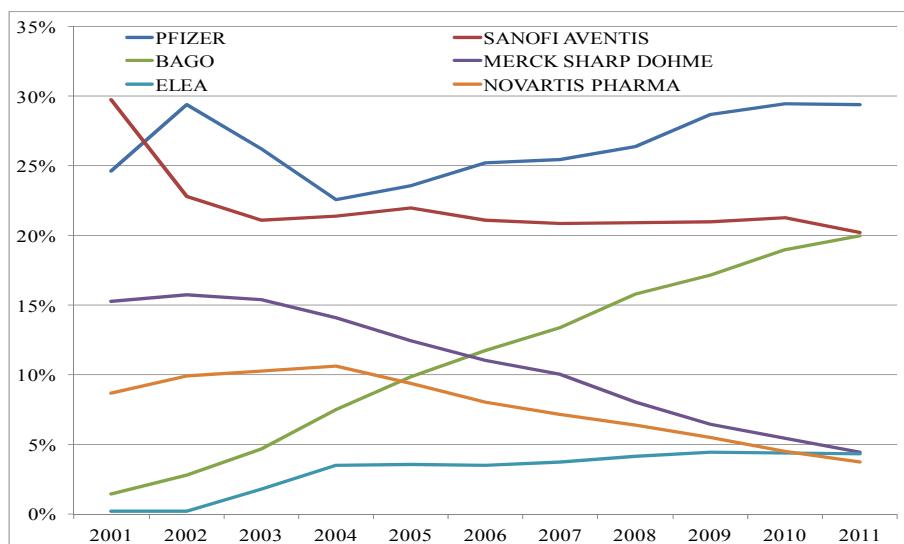
(número 69) pierde 5% de mercado,⁴⁵ al tiempo que Novartis Pharma (número 16) gana un 7% y Abbot (número 28) gana un 5%.

Clase terapéutica C03A - Diuréticos

Por último, la clase terapéutica C03A recompone en menor medida precios hacia el final de la muestra (año 2011). A modo de referencia, esta clase facturó \$ 202 millones en 2011. En dicho año, el indicador HHI fue 1.758, el laboratorio con mayor participación logró un 29% del mercado y entre los primeros 4 tenían el 74%. Durante el período 2001-2006, el precio promedio estuvo siempre por debajo del IPIM, pero lo superó entre 2006 y 2011 (se multiplicó por 4,7, vs. el IPIM que lo hizo por 4,6).

En esta clase terapéutica, Pfizer (número 6 del ranking) se mantiene como primer laboratorio, pero con una participación en la facturación que ha oscilado entre 23% y 29%. Por su parte, Sanofi Aventis (número 13) perdió participación entre 2001 y 2002 y luego se mantuvo estable en 20%. Bagó (número 2) ganó un 20% entre puntas y Elea (número 4) un 5%, mientras que Merck Sharp Dohme (número 23) perdió 10% y Novartis Pharma (número 16) otro 5%.

Figura 20. Participaciones de mercado en la clase terapéutica C03A, período 2001-2011.

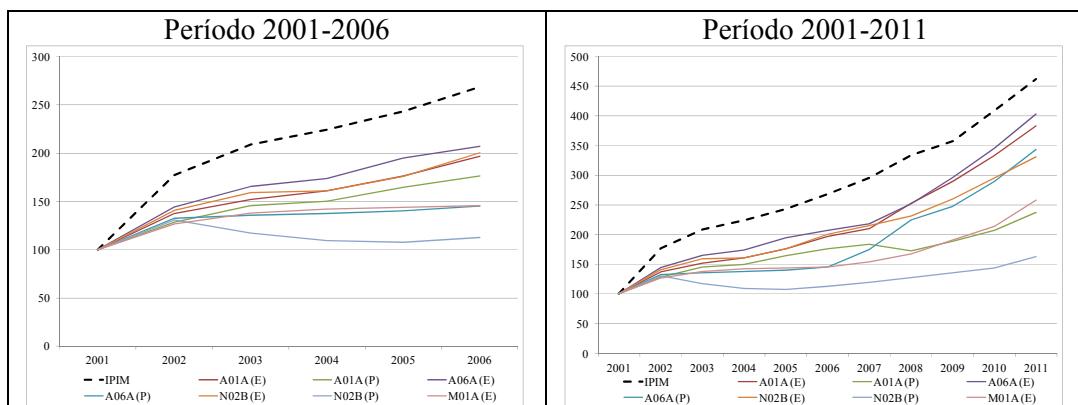


Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

La Figura 21 a continuación (en panel) muestra la secuencia de precios vs. IPIM de varios segmentos no analizados en detalle. Éstos son los segmentos éticos de las clases terapéuticas A01A, A06A, M01A, N02B y los segmentos populares de las clases terapéuticas A01A, A06A, N02B. Teniendo en cuenta que todos los índices de precios son 100 en el año 2001, tomando como base el IPIM del año 2011 el rezago porcentual de precios en cada caso fue de 17% en la clase A01A (ético), 13% en la clase A06A (ético), 44% en la clase M01A (ético), 28% en la clase N02B (ético), 49% en la clase A01A (popular), 26% en la clase A06A (popular) y 65% en la clase N02B (popular).

⁴⁵ La consideración conjunta de Sanofi Pasteur y Sanofi Aventis no altera las conclusiones del texto, dado que la participación de Sanofi Aventis en esta clase terapéutica ha sido prácticamente nula durante el período en que este laboratorio ha estado activo (2003-2011).

Figura 21. Comparación de precios de segmentos seleccionados de varias clases terapéuticas (alta facturación y baja concentración) a Nivel 3 del IMS con el IPIM, períodos 2001-2006 y 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM).

3.1.3. Tercer grupo (*alta concentración y baja facturación*)

En las dos secciones anteriores, el análisis se enmarcó en clases terapéuticas “atractivas” para realizar acuerdos colusivos por ser las de mayor facturación, tanto fueran aquéllas concentradas como menos concentradas. Dentro de los 5 grupos anatómicos estudiados en este documento existen otras clases terapéuticas de menor facturación con diferentes grados de concentración, que también son estudiadas con algún detalle. Así, de un total de 130 clases terapéuticas (128 en el segmento ético y 40 en el segmento popular), menos las ya analizadas de alta facturación (32 en mercado total, 33 en segmento ético y 6 en segmento popular), si se descartan las clases terapéuticas de menor facturación y de concentración baja a moderada (26 en mercado total, 22 en segmento ético y 2 en segmento popular, ya analizadas en las secciones 3.1.1. y 3.1.2.), las clases terapéuticas con facturación inferior a \$ 1,5 millones (17 en mercado total, 16 en segmento ético y 8 en segmento popular) y las inexistentes en el año 2001 (2 en mercado total, 2 en segmento ético y 3 en segmento popular), entonces quedan por analizar 53 clases en el mercado total, 55 en el segmento ético y 21 en el segmento popular (obviamente, descartando duplicaciones como en las secciones anteriores).⁴⁶ Ver síntesis en el Cuadro 12.

⁴⁶ Es decir, cuando las ventas de una clase terapéutica corresponden total o prácticamente al segmento ético o popular, se analiza el mercado total (utilizando el umbral de 10% de la facturación de la clase terapéutica para descartar el análisis del segmento popular o ético, respectivamente). Así, por ejemplo, la clase terapéutica A03E contiene solamente ventas éticas; el 95% de la facturación de la clase A12C corresponde al segmento ético (en ambos casos se analiza solamente el mercado total); y el 76% de la facturación de la clase A13A corresponde al segmento ético (en tal caso se analizan las tres definiciones de mercado).

Cuadro 12. Clases terapéuticas de baja facturación y alta concentración.

	Mercado Total	Segmento Ético	Segmento Popular
Clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS	130	128	40
Analizadas en Sección 3.1.1.	6	6	3
Analizadas en Sección 3.1.2.	26	27	3
De las restantes,			
$HHI < 2.500$	26	22	2
Facturación menor a \$1,5 millones en 2011	17	16	8
Eliminación de repeticiones e inexistentes en 2001	2	2	3
Analizadas en esta sección	53	55	21

Estas clases terapéuticas tienen facturación entre \$1,7 millones y \$94 millones en el mercado total, entre \$1,7 millones y \$80 millones en segmento ético y entre \$1,8 millones y \$34 millones en el segmento popular.

El Anexo B presenta un análisis detallado de las clases terapéuticas que recaen en esta categoría. En lo que respecta a la evolución de precios, cabe destacar que los precios promedio generalmente evolucionaron por debajo del IPIM en un número importante de casos y, en aquéllos cuya evolución excedió al IPIM se pudo verificar que se trató de aumentos puntuales, “efectos mix” (de productos de un laboratorio o entre laboratorios) o de problemas en la base de datos, que una vez corregidos desaparecen. No se encontraron ejemplos de aumentos coordinados de precios para lograr niveles que alcancen al IPIM (ni entre 2001 y 2006 ni luego de dicho año). Asimismo, en los casos analizados con mayor detalle (típicamente, en las clases / segmentos que se detectó un incremento real de precios respecto del IPIM), los *market shares* de los laboratorios han sido inestables y hubo bastante actividad de entradas y salidas de laboratorios al punto tal que en varios casos se modificó totalmente la configuración del mercado respectivo. También se pudo observar que los principales laboratorios de las clases terapéuticas analizadas son en muchas ocasiones diferentes de los laboratorios líderes de la industria.

De esta manera, en los casos de mercados de menor facturación tampoco se halla sustento alguno para una hipótesis colusiva en la cual debió haberse verificado un aumento de precios reales post-recuperación de la demanda respecto de la crisis del año 2002.

3.2. Conclusiones

Esta sección complementa el análisis realizado en la Sección 2.3, considerando la evolución de un conjunto de clases terapéuticas, en lugar de la evolución de los laboratorios líderes en dichas clases. Las clases analizadas fueron seleccionadas según el nivel de concentración y el tamaño del mercado (todas las clases terapéuticas de alta facturación y/o alta concentración) para facilitar y dotar de relevancia general el análisis de hipotéticas conductas colusivas al nivel de los mercados relevantes del producto así definidos. (A su vez, se eliminaron las F&A y compra-ventas de productos como fuentes potenciales de inestabilidad en los *market shares* de los laboratorios en el tiempo.) Concretamente, se examinó la eventual existencia de acuerdos colusivos en aquellos casos donde, en el período 2001-2011, hubo incrementos de precios reales una vez recuperada la demanda post-crisis de 2001-2002 y/o tuvieron una evolución independiente del mayor incentivo a competir vía precios instaurado por la Ley de Genéricos desde 2002.

En tal sentido, se verificó que el comportamiento de los precios en las clases terapéuticas de mayor facturación con indicadores de concentración HHI superior a 2.500 puntos no contiene indicios de eventuales acuerdos colusivos, habiendo evolucionado en general por debajo del IPIM. En los casos puntuales donde los aumentos de precios exceden al del IPIM (desde 2001), es posible justificar la evolución de la clase terapéutica por razones competitivas: en una clase hubo fuertes innovaciones, en otras las participaciones de mercado son inestables (en ciertos casos oscilan, en otros casos las participaciones de los laboratorios líderes son decrecientes), o cuando son estables los principales laboratorios en dichas clases no se ubican entre los laboratorios líderes de la industria. Por su parte, en mercados menos concentrados de alta facturación, solo en contadas clases terapéuticas se observaron aumentos reales del precio promedio ponderado, y de todas formas éstos se deben al lanzamiento de nuevos productos (modificando el mix de los mismos), a aumentos puntuales, o se producen en el contexto de participaciones de mercado sumamente inestables. Por su parte, en mercados concentrados de baja facturación cuyos precios reales aumentaron post-2001, las principales razones son “efectos mix” (de productos de un laboratorio o entre laboratorios), aumentos puntuales o problemas en la base de datos, y en ausencia de razones identificables estos aumentos fueron acompañados por *market shares* inestables o una fuerte actividad de ingreso y salida de laboratorios, típicamente distintos de los laboratorios líderes de la industria.

Sección 4: Contexto competitivo y precios de los medicamentos

4.1. El marco regulatorio

El marco regulatorio de la industria farmacéutica sufrió una fuerte transformación en la década del '90 que incluyó: a) el abandono del modelo de sustitución de importaciones – promovido a través de elevados niveles de protección arancelaria llegando en casos hasta la virtual prohibición del ingreso de medicamentos listos para el consumo–; b) la eliminación de la política de estricto control de precios de los medicamentos; c) una simplificación, transparencia y mayor agilidad en el registro de productos, a cargo de la ANMAT –organismo descentralizado creado en 1992 para el control y fiscalización de productos que hacen a la salud humana–; y d) el reconocimiento de la patentabilidad de los productos farmacéuticos, protección que entró en vigencia efectiva el 23 de octubre de 2000.

Con excepción del reconocimiento del derecho de patentes sobre los productos farmacéuticos, este conjunto de medidas significaron menores barreras a la competencia en el mercado farmacéutico de las que habían existido en el pasado, caracterizado por una política proteccionista y discrecional.

Así, el proceso de aprobación de productos farmacéuticos –regulado por la ley 24.766, el decreto 150/92 y sus modificatorios– ha representado un notable avance a través de la implementación de una vía rápida para la autorización a comercializar productos a elaborarse en nuestro país que resulten similares a otros ya registrados localmente o similares a otros autorizados en un conjunto de países de alta vigilancia sanitaria (Países Grupo I), como asimismo a importar especialidades que sean similares a otras autorizadas en tales países –aún cuando constituyan una novedad en el registro local– o de otro grupo selecto de naciones (Países Grupo II) si son similares a otras comercializadas en el mercado doméstico (Cuadro 13).

Cuadro 13. Vía rápida para el registro de medicamentos.

Productos a elaborarse en el país	Productos importados
Similares a otros registrados en Argentina	De países Grupo I, si se comercializan en ellos (incluye novedades para el registro argentino)
Similares a otros autorizados en países Grupo I	De países Grupo II, similares a otros registrados en Argentina

donde:

Países Grupo I	Países Grupo II
Estados Unidos, Japón, Suecia, Suiza, Israel, Canadá, Austria, Alemania, Francia, Reino Unido, Países Bajos, Bélgica, Dinamarca, España e Italia	Australia, México, Brasil, Cuba, Chile, China, Finlandia, Hungría, Irlanda, Noruega, Luxemburgo y Nueva Zelanda

En estos casos es suficiente la presentación de documentación abreviada para la obtención del registro sanitario en la Argentina. La demora para la aprobación de un nuevo fármaco que cumpla con los requisitos señalados, según establece el decreto correspondiente, no debe superar los 6 meses.

La presentación de documentación completa, incluyendo estudios pre-clínicos y clínicos, se requiere solamente en los casos de solicitudes de registro de novedades terapéuticas absolutas o de productos nuevos (no registrados en la Argentina o en países de alta vigilancia sanitaria), proceso que –como es la práctica habitual– puede tomar varios años hasta la aprobación.

Es evidente que el objetivo de esta normativa ha sido reducir el tiempo de evaluación de los nuevos productos a ser introducidos al mercado, aprovechando los esfuerzos en ese sentido ya realizados por las autoridades de los países confiables en materia sanitaria y/o los efectuados por la propia autoridad local. De esta manera, las barreras a la entrada por razones de salubridad parecen haberse limitado a las mínimas necesarias para otorgar confiabilidad a estas tareas, favoreciendo de este modo la comercialización de productos similares y con ello la competencia vía precios.

En este sentido, como se mencionara previamente, la única limitación regulatoria a la proliferación de la oferta es el derecho de patente de invención sobre los productos farmacéuticos reconocido en la Argentina a partir de la ley 24.481 (modificada por las leyes 24.572 de 1996 y 25.856 de 2004), sancionada para dar cumplimiento al Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio de la Organización Mundial del Comercio, más conocido por su acrónimo en inglés, TRIPS. La normativa argentina hizo uso de la facultad que otorgó el TRIPS de establecer un período de transición para el reconocimiento de este derecho, por lo que su vigencia plena se inició el 23 de octubre de 2000. A partir de esa fecha, entonces, los productos farmacéuticos nuevos, con actividad inventiva, aplicabilidad industrial y que cumplan los demás requisitos de patentabilidad, pueden ser objeto de patente –sean producidos localmente o importados–, lo cual confiere un derecho de exclusividad al titular por un período de 20 años desde su solicitud. Esto significa que mientras la patente está vigente, la molécula (sustancia activa) del producto original no puede ser explotada por los competidores, enfrentando sólo la competencia de posibles sustitutos terapéuticos.

No obstante, la legislación argentina contempla la situación de abuso de poder de mercado del titular de una patente, en cuyo caso el Instituto Nacional de la Propiedad Industrial –autoridad de aplicación de la ley– tiene la facultad de otorgar licencias compulsivas cuando la CNDC haya determinado que el titular de la patente ha incurrido en prácticas anticompetitivas.

A partir de la puesta en vigencia de esta ley, la estrategia de desarrollo de gran parte de las empresas nacionales debió modificarse, ya que no fue posible –como había sido habitual hasta entonces– efectuar ingeniería inversa de nuevas moléculas, ahora bajo protección de patente, pudiendo incursionar en este mercado a través de innovaciones propias y/o contratos de licencia con los laboratorios originadores.⁴⁷ Sin embargo, dado que la ley no tuvo carácter retroactivo, en el caso de productos existentes al 23 octubre de 2000 ha sido posible continuar con la elaboración de productos similares a los originales sin que medien acuerdos comerciales.⁴⁸

⁴⁷ Dado que el patentamiento tiene alcance territorial, si el laboratorio original no solicita protección en la Argentina para un fármaco dado, continúa siendo posible que se lancen en el mercado local productos similares a éste por parte de otras compañías farmacéuticas.

⁴⁸ Sin perjuicio de ello, el Art. de TRIPS estableció la llamada “*mail box protection*” por la cual los Miembros de la OMC debían prever un mecanismo para recibir solicitudes de patentes de productos farmacéuticos cuya fecha de presentación en el Miembro de que se trate fuera el 1º de enero de 1995 –o con prioridad invocada al 1º de enero de 1994–, pero no estaban obligados a concederlas hasta el vencimiento de los períodos de transición del artículo 66. En el caso de Argentina, los artículos 100 y 101 de la ley 24.481 (t.o. decreto 260/96) incorporaron dicha previsión de TRIPS. Por tales razones, hay productos farmacéuticos que estaban en el mercado antes del 23 de octubre de 2000, con solicitudes de patentes presentadas después del 1º de enero de 1995 y que sólo pudieron convertirse en patentes, de cumplirse todos los requisitos legales, a partir del 23 de octubre de 2000.

De este modo, la oferta de productos farmacéuticos de la Argentina se encuentra dividida en tres segmentos desde el punto de vista de la propiedad industrial: productos protegidos por patentes; productos obtenidos mediante licencias; y productos similares, en este último caso, con marca comercial o sin marca.

El marco regulatorio que moldea la competencia en la industria farmacéutica fue completado con una nueva normativa a comienzos de la década pasada. En efecto, a raíz de la crisis macroeconómica ocurrida en 2001-2002, se creó el escenario propicio para facilitar la aprobación de una ley que había sido promovida –sin éxito– diez años antes, que procuró potenciar la competencia vía precios en un mercado en el que se suponía que ésta estaba limitada por una fuerte diferenciación de productos por marca comercial. Es así que, en agosto de 2002, se sanciona la Ley de Genéricos que establece que toda receta médica debe efectuarse expresando el nombre genérico del medicamento, seguida de la forma farmacéutica, la cantidad de unidades por envase y la concentración, disponiendo que el profesional farmacéutico debe informar al público de todas las marcas comerciales que se ajusten a lo prescripto. Si bien se admite que la receta puede indicar, además del nombre genérico, la marca comercial sugerida por quien la prescribe, el profesional farmacéutico tiene la obligación de sustituir la misma por una especialidad medicinal de menor precio que contenga los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades, si el consumidor solicita un producto de menor precio.

En tal sentido, más allá de que puedan existir distintas apreciaciones sobre esta normativa por parte de diversos actores en la industria, en particular sobre el grado de equivalencia terapéutica entre diversos medicamentos, resulta claro que esta nueva legislación facilitó la competencia vía precios.

En lo que concierne a la política de precios, y en el marco de las medidas tendientes a controlar la tasa de inflación, hacia el año 2004 las cámaras empresarias representativas de este sector firmaron acuerdos con las autoridades nacionales para mantener transitoriamente rebajados en un 10% los precios de un conjunto de productos. A partir del vencimiento de tales acuerdos, a mediados de 2006, la política oficial ha consistido en el abandono de la libertad de fijación que había prevalecido desde inicios de los '90, reemplazándola por un seguimiento estricto de los precios de los medicamentos, existiendo autorizaciones tácitas o informales de incremento porcentual diferenciando entre tres categorías de fármacos –popular, intermedio y premium– según el impacto social de los mismos y su importancia en la cartera de productos de cada laboratorio.

4.2. La evolución de los precios

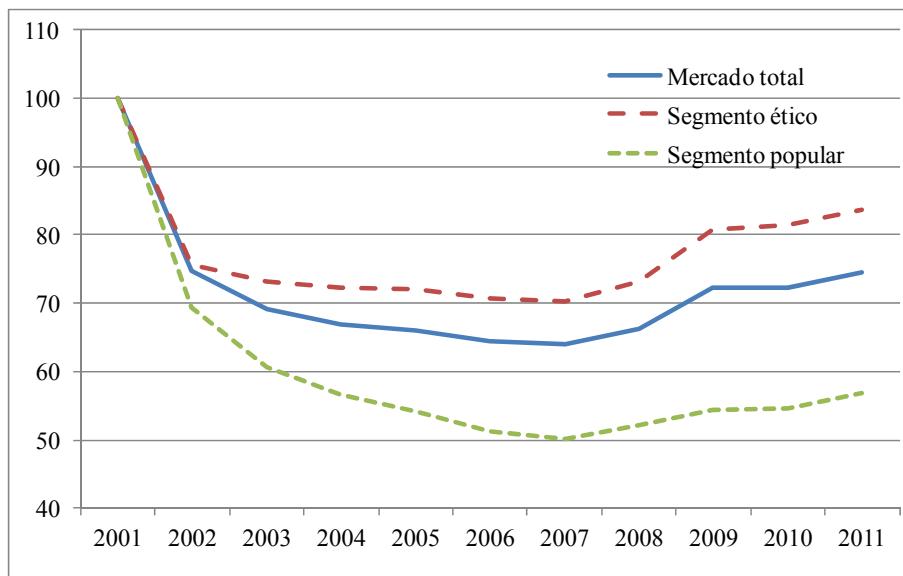
El análisis de los precios de los productos farmacéuticos entraña diversas dificultades metodológicas, por lo que es frecuente que, dependiendo del indicador que se adopte, los resultados puedan ser muy diversos, e incluso de signo contrario. En esta sección se exploran distintas alternativas de cómputo para aproximar su evolución en los últimos once años (2001-2011) con el objeto de, primero, evaluar la robustez de las distintas medidas de precios; y, segundo, verificar si la evolución de precios post-2001 es consistente con la hipótesis de cartelización de la industria. La información utilizada para este análisis es la que elabora el IMS, que excluye las ventas por el canal institucional.

En principio, el indicador más básico y tradicional al que suele hacerse referencia en cualquier estudio de precios del sector es el denominado precio medio, computado a partir de dividir el monto de ventas total al mercado interno en moneda local por las unidades comercializadas, de modo tal que en rigor constituye un precio promedio

ponderado (por volumen de ventas) de todos los medicamentos comercializados. Este agregado aumentó aproximadamente un 245% en el período 2001-2011, lo que significa que en términos reales (utilizando como deflactor el IPIM) se redujo entre puntas algo más de un 25%. La evolución en ese lapso muestra una brusca caída en moneda constante en el año 2002 (25%) y una suave tendencia declinante hasta 2007 que se compensa con la moderada recuperación que se registra desde entonces.

Al evaluar el comportamiento del precio medio ponderado por segmentos, se observa en ambos (Figura 22) un comportamiento similar al del mercado total, aunque con variaciones de diferente magnitud: la contracción inicial en términos reales (año 2002), que resultó del 24% en el segmento ético, trepó al 31% en el segmento popular; en este último, la declinación que siguió y la posterior recuperación significaron que el precio medio (en moneda constante) en 2011 fuera 43% inferior al de 2001 e incluso 18% menor al correspondiente al año 2002; en el segmento ético, en cambio, el precio medio real en 2011 fue 17% menor al de 2001, pero 11% superior al de 2002.⁴⁹

Figura 22. Evolución del precio promedio ponderado de los medicamentos en términos reales. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado es IPIM.

Debe destacarse, sin embargo, que existen diversos factores que tornan compleja la interpretación del precio promedio ponderado de la industria. En primer lugar, al surgir del cociente entre el monto y el volumen de ventas, la forma en la que se computa este último es determinante del resultado obtenido. Al respecto, tales unidades se refieren al número de “cajas” o “envases”, sin considerar el tamaño de los mismos. Ello significa, entonces, que un cambio en el consumo hacia presentaciones de mayor tamaño – manteniendo constantes las cantidades efectivamente consumidas de los productos– se refleja estadísticamente en un menor volumen de ventas, y en consecuencia en un precio

⁴⁹ El mercado total se distribuye a lo largo de todo el período en proporciones relativamente estables de 90% correspondiente al segmento ético y 10% al popular; en términos de unidades, en cambio, el segmento popular aumenta su participación del 15% al 27% entre 2001 y 2011.

medio más elevado, aún cuando el precio unitario (por comprimido, ml., etc.) pudiera resultar más bajo.

En segundo lugar, cambios en el mix de productos consumidos –por ejemplo, por cuestiones demográficas y/o de perfil sanitario, de hábitos o incentivos de prescripción, de variaciones en el nivel o distribución del ingreso, etc.– o en las formas farmacéuticas suministradas (inyectables por comprimidos, por caso) y/o en la concentración de la droga, involucran diferentes montos y unidades de ventas; y, por ende, una modificación en el precio medio, aún cuando los precios de cada producto puedan haber permanecido estables.

En tercer lugar, éste es un mercado en el cual las innovaciones juegan un rol primordial, en un marco en que la tendencia actual está orientada a reemplazar ciertos medicamentos por otros que requieran un consumo menor de dosis diarias o una cantidad menor de días de suministro. En estas situaciones puede ocurrir, entonces, que la sustitución de medicamentos de lugar a que el tratamiento de la enfermedad sea menos costoso, aún cuando el precio del nuevo fármaco sea superior al anterior. A ello debe agregarse la aparición de novedades farmacológicas que sustituyen terapias alternativas (quirúrgicas, internaciones clínicas, etc.) o que directamente permitan tratar cierta enfermedad que previamente no tenía tratamiento.

Si bien contemplar este último factor requiere efectuar análisis del tipo costo-efectividad que escapan a cualquier estudio tradicional de precios, es posible contemplar los dos restantes a través de distintas mediciones alternativas al precio medio ponderado revisado anteriormente.

Un mecanismo para evaluar la evolución de los precios de los medicamentos eliminando los problemas de cambios en el mix de consumo, consiste en medir las variaciones que arroja el IPIM en el rubro que agrupa los productos farmacéuticos,⁵⁰ aunque este método –precisamente por mantener una canasta fija– no capta la introducción de nuevos fármacos.

Este análisis (Figura 23) revela que entre 2001 y 2011, el IPIM de productos farmacéuticos acusó un incremento nominal del 222%, mientras que en ese mismo lapso el IPIM nivel general registró una suba de 404%, dando cuenta de una reducción importante en el precio relativo de estos bienes (36%). La caída más pronunciada en términos reales se registró en el año 2002 (23%), a lo que siguió una contracción del 13% entre 2002 y 2007 y una ulterior del 3% entre 2007 y 2011.

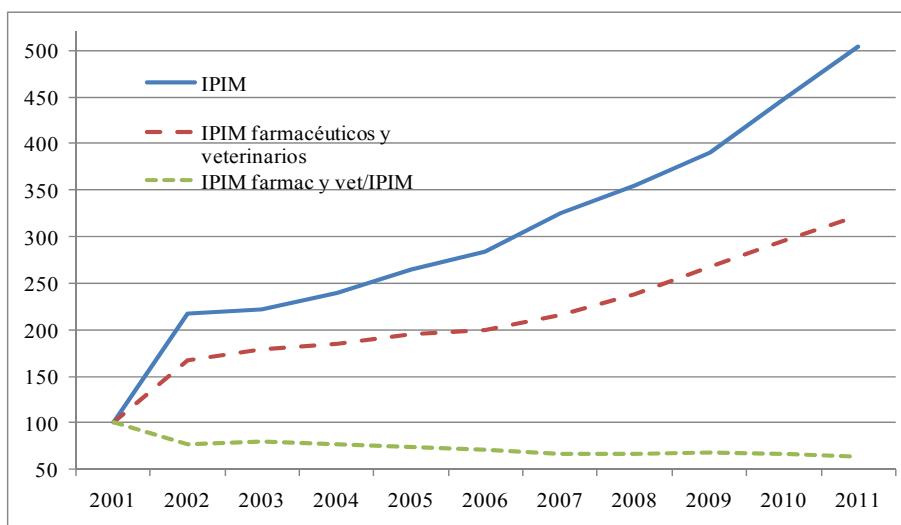
Una evaluación alternativa que se presenta a continuación consiste en computar diversos indicadores de precios y su evolución en la década, a partir de los datos individuales correspondientes a los productos disponibles en el mercado (en sus distintas presentaciones) según se publican en el Manual Farmacéutico, para lo cual se han considerado los valores correspondientes al mes de diciembre de cada año.

Una de las variantes evaluada consiste en considerar el precio promedio lineal (es decir, no ponderado por volumen de ventas) de la canasta integrada por aquellos productos que, sin interrupción, se mantuvieron disponibles a la venta en todos los años a lo largo del período 2001-2011 (que denominaremos “canasta común” del período 2001-2011), un total de más de 4.650. La desventaja de este método es que asigna igual importancia a

⁵⁰ El rubro del IPIM que capta la evolución de los precios de los productos farmacéuticos incluye también los veterinarios, por lo que es una aproximación no del todo precisa.

medicamentos / presentaciones que tienen distinta participación en las ventas y que, obviamente –como ocurre con el IPIM de productos farmacéuticos– no permite captar el impacto del lanzamiento de nuevos productos al mercado.

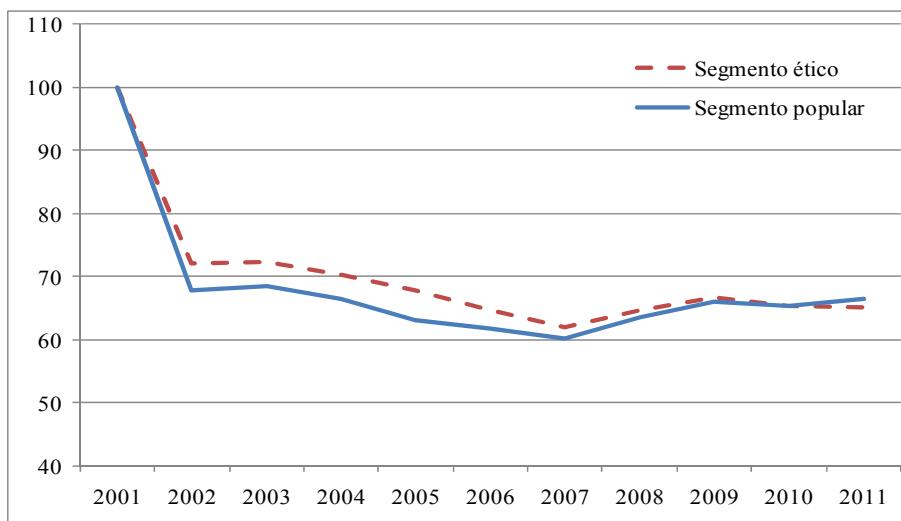
Figura 23. Índices de precios mayoristas, general, sectorial y relativo, base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM).

Este ejercicio (Figura 24) arroja un deterioro en el precio medio real de los fármacos en el segmento ético del 28% en el año 2002, una tendencia suavemente declinante a partir de 2004 que se revierte parcialmente en 2008/2009 y se estabiliza desde entonces, totalizando una reducción en moneda constante del orden del 35% entre 2001 y 2011. En el segmento popular, la caída inicial es levemente más pronunciada (32%), brecha que se cierra en los últimos años, finalizando el período estudiado con un precio medio real que resulta similar al registrado en el segmento ético.

Figura 24. Evolución del precio medio lineal de la canasta común 2001-2011, en términos reales. Índices base 2001=100.



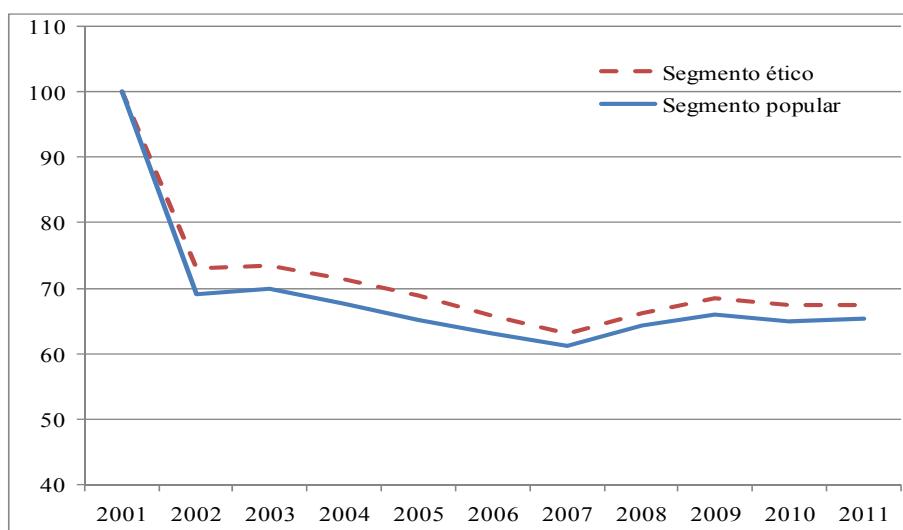
Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado es IPIM.

A modo de referencia puede señalarse que de los 4.655 productos que integran la canasta evaluada en ambos mercados, sólo 422 acusaron un aumento en términos reales en el lapso bajo análisis, mientras que casi 3.500 productos mostraron una caída en moneda constante superior al 20%, de los cuales más de una cuarta parte registró un deterioro que excedió el 50%.

Un ejercicio de características similares resulta de computar, por un lado, la evolución del precio medio simple de la “canasta común” del período 2001-2006 (aquellos que se comercializaron en todos los años de ese lapso) y la correspondiente al quinquenio 2006-2011, empalmando la serie en el año en que se superponen. Esta variante permite trabajar con canastas más ampliadas que la que resulta de considerar los fármacos que se mantuvieron en el mercado durante los 11 años que van desde 2001 a 2011. Así, para el mercado total, los productos involucrados ascienden a 6.408 y 6.793 en los 6 primeros años y en los 5 últimos, respectivamente, en tanto que los correspondientes al segmento ético totalizan 5.524 y 5.805 en cada caso.

Los resultados de este ejercicio no difieren mayormente del caso anterior, excepto que la caída inicial más pronunciada en el precio medio del mercado popular en relación al del segmento ético no se cierra en los últimos años (Figura 25). Así, el precio medio en moneda constante de los productos de venta bajo receta cae en algo más del 27% en el año 2002 mientras que en el segmento popular ese guarismo trepa al 30%, ambos muestran una tendencia declinante a partir de 2004 y una recuperación parcial en 2008/2009, estabilizándose en los últimos años en ese nivel, lo que significó una reducción en términos reales de algo más del 32% y 35% entre 2001 y 2011, para las líneas ética y popular, respectivamente.

Figura 25. Evolución del precio medio lineal de la canasta común 2001-2006 y 2006-2011, en términos reales. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado es IPIM.

La evaluación del comportamiento de los precios individualmente considerados del mercado total (Cuadro 14) muestra que en el período 2001-2006, algo menos de 450 productos en sus distintas presentaciones –sobre el total de más de 6.400 que integran la canasta común de ese lapso– fueron los que observaron aumentos reales, mientras que los restantes acusaron una disminución. En el quinquenio 2006-2011, en cambio, se detecta

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

un comportamiento algo más heterogéneo, dado que de casi 6.800 productos, cerca de 3.900 muestran una recomposición en moneda constante, en tanto que los otros 2.900 sufren una caída en el precio real.

Cuadro 14. Variaciones de precios en términos reales respecto del año base de cada período considerado.

	Nº productos con variación real de precio positiva	Nº productos con variación real de precio >5%	Nº productos con variación real de precio >10%	Nº productos con variación real de precio >15%	Nº productos con variación real de precio >20%	Nº productos con variación real de precio >50%	Nº productos con variación real de precio >75%	Nº productos con variación real de precio >100%
Canasta común 2001-2011 (4.655)	422	337	267	207	161	47	25	10
Canasta común 2001-2006 (6.408)	438	310	251	197	148	41	17	11
Canasta común 2006-2011 (6.793)	3.892	3.607	2.562	1.467	950	137	46	23
	Nº productos con variación real de precio negativa	Nº productos con caída real de precio >5%	Nº productos con caída real de precio >10%	Nº productos con caída real de precio >15%	Nº productos con caída real de precio >20%	Nº productos con caída real de precio >50%	Nº productos con caída real de precio >75%	Nº productos con caída real de precio >80%
Canasta común 2001-2011 (4.655)	4.233	4.115	3.962	3.757	3.468	985	73	24
Canasta común 2001-2006 (6.408)	5.970	5.839	5.663	5.417	5.084	1.048	44	7
Canasta común 2006-2011 (6.793)	2.901	2.655	2.359	1.682	675	11	1	0

Diversos cálculos alternativos efectuados para distintos períodos aplicando la metodología de evaluación de la evolución de precios de la “canasta común” arrojan resultados muy semejantes, confirmando una caída brusca al inicio de la década y una suave y persistente tendencia declinante posterior, hasta el repunte en 2008 seguido de una estabilización en los últimos años (Cuadro 15).

Cuadro 15. Evolución del precio medio lineal de canastas comunes de medicamentos para períodos seleccionados, en términos reales. Índices base año inicial = 100.

Mercado total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Precio promedio canasta común 2001-2011 (4.655)	100,00	71,88	72,23	70,10	67,53	64,60	61,96	64,58	66,64	65,27	65,31
Precio promedio canasta común 2001-2006/2006-2011	100,00	72,70	73,27	71,09	68,57	65,54	62,86	66,12	68,28	67,20	67,25
Precio promedio canasta común 2003-2011 (6.409)			100,00	96,77	93,04	89,40	85,75	90,23	93,21	91,74	91,83
Precio promedio canasta común 2006-2011 (6.793)						100,00	95,91	100,88	104,19	102,53	102,61
Precio promedio canasta común 2007-2011 (9.881)							100,00	104,24	107,24	105,65	105,78
Precio promedio canasta común 2009-2011 (10.174)									100,00	98,50	98,60
Precio promedio canasta común 2001-2006 (6.408)	100,00	72,70	73,27	71,09	68,57	65,54					
Precio promedio canasta común 2001-2007 (5.765)	100,00	72,57	73,17	71,00	68,52	65,52	62,52				
Segmento ético	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Precio promedio canasta común 2001-2011 (4.128)	100,00	72,09	72,42	70,30	67,76	64,75	62,05	64,63	66,68	65,26	65,25
Precio promedio canasta común 2001-2006/2006-2011	100,00	72,95	73,50	71,33	68,80	65,71	62,98	66,24	68,45	67,36	67,38
Precio promedio canasta común 2003-2011 (5.527)			100,00	96,83	93,20	89,48	85,76	90,23	93,25	91,77	91,82
Precio promedio canasta común 2006-2011 (5.805)						100,00	95,84	100,80	104,17	102,51	102,55
Precio promedio canasta común 2007-2011 (8,059)							100,00	104,19	107,26	105,68	105,73
Precio promedio canasta común 2009-2011 (8.257)									100,00	98,51	98,56
Precio promedio canasta común 2001-2006 (5.524)	100,00	72,95	73,50	71,33	68,80	65,71					
Precio promedio canasta común 2001-2007 (5.015)	100,00	72,82	73,41	71,26	68,74	65,68	62,64				
Segmento popular	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Precio promedio canasta común 2001-2011 (527)	100,00	67,94	68,45	66,38	63,14	61,66	60,17	63,51	65,94	65,41	66,44
Precio promedio canasta común 2001-2006/2006-2011	100,00	69,18	69,99	67,67	65,24	63,11	61,19	64,42	65,91	64,96	65,38
Precio promedio canasta común 2003-2011 (882)			100,00	95,98	90,62	88,12	85,62	90,22	92,57	91,33	91,99
Precio promedio canasta común 2006-2011 (988)						100,00	96,95	102,07	104,44	102,93	103,59
Precio promedio canasta común 2007-2011 (1.822)							100,00	104,96	106,99	105,24	106,41
Precio promedio canasta común 2009-2011 (1.917)									100,00	98,32	99,16
Precio promedio canasta común 2001-2006 (884)	100,00	69,18	69,99	67,67	65,24	63,11					
Precio promedio canasta común 2001-2007 (750)	100,00	68,70	69,44	67,07	65,03	63,07	60,72				

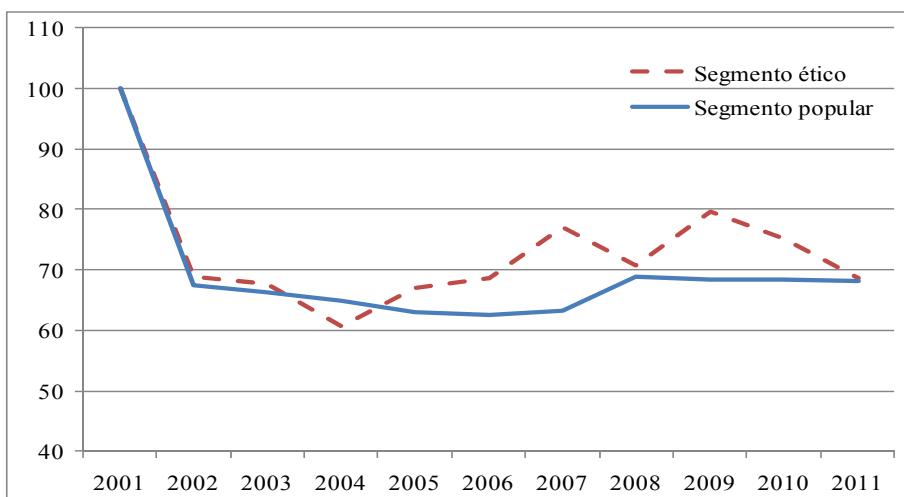
Notas: (1) el deflactor utilizado es el IPIM; (2) los productos que simultáneamente se clasifican como ético y popular fueron incluidos en el mercado total pero no asignados a ningún mercado específico.

Finalmente, un cálculo adicional efectuado ha sido considerar el precio promedio lineal (sin ponderar por volumen de ventas) correspondiente a cada año en base a la totalidad de los productos existentes en el mismo, es decir que las canastas difieren de un año a otro. Este ejercicio permite visualizar el impacto del ingreso de nuevos productos al mercado –

con precios normalmente superiores al de los existentes– pero, a diferencia del precio medio ponderado por volumen de ventas, aísla efectos de cambios en el consumo; de todos modos no permite distinguir si las variaciones encontradas responden efectivamente a cambios en los precios o introducción de nuevas presentaciones y/o nuevos fármacos.

Este ejercicio (Figura 26) refleja una fuerte caída en el precio medio lineal en términos reales en el año 2002 en ambos segmentos (entre 31% y 32%) y un deterioro ulterior que en el mercado ético culmina en 2004, adicionando una caída de 12% sobre los registros de 2002, recuperándose sólo parcialmente y con altibajos hasta el final del período considerado, determinando que hacia 2011 el precio real se ubique en los niveles de 2002, con una reducción respecto del año base (2001) de algo más de 31%. En el segmento popular, en cambio, la tendencia declinante se extiende hasta 2007 para, luego de un incremento en 2008, estabilizarse en esos valores.

Figura 26. Evolución del precio medio lineal de la canasta completa de cada año, en términos reales. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado es IPIM.

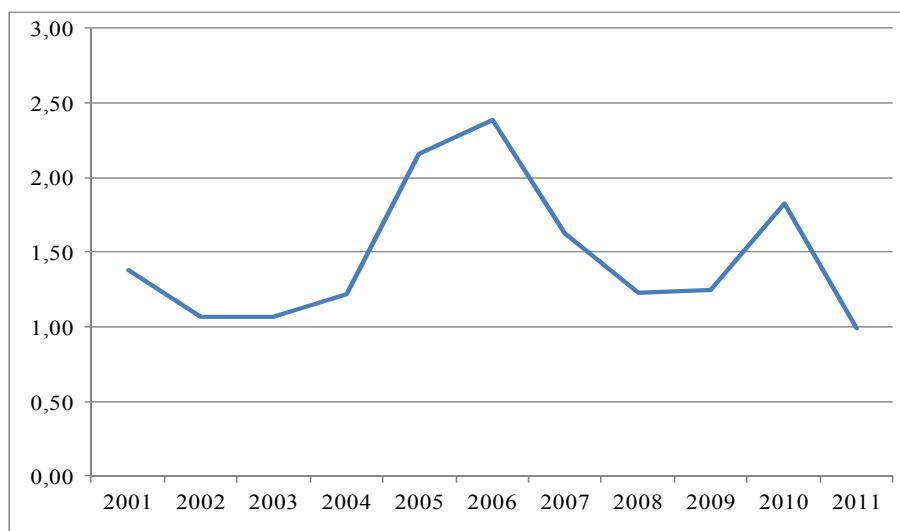
Es probable que la recuperación parcial que se observa en el segmento ético en este ejercicio para el lapso 2004-2009 (con una transitoria caída en 2008), y que lo diferencia de otras mediciones de precios presentadas, esté vinculado con el lanzamiento de nuevos productos al mercado (no contemplado en las mediciones con la metodología de “canasta común”), dado que –como se observa en la Figura 27 a continuación– el precio relativo de las novedades (productos lanzados en los últimos 2 años) en relación a los productos ya instalados en el mercado (aquellos que tienen más de 2 años en el mercado) es normalmente superior a 1, pero además refleja una brecha más amplia entre 2004 y 2008.

En síntesis, la evidencia hasta aquí aportada muestra en forma contundente –a través de diversos indicadores evaluados– que la evolución de los precios de los medicamentos en términos reales en la última década nunca recuperó completamente la caída registrada en el año 2002, ubicándose en varias de estas mediciones aún por debajo de ese nivel hacia el año 2011. De hecho, comparando los años 2001 y 2011, los distintos indicadores de precios muestran caídas en términos reales similares (entre 25% –cuando se comparan valores anuales– y 35% –cuando se comparan valores a diciembre) respecto del IPIM.

Así, la evidencia indica que la Ley de Genéricos, aprobada en un contexto económico y social crítico en el cual el poder de compra de la población había caído abruptamente, fue

coincidente y luego sucedida por una fuerte caída en el precio real de los medicamentos que nunca llegó a revertirse ni anularse pese a la fuerte recuperación de la economía luego del año 2004.

Figura 27. Precio relativo de lanzamientos últimos dos años y productos existentes en el segmento ético, período 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

En efecto, en el lapso bajo análisis el PBI en moneda constante se contrajo un 11% en el año 2002, para luego iniciar una etapa ininterrumpida de recuperación y crecimiento, tal que a fines de 2011 el aumento acumulado respecto de 2001 fue de casi 75% (57% en términos *per cápita*). Concordante con este comportamiento, el volumen de productos farmacéuticos colocados en el mercado local observó una caída superior al 20% en el año 2002, momento a partir del cual creció con una tendencia sostenida hasta superar en 2011 en un 87% (un 62% en el segmento ético y 221% en el popular) los niveles de 2001 (ver Figuras 28 a 31).

Figura 28. Mercado total: Índices reales base 2001=100.

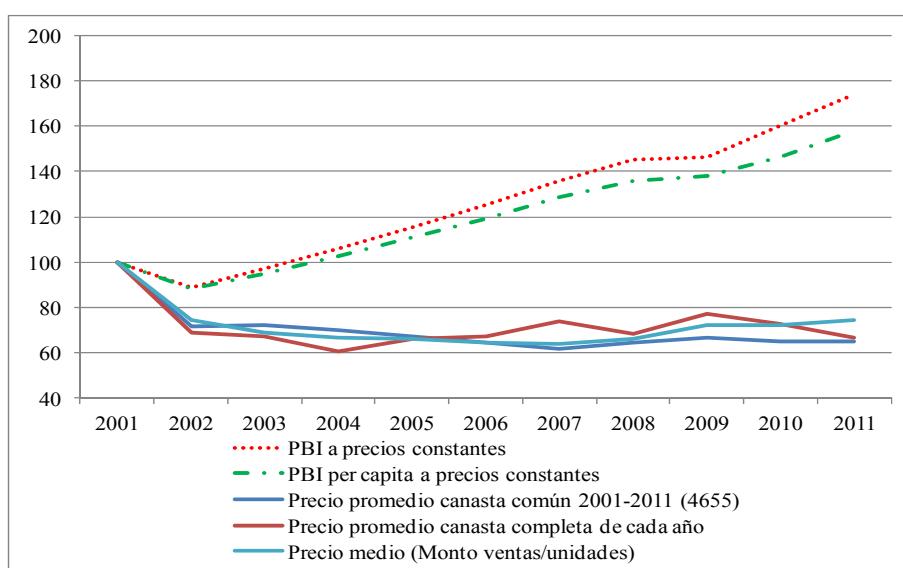


Figura 29. Segmento ético: Índices reales base 2001=100.

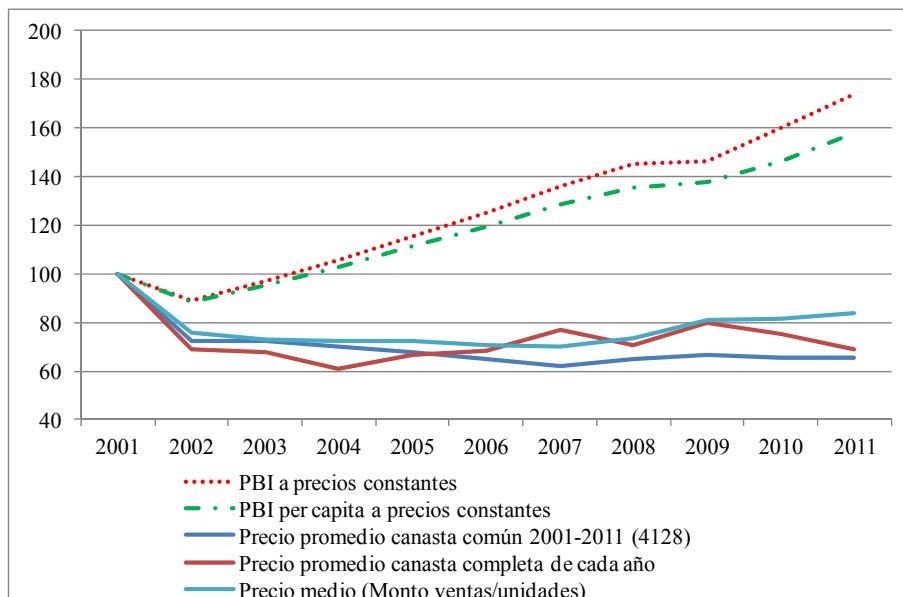


Figura 30. Segmento popular: Índices reales base 2001=100.

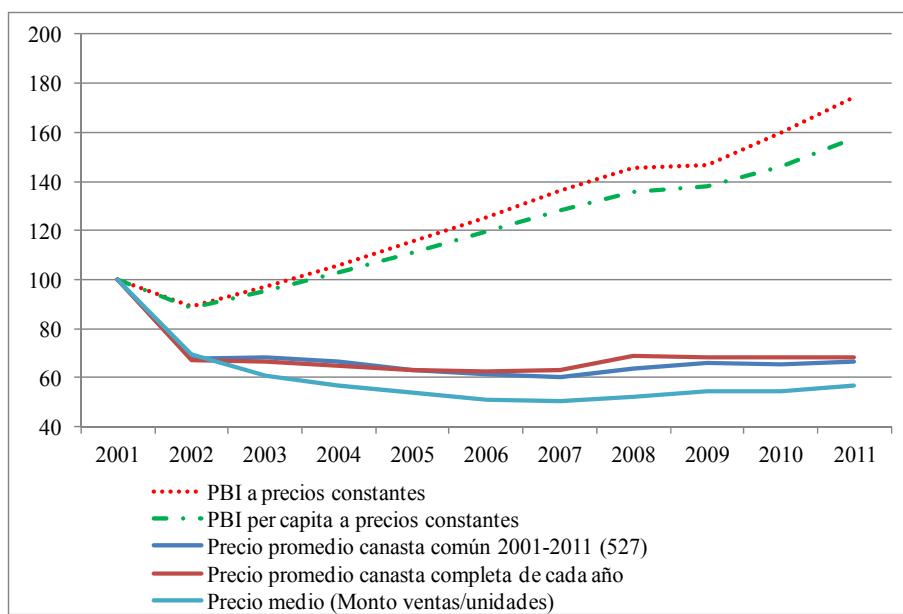
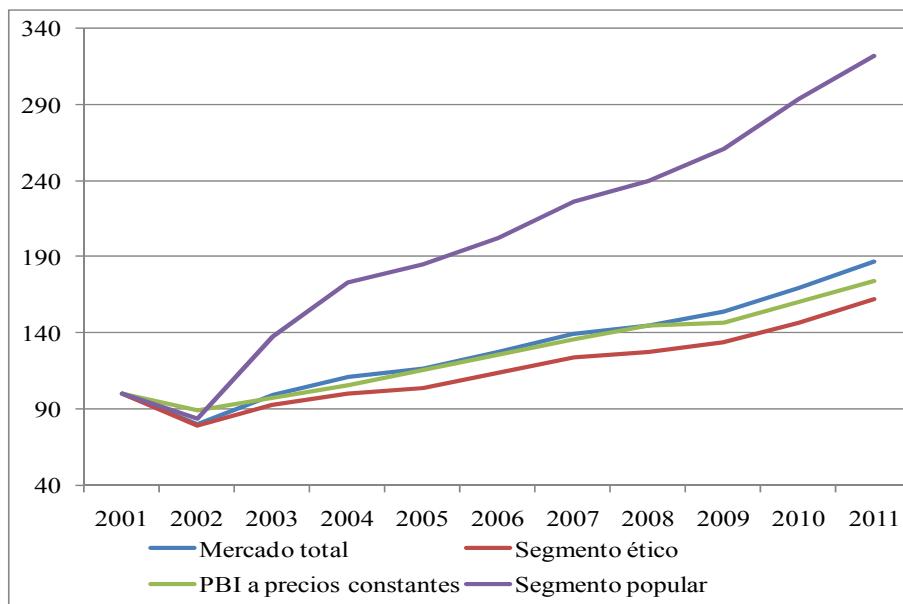


Figura 31. Evolución del volumen de ventas del mercado farmacéutico y PBI. Índices base 2001=100.



En tal sentido, debe notarse que este comportamiento es contrario al que cabría esperar en un mercado cartelizado (en el cual el precio real superaría al vigente en 2001 una vez que la capacidad de pago de la demanda hubiera superado aquel valor) y más bien es consistente con un grado importante de competencia en el sector. Al menos en lo que respecta al segmento ético, esta dinámica competitiva es consistente con el fortalecimiento de la competencia vía precios entre los distintos laboratorios –reduciendo la importancia del valor diferencial de las marcas– impulsada por la política de prescripción por el nombre genérico de la droga que se convirtió en ley en el año 2002.

Sección 5: Comparación internacional de precios

La comparación internacional de precios de productos farmacéuticos es una tarea compleja, residiendo una de las principales dificultades en las diferencias existentes en las canastas comercializadas en cada mercado. En general, el conjunto de fármacos que son idénticos en todas sus dimensiones entre dos o más países (marca comercial, presentación, concentración, tamaño del envase, etc.) representa una fracción reducida de las ventas totales en cualquier plaza, por lo que los resultados que surgen de su comparación son precisos pero de relevancia limitada. Efectuar comparaciones más representativas –cualquiera sea el método aplicado para fijar los criterios de semejanza entre productos– implica, en su lugar, resignar precisión en los resultados. Por este motivo, no existe una medida única para captar las diferencias de precios de medicamentos entre países, pudiendo obtenerse distintos resultados según la metodología aplicada.

En esta sección se lleva a cabo un análisis de los precios de los productos farmacéuticos de la Argentina en comparación con los países más representativos de Latinoamérica y, en función de las consideraciones metodológicas señaladas, se ha optado por presentar diversas mediciones alternativas. Dos mediciones se basan en criterios sólo medianamente exigentes de semejanza de productos, en tanto que el tercero requiere que los fármacos sean idénticos para ser comparables.

5.1. Aclaraciones sobre la información utilizada

Para realizar los ejercicios de comparación de precios de medicamentos de la Argentina en relación a otros países de Latinoamérica, utilizamos información de unidades y valores de los productos comercializados en todas las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS dentro de los grupos terapéuticos A, C, J, M y N (los 5 grupos estudiados en la Sección 2), correspondiente al mes de diciembre de 2011 (último fin de año disponible al momento del inicio de este informe), para los países de Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela, cuya fuente es IMS.

Los datos obtenidos corresponden a precios de compra de las farmacias (que es la medición estándar de IMS),⁵¹ en moneda local y en dólares estadounidenses (al tipo de cambio oficial). Estos últimos son los que se van a utilizar para la comparación.⁵²

Tomando como referencia la importancia de los distintos productos en la facturación de medicamentos en Argentina, se seleccionaron dentro de cada uno de los 5 grupos terapéuticos señalados las 3 principales clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS y, dentro de cada clase terapéutica se consideraron los 3 principios activos más importantes. A su vez,

⁵¹ Sumando el margen de las farmacias e impuestos se llega al PVP. Restando el margen de intermediación (droguerías) se llega al precio de salida de laboratorio.

⁵² Comparaciones alternativas, por ejemplo, llevando los precios a PVP (precio de venta al público) o corrigiéndolos por PPP (*purchasing power parity*) no generan resultados significativamente distintos. Solamente en el caso de corrección por PPP, cuando se compara Argentina con Brasil, varios productos pasan a ser más caros en el primero, pero de todas maneras una fracción significativa siguen siendo más baratos (anticipando los resultados de los Cuadros 19 y 20, cuando se corrigen los precios por PPP, el ratio de clases terapéuticas con productos de mayor / menor valor en Argentina vs. Brasil pasa de 12/26 para el principal producto y 13/25 para el promedio de los tres primeros productos, a 23/15 y 24/14, respectivamente).

para cada principio activo se tomaron los 3 principales productos en cada mercado evaluado. Si bien se consideran, entonces, 5 grupos terapéuticos, 15 clases terapéuticas y un máximo de 45 drogas y 135 productos,⁵³ bajo el criterio de ser los más representativos del mercado local, debe notarse que algunas de estas categorías pueden no comercializarse en los países de la muestra. Al respecto, el Cuadro 16 a continuación sintetiza el número de clases terapéuticas, principios activos (drogas) y productos comparables de cada país considerado con los de la base de Argentina (ver detalles en el Anexo C).

Cuadro 16. Clases terapéuticas, principios activos y productos comparables.

Grupo (5)	Argentina	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
- Clase terapéutica: (máx 15: 5x3)	15	14	15	15	15	15	14
- Principio activo (máx 45: 5x3x3)	43	38	41	39	30	39	39
- Producto (máx 135: 5x3x3x3)	122	107	117	115	80	112	113

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

5.2 Comparaciones de precios de canastas representativas

Como los medicamentos se comercializan en distintas presentaciones y tamaños de envase, los mismos deben ser homogeneizados para que la comparación sea correcta. El criterio de homogeneización utilizado consistió en la conversión de las presentaciones de cada medicamento (caja, blíster, inyectable, etc.) en unidades equivalentes de principio activo. Por ejemplo, si dentro de una misma droga la Presentación I tiene 10 mg y se vende en 20 tabletas, y la Presentación II tiene 20 mg y se vende en 10 tabletas, se las trata como equivalentes (200 mg de principio activo). Si la Presentación III tiene 15 mg y se vende en 10 tabletas, la misma tiene 150 mg de principio activo. Convirtiendo las unidades de cada presentación de medicamentos en unidades homogéneas (lo que es posible respetando que sean productos que tienen una misma droga) se puede comparar el precio por unidad equivalente (por ejemplo, miligramos de principio activo). En el caso de drogas compuestas (5 principios activos compuestos de los 45 seleccionados), el criterio elegido fue ponderar cada principio activo simple en partes iguales. Así, por ejemplo, las unidades de medicamentos comercializados en la clase terapéutica M01A con el principio compuesto “diclofenac + paracetamol” se convirtieron en miligramos equivalentes de 50% diclofenac + 50% paracetamol. Por último, cuando un producto incluye presentaciones heterogéneas (tabletas y solución jarabe), las mismas se convirtieron a unidades equivalentes (mg del principio activo).

En síntesis, para cada grupo terapéutico / clase terapéutica / principio activo las unidades comercializadas de los tres medicamentos principales se homogeneizaron a unidades equivalentes. El ratio entre la facturación de cada producto y las unidades equivalentes del principio activo da un “precio del medicamento homogéneo por principio activo”, que es el objeto de la comparación. A modo de ejemplo, el Cuadro 17 presenta la transformación de las unidades y cálculo de precio por unidad de principio activo para el primer producto de Argentina y Brasil (Lipitor) que utiliza el principio activo Atorvastatin (dentro de la clase terapéutica C10A).

⁵³ Puede ser que no todas las clases terapéuticas tengan tres drogas y que no todas las drogas tengan tres productos en el mercado.

Cuadro 17. Ejemplo de conversión de unidades y cálculo de precio por unidad de principio activo.

Grupo terapéutico C / Clase terapéutica C10A / Principio activo Atorvastatin								
Producto / Presentación	Unidades	Valores – moneda local	Valores US\$	mg	uni	Unidades equivalentes	Precio unitario US\$	Precio unitario US\$ x mg
Lipitor – Argentina	64.142	8.270.144	1.929.177			27.970.500	30,1	0,069
Lipitor tabl recubie 10 mg x 30	43.841	4.332.805	1.010.713	10	30	13.152.300	23,1	
Lipitor tabl recubie 20 mg x 30	10.570	2.006.820	468.131	20	30	6.342.000	44,3	
Lipitor tabl recubie 10 mg x 60	5.335	922.635	215.223	10	60	3.201.000	40,3	
Lipitor tabl recubie 40 mg x 30	3.089	555.989	129.696	40	30	3.706.800	42,0	
Lipitor tabl recubie 20 mg x 60	1.307	451.895	105.414	20	60	1.568.400	80,7	
Lipitor – Brasil	69.659	8.533.724	4.643.259			46.866.600	66,7	0,099
Lipitor cpr revest 20 mg x 30	26.899	3.159.019	718.844	20	30	16.139.400	63,9	
Lipitor cpr revest 10 mg x 30	26.096	2.498.953	1.359.697	10	30	7.828.800	52,1	
Lipitor cpr revest 40 mg x 30	14.221	2.455.682	1.336.153	40	30	17.065.200	94,0	
Lipitor cpr revest 80 mg x 30	2.429	419.440	228.220	80	30	5.829.600	94,0	
Lipitor cpr revest 40 mg x 10	5	288	157	40	10	2.000	31,3	
Lipitor cpr revest 20 mg x 10	7	274	149	20	10	1.400	21,3	
Lipitor cpr revest 10 mg x 10	2	68	37	10	10	200	18,6	

En este caso, el producto Lipitor tiene distintos precios según su presentación, promediando US\$ 30 por caja en Argentina y US\$ 67 por caja en Brasil. Según estos valores, el Lipitor sería 122% más caro en dólares en este segundo país. Sin embargo, realizando la conversión de unidades a miligramos de principio activo (unidades equivalentes), el precio de un mg de Lipitor es US\$ 0,069 en Argentina y US\$ 0,099 en Brasil, esto es, sólo un 44% mayor en dólares en este segundo país. Esta diferencia menor en precios se debe al “mix” de unidades-mg consumidos en Brasil vs. Argentina (en Argentina pesan mucho –en cantidades de comprimidos– las presentaciones de 10 mg, mientras que en Brasil éstas pesan lo mismo que las presentaciones de 20 mg).

Utilizando la base de datos con unidades transformadas se realizaron dos ejercicios de comparación de precios, presentados en el Cuadro 18:

- El precio del “producto más vendido” de cada droga.
- El precio “promedio ponderado” de los tres productos más vendidos de cada droga.

Cuadro 18. Número de principios activos en los cuales los precios son mayores / menores en Argentina que en el país identificado.

Panel superior: principal producto de cada principio activo

Primer producto	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
Mayor	12	6	21	6	15	9
Menor	26	35	18	24	24	30
n.d.	5	2	4	13	4	4

Panel inferior: promedio de 3 principales productos de cada principio activo

3 productos	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
Mayor	13	16	22	6	22	12
Menor	25	25	17	24	17	27
n.d.	5	2	4	13	4	4

Notas aclaratorias: el precio promedio de los 3 principales productos es un precio ponderado (por las unidades equivalentes). n.d.: número de drogas en las que no se pudo comparar precios.

La observación general es que más allá de la comparación entre los productos más vendidos de un principio activo o de los tres principales productos, en todos los casos hay productos más baratos en Argentina que en el resto de los países comparados, como así también hay productos más caros en nuestro país. El número de casos con precio inferior al del resto de los países siempre es mayor que el de casos con precio superior (con excepción de Ecuador y de Perú cuando se compara el promedio de tres productos).

En los casos de Perú y Colombia, aumenta el número de casos de precios más caros en Argentina al pasar del primer producto al promedio de 3 productos (10 casos en Colombia y 7 casos en Perú). Esto se debe a que en estos dos países hay productos de marca con unidades estándar (por ejemplo, cajas de 10 a 30 unidades) en primer lugar (ordenados por facturación) y productos de venta volumétrica (por ejemplo, cajas con unidades que triplican las del primer producto) o genéricos (cajas con unidades similares a las del primer producto, con el nombre del principio activo y precios más bajos), típicamente en segundo o tercer lugar.⁵⁴

El Cuadro 19 a continuación muestra la distribución de principios activos con diferencias de precios menores a 10%, entre 10% y 20%, entre 20% y 50% y más de 50%, según el precio de Argentina sea mayor o menor que el país seleccionado (cuando el precio de Argentina es menor que el de otro país, la base del porcentaje es el precio de Argentina, y viceversa; de esta manera, los rangos de diferencias de precios son comparables). Los resultados son llamativos: los precios en Argentina son o bien muy bajos o bien muy altos. Tomando como base el precio promedio de los tres principales productos de cada principio activo (panel inferior del Cuadro 19) y comparando con Brasil, en 24 de 38 casos la diferencia de precios excede el 50% (en más o en menos) y en 5 casos la diferencia de precios está entre 20% y 50%. Comparando con Colombia, en 32 de 41 casos la diferencia de precios excede el 50%. Lo mismo sucede con el resto de los países. Por otro lado, el número de casos en los que la diferencia de precios es inferior a 10% es 15 de 226 casos (y solamente 11 casos si se comparan precios del primer producto en cada principio activo).

Con el objeto de resumir en algún indicador representativo la diferencia en los precios de los medicamentos entre los países seleccionados y los vigentes en la Argentina, a continuación se realiza un ejercicio basado en comparar el precio de canastas de fármacos. El punto de partida es la Figura 32, que muestra el precio promedio ponderado del segmento ético de medicamentos en diciembre de 2011, según IMS (en dólares por unidad, normalizado a Argentina = 100), indicador utilizado frecuentemente en el sector farmacéutico. Bajo este criterio, México y Venezuela tendrían productos más caros que Argentina, mientras que Brasil tendría precios similares, y Colombia, Ecuador y Perú tendrían precios inferiores. Sin embargo, esta medición tiene el problema que compara canastas muy diferentes.

⁵⁴ También hay casos en los que el primer producto es genérico o volumétrico, pero en general la comparación de precios no cambia al pasar del primer producto al promedio de tres productos.

Cuadro 19. Distribución de principios activos según diferencia porcentual de precios en Argentina vs. el país identificado.

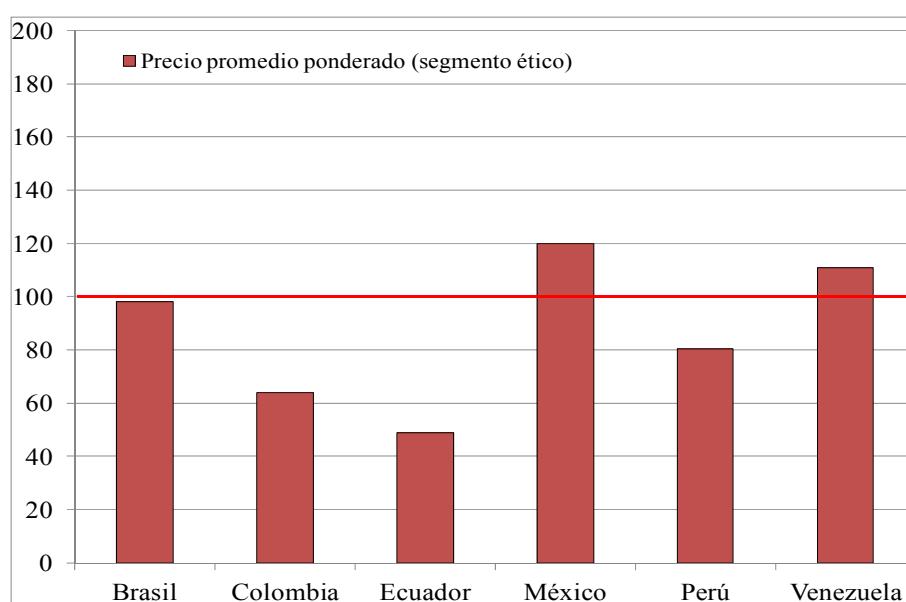
Panel superior: principal producto de cada principio activo

Primer producto	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
Mayor	12	6	21	6	15	9
0-10%	1	1	2	1	1	0
10-20%	1	0	2	1	1	0
20-50%	4	1	2	2	1	2
50%+	6	4	15	2	12	7
Menor	26	35	18	24	24	30
0-10%	0	0	3	1	0	1
10-20%	2	0	5	0	0	1
20-50%	8	2	4	1	4	1
50%+	16	33	6	22	20	27

Panel inferior: promedio de 3 principales productos de cada principio activo

3 productos	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
Mayor	13	16	22	6	22	12
0-10%	2	3	2	0	1	1
10-20%	3	2	2	3	3	0
20-50%	2	1	3	2	1	2
50%+	6	10	15	1	17	9
Menor	25	25	17	24	17	27
0-10%	2	0	2	0	1	1
10-20%	2	0	4	1	0	0
20-50%	3	3	7	2	3	4
50%+	18	22	4	21	13	22

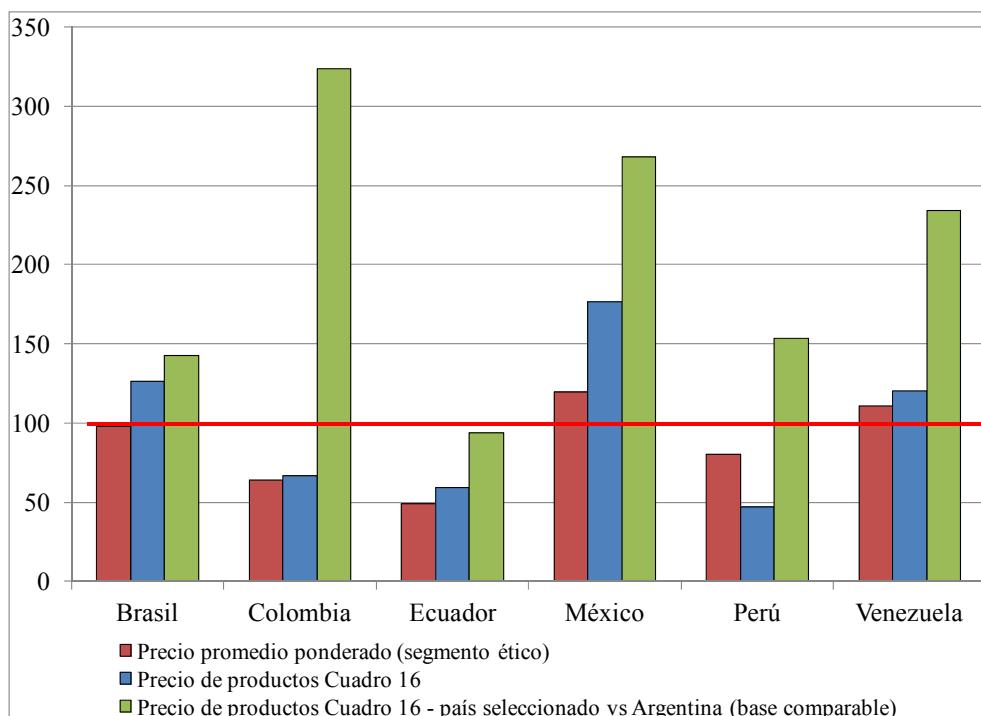
**Figura 32. Facturación promedio de laboratorios en el segmento ético.
Diciembre de 2011, base Argentina = 100.**



Para evitar problemas de comparación de precios de distintos productos se realizan dos ejercicios.

El primer ejercicio, reflejado en la Figura 33, calcula el precio promedio de los productos del Cuadro 16, en dólares por mg de droga, utilizando como ponderador las cantidades de cada país (normalizado a Argentina = 100).⁵⁵ La barra azul muestra el precio relativo de cada país vs. Argentina. La homogeneización de unidades (en cada país) tiende a encarecer el precio de otros países relativos al de Argentina (excepto en Perú) siendo el cambio más notable en Brasil, ya que según el dato agregado de facturación (barra roja), el precio promedio de Argentina sería levemente mayor que el de Brasil, pero comparando productos de esta manera los precios de medicamentos en Brasil son superiores a los de Argentina.⁵⁶

Figura 33. Precio relativo de medicamentos seleccionados (Cuadro 16) entre cada país y Argentina.



El segundo ejercicio, también presentado en la Figura 33, calcula el precio promedio de los productos del Cuadro 16 utilizando las cantidades de Argentina. El objetivo de este ejercicio es medir cuánto costaría la canasta de consumo de Argentina si para cada principio activo, los primeros tres productos tuvieran los precios vigentes en otro país (por ejemplo, Brasil). Así, se construye un precio para Argentina y cada país (de a pares)

⁵⁵ Por ejemplo, en el caso de Argentina el precio promedio del mg de droga calculado corresponde a la facturación de los 122 productos considerados dividido los mg de droga equivalentes. En el caso de Brasil, se repitió el cálculo para los 107 productos disponibles, etc.

⁵⁶ Como el número de productos de cada país difiere (Cuadro 16) estos precios relativos podrían tener algún sesgo. Sin embargo, construyendo un índice de precios relativos que toma en cuenta el mismo número de productos (específicamente, si en un país no se comercializa un principio activo, se eliminan todos los productos que utilizan dicho principio activo en el resto de los países) los resultados no cambian significativamente.

respetando el número de productos que hay en cada país (cabe notar en el Cuadro 16 que el número de productos de cada país es inferior al de Argentina). La barra verde muestra el precio relativo de cada país vs. Argentina. La homogeneización de unidades con ponderadores fijos (basándose éstos en las cantidades de Argentina) encarece significativamente el precio de los otros países, en especial, en aquéllos en los que se comercializan algunos productos de bajo precio y muchas unidades. De esta manera, consumir las cantidades de Argentina con los precios de Perú, México o Venezuela requiere de un mayor gasto para el consumidor (más del doble y, en el caso de Colombia, hasta más del triple),⁵⁷ mientras que hacerlo con los precios de Ecuador requiere de un gasto levemente inferior.

Estos dos ejercicios muestran claramente que los precios de medicamentos, en una primera aproximación, son (en promedio) algo mayores en Argentina que en los países de la región. Sin embargo, ello es así debido a que o bien se comparan distintas drogas (en ambos ejercicios, se ponderan todas las 45 drogas –o el sub-conjunto de ellas que se comercializa en cada país– de la misma manera) o bien se comparan distintos productos dentro de una misma droga (es decir, en el segundo ejercicio, el primer, segundo y tercer medicamentos que utilizan cierta droga no son los mismos entre países). En tal sentido, la corrección de esta heterogeneidad lleva a concluir que los precios de los medicamentos comparables entre los distintos países y Argentina son significativamente más bajos en nuestro país. La siguiente sección confirma la robustez de estos resultados comparando productos idénticos.

5.3 Comparaciones de precios de productos idénticos

A continuación se realiza un ejercicio de comparación de precios de productos farmacéuticos idénticos, sobre la misma muestra de países y de fármacos de la sección anterior, a los fines de que sus resultados puedan ser comparables entre sí. Así, del total de productos evaluados para cada país que se muestra en el Cuadro 16, se consideraron para este ejercicio aquéllos que son exactamente iguales a los que se comercializan en la Argentina (en cuanto al principio activo, marca comercial, concentración, forma farmacéutica y tamaño de envase).

El Cuadro 20 (filas 1 a 3) refleja la reducción en la canasta de productos a evaluar que tiene lugar al incluir exclusivamente productos / presentaciones idénticas entre países en el ejercicio de comparación. Por ejemplo, los productos semejantes (dentro de una misma clase terapéutica y principio activo) que se colocan en el mercado local y que se venden en Brasil (que fueran analizados en la sección previa) totalizan 107, pero de éstos sólo 9 son de la misma marca comercial. Estos 9 productos, a su vez, se comercializan bajo diferentes presentaciones, alcanzando a 30 las que son idénticas entre ambos mercados. En comparación con el resto de los países la situación no es muy diferente, siendo Ecuador –con un total de 37 presentaciones correspondientes a 15 marcas comerciales– el mercado con la mayor canasta de productos idénticos a los de la plaza local y México –con 13 presentaciones de 6 marcas– el que se encuentra en el extremo opuesto.

⁵⁷ En estos países se notaron muchos casos de principios activos en los que el primer producto (ordenado por facturación) tiene un precio unitario muy alto y pocas unidades respecto de los siguientes productos. Estos segundos / terceros productos tienden a desplazar al primer producto del ranking al ordenarlos por unidades de venta.

Cuadro 20. Comparación internacional de precios de productos farmacéuticos idénticos

	Argentina en comparación con						
	Argentina	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
Nº de productos comparables (Cuadro 16)	122	107	117	115	80	112	113
Nº de productos idénticos	23	9	8	15	6	11	10
Nº de productos/presentaciones idénticos	66	30	22	37	13	24	19
Nº productos/presentaciones con precio mayor en Argentina (US\$)		4	1	7	1	1	0
% productos/presentaciones con precio mayor en Argentina (US\$)		13%	5%	19%	8%	4%	0%
Nº productos/presentaciones con precio mayor en Argentina (PPP)		17	1	5	1	0	5
% productos/presentaciones con precio mayor en Argentina (PPP)		57%	5%	14%	8%	0%	26%

Los resultados de este ejercicio de comparación (Cuadro 20, filas 4 y 5) revelan que, en dólares corrientes, los laboratorios fijan en la Argentina precios que normalmente están por debajo de los que establecen en el resto de los países de la región considerados aquí.⁵⁸ Los casos extremos son Venezuela, cuyos precios superan siempre a los de los productos idénticos de la Argentina y Ecuador, donde los precios en la Argentina son superiores a los de esa plaza en casi un 20% de la muestra. En el Anexo D se detallan la totalidad de los productos/presentaciones evaluados y los precios medios en dólares vigentes en cada país.

Aunque muchos factores pueden explicar los diferenciales de precios en dólares de productos / presentaciones idénticos entre mercados, sin duda la divergencia en las paridades de poder de compra (PPP) de la divisa de referencia (en este caso, el dólar estadounidense) entre países es uno de ellos. Así, cabría esperar que los países donde el valor de un dólar estadounidense es mayor (y que tienen por lo tanto mayor corrección por PPP) tengan menores precios en dólares de distintos productos imperfectamente transables, entre ellos los medicamentos. A los fines de aislar este efecto, se han corregido los precios de cada país por el coeficiente de PPP que calcula el Banco Mundial para ajustar los PBI de las naciones consideradas en este estudio.

Al introducir esta corrección, se advierten dos cambios para destacar respecto de la medición tradicional, permaneciendo el resto sin grandes modificaciones (Cuadro 20, filas 6 y 7). Los casos a resaltar son los de Brasil y Venezuela, ya que en ambos países aumenta la cantidad de productos / presentaciones para los que la Argentina muestra precios más elevados.⁵⁹ En el primer caso, el porcentaje de bienes en esa situación sube de 13% a 57%; y, en el otro, de 0% a 26%. Con todo, sigue siendo evidente que la Argentina es un mercado en el que a los productos de marca comparables se les fija un precio relativamente reducido en relación a lo que ocurre en otros países de la región, siendo Brasil –y sólo si se corrijen los datos por PPP– una plaza en la que algo más de la mitad de los productos / presentaciones estudiados tienen un precio más bajo que en el mercado doméstico.

Si bien estos cálculos referidos al porcentaje de productos idénticos que son más caros en un país u otro resultan de interés, no informan acerca de cuán bajos o altos son en conjunto los precios en la Argentina en comparación con los otros mercados

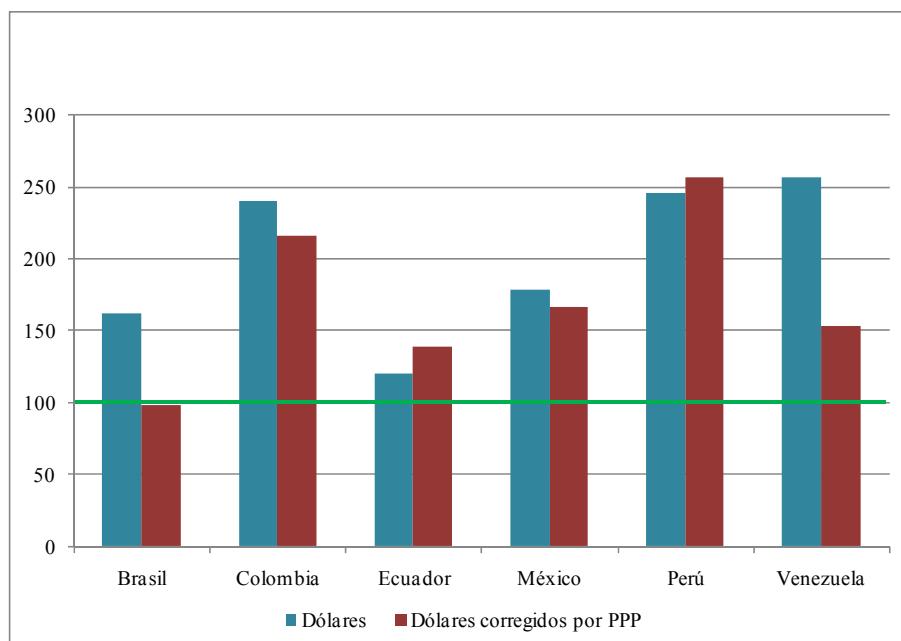
⁵⁸ En el 70% de los casos, el producto es elaborado por el mismo laboratorio en uno y otro país, mientras que en el 30% restante, en algunos mercados la marca comercial es la misma, pero el laboratorio productor es diferente.

⁵⁹ Intuitivamente, en 2011 estos dos países eran más caros en dólares que la Argentina. En consecuencia, los precios de sus medicamentos corregidos por el poder de compra del dólar caen relativamente (*vis-à-vis* la situación sin corrección por PPP).

considerados. Para efectuar esta medición y resumir el resultado en un único indicador, se ha simulado el gasto en la canasta de productos / presentaciones idénticos en la Argentina a los precios locales y a los precios de cada uno de los restantes mercados. Dado que esta canasta de productos idénticos varía según el país con que se compare, este ejercicio es de Argentina *vis-à-vis* cada país.

Este ejercicio agregado parece contundente en sus resultados (Figura 34): la canasta compuesta por los productos / presentaciones de la muestra que son idénticos en la Argentina respecto de cada país considerado cuesta en el resto de los mercados entre 20% más (Ecuador) y casi 160% más (Venezuela). Estos resultados son consistentes con los presentados en la Sección 5.2. Si tales precios se corrigen por PPP, sólo Brasil resulta apenas más económico (1,5%) que Argentina, ubicándose los precios promedio en los otros países entre 40% (Ecuador) y 160% (Perú) por encima del de Argentina, aproximadamente.

Figura 34. Gasto relativo en canasta de productos idénticos respecto de Argentina (base Argentina = 100).



En otros términos, si bien no debe descuidarse el carácter limitado en cuanto a representatividad de los ejercicios basados en una canasta reducida de productos / presentaciones idénticos entre plazas, también debe reconocerse que éstos muestran en forma indudable que en lo que respecta a los laboratorios que fijan precios propios en diversos países de la región, en la Argentina lo hacen a un nivel que en términos generales resulta más bajo, ya sea que se comparen precios en dólares o que se corrijan tales dólares por su poder adquisitivo diferencial en cada país.

Sección 6: Innovación por medio del lanzamiento de nuevos productos

En esta sección completamos el análisis de la competencia en el mercado de medicamentos haciendo referencia a esfuerzos competitivos no necesariamente identificables en los cambios en las participaciones de mercado ni en la evolución de precios de los distintos laboratorios activos en el país y que además –al no ser objeto de coordinación entre laboratorios– evidencian un contexto dinámico competitivo, impropio de una hipotética cartelización.

Debe notarse en primer término que bajo la hipótesis de que el mercado está cartelizado, tanto los laboratorios que hipotéticamente lideran el acuerdo colusivo como el resto de los laboratorios que deberían ser “partícipes necesarios” de dicho acuerdo, deberían seguir estrategias poco dinámicas y eventualmente homogéneas en materia de innovación, diferenciación de productos y esfuerzos de promoción. Si bien no se ha contado con la información relevante suficiente para cuantificar los esfuerzos de promoción, es claro que los mismos son en general (en esta industria) importantes y difícilmente cuantificables debido a su naturaleza heterogénea (al incluir la fuerza de ventas y contratación de visitadores médicos; aportes a Congresos, becas e investigación; entrega de muestras gratuitas; etc.), lo cual implica una dificultad intrínseca a la realización de hipotéticos acuerdos de no competencia (que requerirían, en este caso, la lisa y llana división de mercados entre laboratorios líderes, situación desmentida por la evidencia revisada previamente). Por otra parte, según la evidencia expuesta a continuación en materia de lanzamiento de nuevos productos, los altos y heterogéneos esfuerzos de innovación detrás de los mismos deben interpretarse como reaseguros de que las conductas de los laboratorios han sido de hecho, en la última década al menos, inconsistentes con acuerdos de no-competencia.

6.1. Lanzamiento de nuevos productos

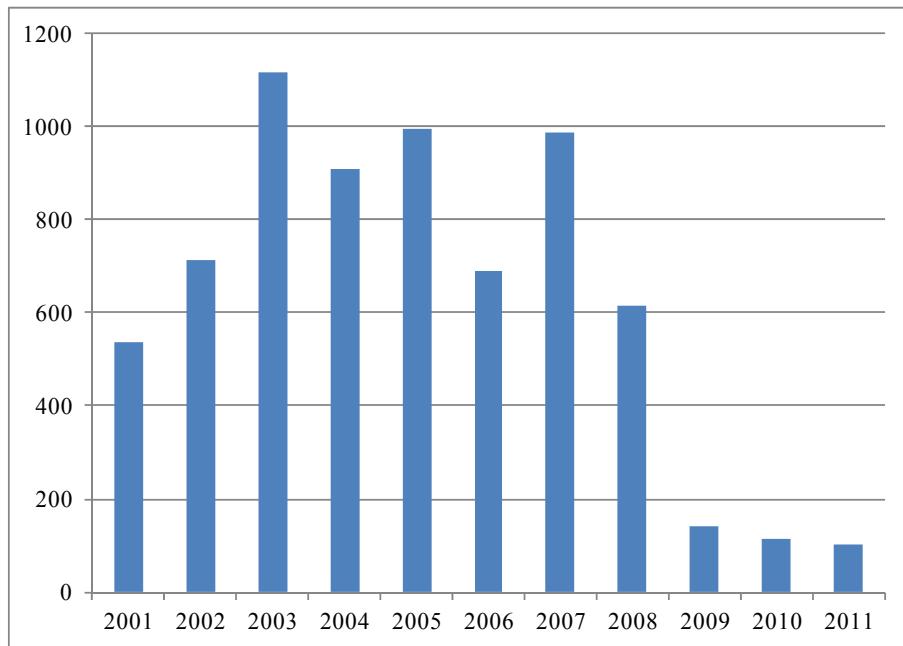
Para los laboratorios farmacéuticos, la innovación es un elemento central en el desarrollo de ventajas competitivas, siendo el lanzamiento de nuevos productos una herramienta que abre la oportunidad de posicionarse mejor frente a otros competidores, ya sea porque los nuevos fármacos son una auténtica novedad o porque son (percibidos como) mejores que el resto.

Al respecto, debe notarse en primera instancia que diversos estudios (ver Danzon y Furukawa, 2008) muestran que los países con regulaciones estrictas de precios tienden a experimentar retrasos y/o menores lanzamientos de nuevos medicamentos en comparación con los mercados en que tales restricciones no existen. Si bien los resultados de tales estudios no pueden generalizarse porque típicamente se basan en muestras limitadas, la evidencia reciente de la Argentina parece ir en línea con los mismos.

En efecto, la información elaborada por IMS permite aproximar esta variable competitiva de los laboratorios calculando la cantidad de productos que son lanzados anualmente al mercado local (ver Figura 35): en el período 2001-2008 el número de nuevos fármacos ha oscilado entre un mínimo de 532 (año 2001) y un máximo de 1.118 (año 2003), arrojando un promedio de algo más de 820 lanzamientos anuales que equivalen a cerca de 7% de la cartera de fármacos comercializados en término medio en ese lapso. Sin embargo, en los últimos años de la muestra estudiada (2009-2011), en un contexto en el que el control de precios al que son sometidas las empresas del sector se fue intensificando, se observa un cambio notable en la estrategia de los laboratorios en esta materia: el promedio de productos nuevos lanzados al mercado doméstico se redujo drásticamente a menos de 120 por año, cifra que equivale a apenas 1% de la cantidad de diferentes fármacos colocados

en la plaza interna. Esto permite inferir que mientras los precios de los medicamentos fueron determinados libremente por los laboratorios –durante la mayor parte de la década pasada–, éstos compitieron fuertemente entre sí por medio del lanzamiento de nuevos productos diferenciados; y que si bien la política de regulación (informal) de precios vigente durante el último quinquenio puede haber reducido el dinamismo en varias dimensiones de la competencia entre laboratorios (precios e innovación de productos), tal dinamismo presumiblemente resurgiría en un contexto de mayor libertad económica (situación relevante para examinar la hipótesis de colusión).

Figura 35. Lanzamiento de nuevos productos



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

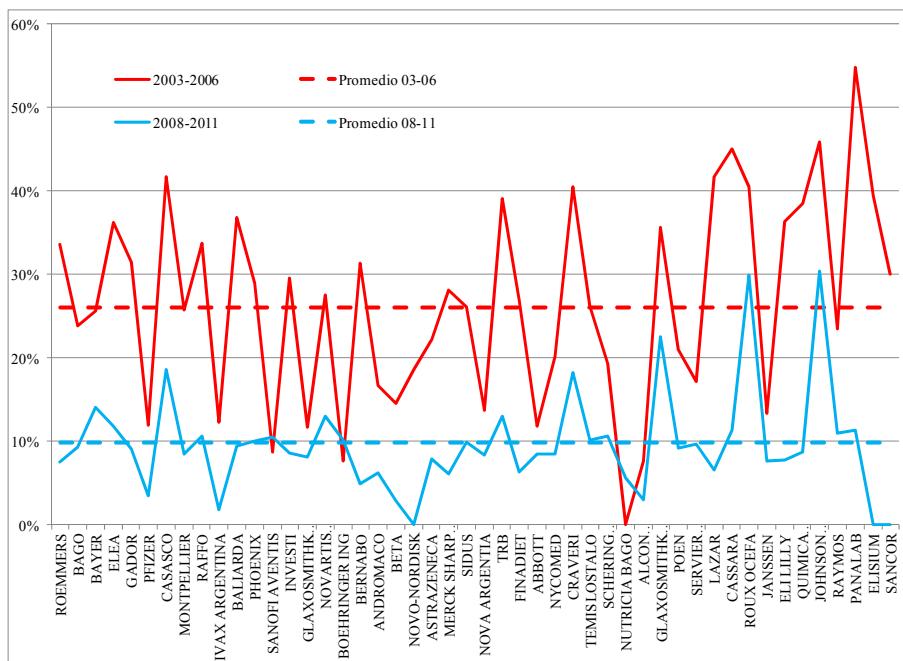
Además de la actividad innovadora a nivel agregado, resulta de interés considerar –a los fines de evaluar la hipótesis de colusión– cuál ha sido el comportamiento individual de los líderes del mercado en esta materia. Para ello hemos computado y comparado, a partir de la información relevada por IMS, los lanzamientos de nuevos productos de los 50 primeros laboratorios (según el ranking por ventas de 2011) en los sub-períodos 2003-2006 y 2008-2011.

Cabe notar en primer lugar que la cartera de productos de estas 50 empresas representa alrededor del 50% del total de los productos comercializados en el mercado en cualquiera de los períodos y muestra –como los datos agregados– un dinamismo innovador que se reduce ante la política de intensificación del seguimiento de precios de los últimos años. En efecto, mientras que en los 4 años del período 2003-2006 los lanzamientos de estos laboratorios representaron el 26% del número total de productos comercializados por los mismos en ese período –o un promedio de 6%-7% por año–, en los 4 años que van de 2008 a 2011 ese guarismo se reduce al 10% –o un promedio de 2%-3% por año–.

A su vez, la Figura 36 ilustra sobre la heterogeneidad en el esfuerzo innovador de los distintos laboratorios, con marcadas diferencias en el porcentaje de las respectivas carteras que representan los nuevos productos ingresados al mercado en cualquiera de los dos sub-períodos considerados. Así, por caso, entre 2003 y 2006 un tercio de los 50 laboratorios líderes tuvo lanzamientos equivalentes a menos del 20% del total que éstos

comercializaban, en tanto que para casi un 40% de este grupo de empresas esa tasa se ubicó por encima del 30%. Obviamente, las diferencias en puntos porcentuales se acortan en el lapso 2008-2011 debido al freno generalizado en la política de innovaciones que tuvo lugar en el período, pero aún así continúan siendo no despreciables. Nótese que los laboratorios están ordenados según su posición global en el mercado de medicamentos, por lo cual los “electrocardiogramas” de la figura muestran la ausencia de patrones diferenciales de lanzamientos asociados a sus tamaños.

Figura 36. Lanzamiento de nuevos productos de los principales laboratorios (% de carteras respectivas). Períodos 2003-2006 y 2008-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

En tal sentido, la magnitud y heterogeneidad en los lanzamientos de nuevos productos por parte de los laboratorios de mayor tamaño en el país constituyen en conjunto un elemento adicional para desestimar la hipótesis de colusión en la industria.

Sección 7: Conclusiones

El objetivo de esta investigación ha sido examinar la hipótesis de la existencia de acuerdos colusivos entre los laboratorios activos en la Argentina, cuya verificación requiere, entre otras cuestiones, observar que las participaciones de mercado de los laboratorios activos sean estables en el tiempo, que los precios de los medicamentos sean elevados o independientes de cambios regulatorios tendientes a fomentar una mayor competencia vía precios, que los laboratorios coordinen la introducción de nuevos productos o que éstos se mantengan homogéneos en el tiempo (o con ingresos simétricos, división de mercados en estrategias *multi-market*, etc.), y que los esfuerzos de promoción (y de cualquier tipo de competencia distinta del precio) sean mínimos. En tal sentido, cuanto más abundante sea la evidencia empírica contradictoria con el cumplimiento de la hipótesis de cartelización, menos creíble –más ciertamente infundada– resulta la misma.

Los resultados obtenidos en esta investigación, en base a la información post-2001 examinada, no sostienen la hipótesis de cartelización al nivel de laboratorios farmacéuticos en la Argentina y, por el contrario, son consistentes con una hipótesis competitiva en la cual hay una fuerte competencia multi-dimensional entre ellos. Esta conclusión se basa en los siguientes resultados:

1. A la luz de la teoría económica sobre acuerdos colusivos y la evidencia doméstica e internacional, el segmento *upstream* de medicamentos en Argentina no luce como un mercado con alta propensión a la cartelización o a la realización de conductas anticompetitivas individuales. Entre las razones más importantes se encuentran las siguientes: (i) la escasa participación de productos con protección patentaria (cuya fortaleza ha sido el punto neurálgico en la mayoría de los conflictos *antitrust* en el segmento *upstream* de los medicamentos en EE.UU. y Europa) y más generalmente las escasas barreras a la entrada; (ii) el consecuentemente elevado número de oferentes activos en el mercado (a diferencia de otros casos domésticos como el de cemento o el de oxígeno líquido), agrupados en varias cámaras que se han enfrentado entre sí en distintos conflictos históricos; (iii) los antecedentes mismos de la CNDC en materia de F&A en el sector, ya que la misma no ha juzgado hasta el momento que hubiera un problema de insuficiente competencia o riesgo de cartelización en la industria antes de cada fusión analizada; y (iv) distintas características propias de los oferentes y de los productos (heterogeneidad de los productos, asimetría entre laboratorios de distinto tamaño y objetivos, etc.).

Por otro lado, si bien los precios de los medicamentos tienen alta visibilidad, durante los últimos 5 años han estado sujetos a regulaciones estrictas y conforman sólo una de las dimensiones en las que compiten los distintos laboratorios entre sí (que son además de escasa visibilidad, como los esfuerzos promocionales, de comercialización, innovación, etc.).

2. En 2001, el análisis de la competencia entre laboratorios mostraba –pese a reconocer que la prescripción por marca comercial en vez de por drogas genéricas actuaba en ese entonces como un elemento potencialmente inhibidor de la competencia– resultados positivos cuando los mercados relevantes se definían según la sustitución por el lado de la demanda, tal como es la práctica *antitrust* habitual en esta industria.
3. Tomando en cuenta específicamente la información del período 2001-2011, la evidencia resulta claramente inconsistente con la hipótesis de cartelización.

- a. En el mercado de medicamentos en conjunto se observa una escasa concentración considerando las participaciones de mercado de los distintos laboratorios individualmente (la cual igualmente sería relativamente baja si se consolidaran laboratorios en grupos económicos bajo un control accionario común o compartido) y se detecta también cierta inestabilidad en las participaciones de mercado y los posicionamientos en el ranking de ventas de los laboratorios.
- b. Definiendo los mercados de medicamentos al nivel 3 del IMS, luego de analizar 130 clases terapéuticas pertenecientes a 5 grupos anatómicos del IMS se verifica que si bien la concentración de mercado aumenta al fragmentar la industria en varios mercados relevantes (esto es, los laboratorios tienen mayores *market shares* allí donde están presentes), también aparecen situaciones donde la inestabilidad de tales *market shares* es mucho más importante. En general, en las clases terapéuticas en las que los precios reales de los medicamentos han aumentado ello tampoco resulta problemático desde el punto de vista competitivo: o bien pueden explicarse por la introducción de nuevos productos y cambios de mix de productos o de laboratorios, o bien dichos aumentos están acompañados por una fuerte inestabilidad en los *market shares* de los laboratorios participantes (típicamente de facturación intermedia –y no los laboratorios líderes de la industria).
- c. En lo que respecta al comportamiento de los precios de los medicamentos, éstos cayeron en términos reales (comparados con precios mayoristas, que son los relevantes para los laboratorios) desde 2001, cualquiera sea la manera en que se los mida y pese a que la demanda agregada y el poder adquisitivo han superado holgadamente los niveles iniciales en los últimos 6 años.
- d. También, la comparación internacional de precios (en dólares, considerando una canasta de los productos más vendidos de cada clase y principio activo), muestra precios domésticos a tono con los de varios otros países de América Latina (Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela) y en la mayoría de los casos inferiores cuando se mide *vis-à-vis* productos idénticos comercializados en tales mercados.
- e. Por último, los laboratorios han demostrado continuos esfuerzos competitivos en dimensiones distintas de precios, en particular la innovación por medio del lanzamiento de nuevos productos, lo cual es inconsistente con la hipótesis de cartelización.

En síntesis, al tiempo que el análisis de la competencia entre laboratorios en el año 2001 mostraba resultados positivos (sobre la existencia de comportamientos más competitivos que los que en ese momento se atribuían a los laboratorios) cuando los mercados relevantes se definían según la sustitución por el lado de la demanda, tal como es la práctica habitual en esta industria a nivel doméstico e internacional, desde 2002 y Ley de Genéricos mediante, la perspectiva competitiva mejoró. La evidencia analizada permite verificar que el proceso competitivo ha sido tanto o más dinámico que en la década anterior, observándose importantes variaciones en las participaciones de mercado de los distintos laboratorios en las clases terapéuticas más importantes, al mismo tiempo que también se observan reducciones de precios reales, esfuerzos significativos de innovación y comercialización vía lanzamiento de nuevos productos, etc., que a su vez se traducen en una comparación internacional de precios favorable, todos elementos incompatibles con una hipótesis de cartelización.

Anexo A. Información de IMS utilizada en las Secciones 2 a 4.

En este documento se utilizaron los siguientes datos elaborados por la *Intercontinental Medical Statistics* (IMS):

1. Ventas en volumen y facturación, por año desde 2001 hasta 2011 inclusive, de cada laboratorio, para distintas definiciones de mercado relevante del producto seleccionadas:
 - a. a nivel agregado (total medicamentos), total país
 - b. clases terapéuticas a nivel 3 del IMS, incluidas en los Grupos Anatómicos A, C, J, M y N, para laboratorios y productos (en este caso, incluir fecha de lanzamiento según IMS), total y abierto por
 - i. segmento ético
 - ii. segmento popular
 - iii. mercado total
2. Precios de medicamentos para los siguientes países:
 - a. Argentina: precios de medicamentos a nivel de presentación, a fin de cada año desde 2001 hasta 2011 inclusive, identificando la clase terapéutica (nivel 3 del IMS) a la que pertenece cada uno y su fecha de lanzamiento.
 - b. Países de América Latina: precios de medicamentos comercializados dentro de los grupos terapéuticos A, C, J, M y N, a Diciembre de 2011, identificando el grupo terapéutico (nivel 1 del IMS), la clase terapéutica (nivel 3 del IMS), el principio activo, el laboratorio, el producto y sus presentaciones, en los siguientes países: Argentina, Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela.

Esta información fue utilizada para la construcción de los cuadros y figuras presentados en este documento.

El Cuadro A.1 a continuación detalla la situación de los principales laboratorios en Argentina en los años 2001, 2003, 2006 y 2011, información que se utiliza en la Sección 2.

El Cuadro A.2 realiza un seguimiento de los 20 laboratorios líderes en 2001 (su ubicación en el ranking de 2011). Esta información es utilizada en la Sección 2.

El Cuadro A.3 sintetiza la información al año 2011 de las 130 clases terapéuticas analizadas en las Secciones 2 y 3. Los Cuadros A.4(1) a A.4(7) sintetizan la información *market shares* de los 7 laboratorios seleccionados en la Sección 2.3.

Cuadro A.1. Mercado de medicamentos. Unidades y valores –en millones– de primeros 20 laboratorios y de subconjuntos de laboratorios (1-4, 5-20, 21-50 y resto), indicadores de concentración (C4 y HHI) y precio promedio del sector. Años seleccionados: 2001, 2003, 2006 y 2011.

	Uni \$ 2001	Val \$ 2001	Uni \$ 2003	Val \$ 2003	Uni \$ 2006	Val \$ 2006	Uni \$ 2011	Val \$ 2011
Total Laboratorios	347.7	3.654.8	Total laboratorios	345.5	5.249.4	Total laboratorios	443.2	8.071.7
ROEMMERS	8,2%	7,7%	ROEMMERS	7,1%	7,2%	ROEMMERS	7,0%	7,5%
BAGO	4,7%	4,9%	BAYER	8,2%	6,0%	BAYER	7,9%	8,8%
ROCHE	5,2%	4,8%	BACO	4,9%	4,9%	BACO	5,3%	4,7%
NOVARTIS PHARMA	2,7%	3,4%	PFIZER	3,2%	4,0%	IVAX ARGENTINA	3,0%	4,0%
PHARMACIA	2,9%	3,3%	IVAX ARGENTINA	3,1%	3,7%	ELIA	4,3%	3,8%
GADOR	3,9%	3,2%	GADOR	4,3%	3,6%	PFIZER	3,5%	3,7%
IVAX ARGENTINA	2,9%	3,2%	ROCHE	2,7%	3,6%	CASASCO	4,1%	3,4%
GLAXOSMITHKLINE PH	2,2%	2,9%	SANOFIAVENTIS	2,3%	3,5%	MONTELLIER	1,8%	3,3%
AVENTIS PHARMA	2,3%	2,0%	ELIA	3,9%	3,4%	RAFFO	2,4%	3,3%
BAYER	4,3%	2,8%	GLAXOSMITHKLINE PH	1,7%	2,9%	IVAX ARGENTINA	2,1%	3,3%
PHOENIX	1,9%	2,7%	PHOENIX	1,9%	2,8%	BALIARDA	2,5%	3,1%
BOEHRINGER ING	3,0%	2,8%	NOVARTIS PHARMA	1,8%	2,8%	PHOENIX	1,6%	2,8%
MERCK SHARP DOHME	1,2%	2,3%	MONTELLIER	2,9%	2,7%	SANOFIAVENTIS	2,1%	2,6%
BETA	1,4%	2,4%	BETA	1,2%	2,4%	INVESTI	1,4%	2,5%
MONTELLIER	2,8%	2,4%	BOEHRINGER ING	2,5%	2,3%	GLAXOSMITHKLINE PH	2,7%	2,4%
PARKER DAVIS	2,5%	2,2%	CASASCO	1,8%	1,9%	NOVARTIS PHARMA	1,0%	2,4%
BRISTOL MYERS SQ.	2,1%	2,1%	MERCK SHARP DOHME	1,1%	1,8%	BOEHRINGER ING	1,9%	2,2%
ABBOTT	1,7%	2,0%	ANDROMACO	2,4%	1,7%	BERNABO	1,0%	2,2%
SIDIS	2,3%	2,0%	BERNABO	1,7%	1,6%	ANDROMACO	1,7%	1,9%
CASASCO	1,8%	1,9%	SIDIS	3,6%	1,6%	BETNA BO	1,8%	1,7%
C4 (laboratorios 1 a 4)	21%	21%	C4 (laboratorios 1 a 4)	23%	22%	C4 (laboratorios 1 a 4)	23%	22%
Laboratorios 5-20	39%	41%	Laboratorios 5-20	39%	42%	Laboratorios 5-20	36%	43%
Laboratorios 21-50	28%	28%	Laboratorios 21-50	23%	25%	Laboratorios 21-50	25%	23%
Resto Laboratorios	12%	10%	Resto Laboratorios	15%	10%	Resto Laboratorios	16%	10%
HHI	267	261	HHI	287	275	HHI	291	272
Precio "promedio ponderado"		10,51	Precio "promedio ponderado"		15,20	Precio "promedio ponderado"	18,21	289
						Precio "promedio ponderado"		36,20

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS.

Cuadro A.2. Ranking de laboratorios. Ordenamiento según año 2001 (2011) y situación del laboratorio en el año 2011 (2001).

Laboratorios 2001	Rkg en 2001	Rkg en 2011	Laboratorios 2011	Rkg en 2011	Rkg en 2001
ROEMMERS	1	1	ROEMMERS	1	1
BAGO	2	2	BAGO	2	2
ROCHE	3	122	BAYER	3	10
NOVARTIS PHARMA	4	16	ELEA	4	28
PHARMACIA	5	n.e. (adquirido por Pfizer)	GADOR	5	6
GADOR	6	5	PFIZER	6	27
IVAX ARGENTINA	7	10	CASASCO	7	20
GLAXOSMITHKLINE PH	8	15	MONTPELLIER	8	15
AVENTIS PHARMA	9	13	RAFFO	9	30
BAYER	10	3	IVAX ARGENTINA	10	7
PHOENIX	11	12	BALIARDA	11	34
BOEHRINGER ING	12	17	PHOENIX	12	11
MERCK SHARP DOHME	13	23	SANOFI AVENTIS	13	9+35 (Aventis + Sanofi)
BETA	14	20	INVESTII	14	n.e.
MONTPELLIER	15	8	GLAXOSMITHKLINE PH	15	8
PARKE DAVIS	16	n.e. (adquirido por Elea)	NOVARTIS PHARMA	16	4
BRISTOL MYERS SQ.	17	86	BOEHRINGER ING	17	12
ABBOTT	18	28	BERNABO	18	21 (Microsules Bernabó)
SIDUS	19	24	ANDROMACO	19	26
CASASCO	20	7	BETA	20	14

Fuente: elaboración propia en base a información de IMS

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro A.3 (parte 1). Clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS (mercado total, segmento ético y segmento popular). Facturación, indicadores C1, C4 y HHI. Año 2011.

Clase+Nombre	Mercado total. Año 2011				Segmento ético. Año 2011				Segmento popular. Año 2011			
	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI
A01A - ESTOMATOLOGICOS	166,1	20%	60%	1.183	16,1	32%	92%	2.493	149,9	22%	64%	1.320
A01B - ANTI FUNGICOS BUCALES	3,1	38%	100%	2.986	3,1	38%	100%	2.986	0,0	NE	NE	NE
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	94,0	35%	91%	2.584	62,5	49%	96%	4.145	31,5	36%	95%	2.920
A02B - ANTIULCEROSOS	799,4	19%	50%	899	753,4	20%	53%	980	46,0	34%	74%	1.899
A02C - OTROS PROD TRAST ESTOMAC.	0,0	99%	100%	9.750	0,0	NE	NE	NE	0,0	99%	100%	9.750
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS	62,3	48%	86%	3.017	47,6	62%	87%	4.143	14,7	100%	100%	10.000
A03C - ANTIESPASM//ATARAXIC COMB	1,5	51%	100%	4.531	1,5	51%	100%	4.531	0,0	NE	NE	NE
A03D - ANTIESPASM//ANALGES. COMB	282,3	48%	99%	4.445	219,3	59%	99%	4.682	63,0	98%	100%	9.588
A03E - ANTIESPASM+OTROS PRODUCT	9,0	40%	100%	3.347	9,0	40%	100%	3.347	0,0	NE	NE	NE
A03F - GASTROPROCINETICOS	251,7	26%	65%	1.368	251,7	26%	65%	1.368	0,0	NE	NE	NE
A04A - ANTIEMETICOS ANTINAUSEA	29,3	82%	96%	6.802	29,3	82%	96%	6.802	0,0	NE	NE	NE
A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOG	73,8	35%	78%	1.971	39,4	41%	86%	2.560	34,4	74%	97%	5.717
A05B - PROTECT HEPATIC LIPOTROP	28,2	50%	95%	3.518	17,6	80%	100%	6.565	10,6	80%	100%	6.795
A05C - COLAGOGOS+LIPOTROPICOS	0,0	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE	0,0	100%	100%	10.000
A06A - LAXANTES	198,6	21%	53%	965	112,9	22%	66%	1.299	85,7	45%	76%	2.435
A07A - ANTIH INTEST ANTIDIARR	16,4	54%	95%	3.641	16,4	54%	95%	3.641	0,0	NE	NE	NE
A07B - ANTIDI INTEST ABSORBENT	10,0	69%	93%	5.072	7,3	96%	100%	9.159	2,8	50%	95%	3.253
A07E - AGENTES ANTIINFLAM INTEST	47,3	35%	79%	1.957	47,3	35%	79%	1.957	0,0	NE	NE	NE
A07G - MICROORGANISMOS ANTIDIARR	12,9	51%	98%	3.915	12,9	51%	98%	3.915	0,0	NE	NE	NE
A07G - RESTAURAD ELECTROLIT ORAL	2,2	99%	100%	9.771	2,2	99%	100%	9.771	0,0	NE	NE	NE
A07H - INHIBIDORES MOTILIDAD	27,7	52%	90%	3.594	26,7	54%	93%	3.866	1,0	88%	100%	7.825
A08A - ANTOBESIDAS EXC DIETET	68,2	34%	76%	1.836	65,6	35%	79%	1.982	2,6	46%	83%	2.665
A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS	39,3	42%	86%	2.895	37,1	45%	86%	2.915	2,2	92%	100%	8.566
A10B - ANTIDIABETICOS ORALES	517,5	38%	61%	1.771	517,5	38%	61%	1.771	0,0	NE	NE	NE
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALOG	538,4	57%	99%	4.079	538,4	57%	99%	4.079	0,0	NE	NE	NE
A10D - INSULINAS ANIMALES	3,3	87%	100%	7.812	3,3	87%	100%	7.812	0,0	NE	NE	NE
A10E - APARATOS PARA INSULINAS	10,4	96%	100%	9.143	0,5	99%	100%	9.862	9,9	100%	100%	10.000
A10X - OTROS PROD ANTIDIABETICOS	43,9	40%	88%	2.558	43,9	40%	88%	2.558	0,0	NE	NE	NE
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL	125,1	59%	90%	4.154	74,2	73%	89%	5.426	50,9	51%	95%	4.153
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL	10,1	36%	89%	2.560	9,7	37%	93%	2.775	0,4	100%	100%	10.000
A11C - VIT A+D INC ASOC SIMPLES	59,1	21%	69%	1.465	57,3	21%	71%	1.552	1,9	93%	100%	8.754
A11D - VITAMINA B1 Y ASOCIAZ	64,9	53%	95%	3.481	45,4	76%	99%	6.075	19,5	68%	100%	5.653
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B	72,0	70%	93%	5.077	50,0	68%	99%	5.082	22,1	73%	97%	5.505
A11F - VITAMINA B12 SOLA	0,3	100%	100%	10.000	0,3	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL	37,6	90%	98%	8.098	25,2	90%	100%	8.099	12,3	90%	100%	8.169
A11X - OTRAS VITAMINAS	23,8	36%	88%	2.364	15,0	35%	93%	2.651	8,8	98%	100%	9.592
A12A - CALCIO	84,0	39%	82%	2.241	81,9	39%	84%	2.354	2,1	76%	98%	5.891
A12B - POTASIO	6,6	74%	100%	6.113	6,6	74%	100%	6.113	0,0	NE	NE	NE
A12C - OTROS SUPLEMENT MINER.	53,7	47%	94%	3.888	51,2	50%	98%	4.256	2,5	40%	92%	2.835
A13A - TONICOS	60,3	39%	91%	2.737	45,9	39%	92%	2.725	14,4	84%	95%	7.174
A14A - ANABOLIZANTES HORMONALES	4,0	100%	100%	10.000	4,0	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
A15A - ESTIMULANTES DEL APETITO	28,0	75%	100%	5.930	28,0	75%	100%	5.930	0,0	NE	NE	NE
A16A - OTROS PROD DIGEST METAB	8,8	86%	100%	7.441	8,8	86%	100%	7.441	0,0	100%	100%	10.000
C01A - GLUCOS CARDIACOS + ASOC.	9,3	60%	100%	5.093	9,3	60%	100%	5.093	0,0	NE	NE	NE
C01B - ANTIARRITMICOS	60,3	78%	100%	6.389	60,3	78%	100%	6.389	0,0	NE	NE	NE
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD	2,2	45%	97%	3.133	2,2	45%	97%	3.133	0,0	NE	NE	NE
C01D - TERAP CORON EXC ANT CA+NI	13,1	97%	100%	9.370	13,1	97%	100%	9.370	0,0	NE	NE	NE
C01E - NITRITOS Y NITRATOS	31,1	67%	98%	4.854	31,1	67%	98%	4.854	0,0	NE	NE	NE
C01F - AGENTES INOTROPIC POSITIV	0,0	68%	100%	5.628	0,0	68%	100%	5.628	0,0	NE	NE	NE
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC	5,4	99%	100%	9.707	5,4	99%	100%	9.707	0,0	NE	NE	NE
C02A - ANTIHIPERTENS(NO HER) SOL	4,7	70%	96%	5.168	4,7	70%	96%	5.168	0,0	NE	NE	NE
C02B - ANTIHIPERT(NU HER)+DIURET	3,8	73%	100%	6.069	3,8	73%	100%	6.069	0,0	NE	NE	NE
C02D - ALC RAW+OTR A-HIP COM+DIU	0,3	100%	100%	10.000	0,3	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
C03A - DIURETICOS	201,7	29%	74%	1.758	201,7	29%	74%	1.758	0,0	NE	NE	NE
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIFE	168,7	20%	64%	1.245	166,8	21%	65%	1.273	1,8	48%	94%	3.034
C05A - ANTIHEMORROIALES TOPIC	42,3	32%	63%	1.519	34,3	38%	68%	1.885	8,0	70%	99%	5.299
C05B - ANTIVARICOSOS TOPICOS	23,8	29%	74%	1.804	19,7	35%	83%	2.424	4,0	58%	98%	3.989
C05C - ANTIVARICO SISTEMICO	288,7	26%	62%	1.294	282,2	27%	64%	1.353	6,5	38%	92%	2.543
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL	0,3	92%	100%	8.456	0,3	92%	100%	8.456	0,0	NE	NE	NE
C07A - AGENTES BETA-BLOQ.SOLOS	380,7	25%	65%	1.316	380,7	25%	65%	1.316	0,0	NE	NE	NE
C07B - AGENTES BETA-BLOQ.COMB.	33,4	34%	82%	2.100	33,4	34%	82%	2.100	0,0	NE	NE	NE
C08A - ANTAG DEL CALCIO SOLOS	328,9	14%	50%	947	328,9	14%	50%	947	0,0	NE	NE	NE
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	458,0	52%	78%	3.083	458,0	52%	78%	3.083	0,0	NE	NE	NE
C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC	132,5	36%	75%	1.959	132,5	36%	75%	1.959	0,0	NE	NE	NE
C09C - ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	743,7	31%	60%	1.374	743,7	31%	60%	1.374	0,0	NE	NE	NE

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro A.3 (parte 2). Clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS (mercado total, segmento ético y segmento popular). Facturación, indicadores C1, C4 y HHI. Año 2011.

Clase+Nombre	Mercado total. Año 2011				Segmento ético. Año 2011				Segmento popular. Año 2011			
	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI
C09D - ANGIOTENSIN-II ANTAG COMB	319,6	26%	69%	1.544	319,6	26%	69%	1.544	0,0	NE	NE	NE
C09X - OTR AGENT ANGIOTEN-RENIN	16,8	100%	100%	10.000	16,8	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	879,2	12%	41%	652	879,2	12%	41%	652	0,0	NE	NE	NE
C10B - ANTIATEROMA	24,7	55%	97%	3.945	5,6	100%	100%	9.987	19,1	71%	97%	5.325
C10C - REG LIP.COMB.OTR.REG.LIP	106,4	21%	72%	1.480	106,4	21%	72%	1.480	0,0	NE	NE	NE
C11A - REG.LIP.TER.MULT.CARDIOV	4,3	84%	100%	7.218	4,3	84%	100%	7.218	0,0	NE	NE	NE
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC.	42,0	28%	68%	1.512	42,0	28%	68%	1.512	0,0	NE	NE	NE
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC.	0,8	92%	100%	8.480	0,8	92%	100%	8.480	0,0	NE	NE	NE
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	498,2	67%	86%	4.680	498,2	67%	86%	4.680	0,0	NE	NE	NE
J01D - CEFALOSPORINAS	152,9	40%	78%	2.296	152,9	40%	78%	2.296	0,0	NE	NE	NE
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL	25,6	94%	100%	8.890	25,6	94%	100%	8.890	0,0	NE	NE	NE
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES	194,5	22%	57%	1.110	194,5	22%	57%	1.110	0,0	NE	NE	NE
J01G - FLUORQUINOLONAS	187,0	30%	62%	1.401	187,0	30%	62%	1.401	0,0	NE	NE	NE
J01H - PENIC.MEDIO YREDUC.ESPEC	43,8	50%	99%	4.350	43,8	50%	99%	4.350	0,0	NE	NE	NE
J01K - AMINOGLUCOSIDOS	4,5	43%	91%	2.703	4,5	43%	91%	2.703	0,0	NE	NE	NE
J01M - RIFAMPICINA/RIFAMICINA	4,1	94%	100%	8.816	4,1	94%	100%	8.816	0,0	NE	NE	NE
J01P - OTR B-LACTAM EX PEN.CEF	5,3	80%	100%	6.634	5,3	80%	100%	6.634	0,0	NE	NE	NE
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS	6,8	26%	84%	1.896	6,8	26%	84%	1.896	0,0	NE	NE	NE
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC	95,8	28%	62%	1.341	95,7	28%	62%	1.341	0,0	100%	100%	10.000
J03A - SULFAMIDAS VIA GENERAL	0,1	100%	100%	10.000	0,1	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
J04A - PROD ANTITUBERCULOSOS	0,8	40%	98%	3.079	0,8	40%	98%	3.079	0,0	NE	NE	NE
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO	0,3	100%	100%	10.000	0,3	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
J05B - ANTIV EXCL PRD ANTI-VIH	34,6	29%	75%	1.789	34,6	29%	75%	1.789	0,0	NE	NE	NE
J05C - ANTIVIRALES VIH	7,4	38%	83%	2.276	7,4	38%	83%	2.276	0,0	NE	NE	NE
J06A - SUERO ANTIOTOXICO	0,4	100%	100%	10.000	0,4	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
J06C - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV	3,2	86%	100%	7.578	3,2	86%	100%	7.578	0,0	NE	NE	NE
J06F - INMUNOGLOB POLIVALENT-IM	0,1	100%	100%	10.000	0,1	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-IM	5,8	100%	100%	10.000	5,8	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
J06G - INMUNOGL SPECIF-ANTIBACT	25,0	67%	100%	5.565	25,0	67%	100%	5.565	0,0	NE	NE	NE
J06H - INMUNOGL SPECIF-ANTIVIR	0,2	78%	100%	6.556	0,2	78%	100%	6.556	0,0	NE	NE	NE
J06J - OTRAS INMUNOGLOB ESPECIF	3,8	94%	100%	8.842	3,8	94%	100%	8.842	0,0	NE	NE	NE
J07A - VACUNAS PURAS	232,6	28%	86%	2.010	232,6	28%	86%	2.010	0,0	NE	NE	NE
J07B - COMBINACIONES DE VACUNAS	14,2	79%	100%	6.530	14,2	79%	100%	6.530	0,0	NE	NE	NE
J07C - OTRAS VACUNAS	45,7	61%	92%	4.111	45,7	61%	92%	4.111	0,0	NE	NE	NE
J08B - ANAEROBIODICAS	0,1	64%	100%	4.833	0,1	64%	100%	4.833	0,0	NE	NE	NE
M01A - ANTIARREUMAT NO ESTEROID	1.017,5	18%	56%	971	902,1	20%	54%	960	115,5	59%	92%	3.940
M01B - ASOC ANTIARREUMAT Y CORTI	159,6	31%	75%	1.786	159,6	31%	75%	1.786	0,0	NE	NE	NE
M01C - AGENT ANTIARREUMATIC ESPEC	79,6	41%	87%	2.907	79,6	41%	87%	2.907	0,0	NE	NE	NE
M02A - ANTIFFE Y ANALG TOPICOS	101,0	14%	46%	827	40,2	26%	71%	1.591	60,8	24%	74%	1.472
M03A - MIORRELAJ ACTIV PERIFER	0,8	57%	100%	4.914	0,8	57%	100%	4.914	0,0	NE	NE	NE
M03B - MIORRELAJ ACTIV CENTRAL	165,3	16%	46%	848	165,3	16%	46%	848	0,0	NE	NE	NE
M04A - ANTIGOTOTOS	35,4	34%	91%	2.353	35,4	34%	91%	2.353	0,0	NE	NE	NE
M05B - REGULADORES CALCIO OSSEO	204,3	28%	55%	1.220	204,3	28%	55%	1.220	0,0	NE	NE	NE
M05X - OTR PRD MUSCULO-ESQUELET	355,9	20%	66%	1.270	345,3	21%	68%	1.343	10,6	56%	93%	3.666
N01A - ANESTESICOS GENERALES	1,9	56%	86%	3.532	1,9	56%	86%	3.532	0,0	NE	NE	NE
N01B - ANESTESICOS LOCALES	15,5	64%	96%	4.746	15,4	65%	96%	4.803	0,1	100%	100%	10.000
N02A - ANALGESICOS NARCOTICOS	20,4	68%	96%	4.902	20,4	68%	96%	4.902	0,0	NE	NE	NE
N02B - ANALG NO NARC ANTIPIRET.	586,6	15%	48%	797	320,4	18%	50%	903	266,2	31%	80%	1.930
N02C - ANTIMIGRANOS	148,4	61%	92%	4.127	148,4	61%	92%	4.127	0,0	NE	NE	NE
N03A - ANTIPILEPTICOS	907,4	12%	44%	788	907,4	12%	44%	788	0,0	NE	NE	NE
N04A - ANTI-PARKINSONIANOS	162,5	23%	63%	1.273	162,5	23%	63%	1.273	0,0	NE	NE	NE
N05A - ANTI-SICOTICOS	490,5	28%	59%	1.251	490,5	28%	59%	1.251	0,0	NE	NE	NE
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES	89,4	40%	81%	2.254	77,9	46%	88%	2.872	11,5	55%	97%	3.877
N05C - TRANQUILIZANTES	335,6	39%	76%	2.068	335,6	39%	76%	2.068	0,0	NE	NE	NE
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	624,7	13%	44%	772	624,7	13%	44%	772	0,0	NE	NE	NE
N06B - PSYCOESTIMULANTES	22,7	30%	95%	2.465	22,7	30%	98%	2.465	0,0	NE	NE	NE
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE	2,6	76%	100%	6.311	2,6	76%	100%	6.311	0,0	NE	NE	NE
N06D - NOOTROPICOS	37,6	30%	84%	2.026	37,6	30%	84%	2.026	0,0	NE	NE	NE
N06E - NEUROTONICOS Y OTROS PROD	66,9	76%	96%	5.953	66,6	76%	96%	5.988	0,2	100%	100%	10.000
N07B - DESHABITUANTES DEL TABACO	38,0	42%	99%	3.155	16,2	98%	100%	9.597	21,8	55%	100%	4.289
N07C - PRODUCTOS ANTIVERTIGO	27,9	30%	89%	2.272	27,9	30%	89%	2.272	0,0	NE	NE	NE
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER	254,0	19%	67%	1.360	254,0	19%	67%	1.360	0,0	NE	NE	NE
N07E - DROGAS PARA ALCOH DEP	0,4	100%	100%	9.997	0,4	100%	100%	9.997	0,0	NE	NE	NE
N07F - DROGAS PARA OPIO DEPEND	1,7	100%	100%	10.000	1,7	100%	100%	10.000	0,0	NE	NE	NE
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC	20,3	32%	80%	1.976	20,3	32%	80%	1.976	0,0	NE	NE	NE

Notas aclaratorias: HHI (definido en el texto), C1 (participación de mercado del primer laboratorio), C4 (participación de mercado de los primeros 4 laboratorios). NE (no existe).

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro A.4(1). Participación de ROEMMERS en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	ROEMMERS								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTRIREUMAT NO ESTEROID	0,1%	0,0%	0,3%	0,6%	0,1%	0,9%	1,3%	1,0%	1,7%
C08A - ANTIG DEL CALCIO SOLOS	12,9%	12,5%	13,3%	13,2%	12,0%	14,4%	10,4%	9,6%	11,4%
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	46,2%	44,7%	47,6%	43,2%	41,8%	45,5%	50,0%	47,3%	52,3%
N03A - ANTIPILEPTICOS				0,3%	0,3%	0,3%	1,8%	1,0%	3,3%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIFER							3,0%	2,8%	3,2%
M02A - ANTRIRE Y ANALG TOPICOS	1,0%	0,8%	1,1%	1,2%	0,5%	1,7%	1,4%	1,1%	1,7%
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	1,2%	0,4%	2,1%	6,6%	3,6%	9,4%	11,5%	10,4%	12,0%
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	9,6%	9,4%	9,8%	7,6%	7,4%	7,8%	8,6%	8,0%	9,4%
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL				0,4%	0,4%	0,4%	0,7%	0,6%	0,8%
A06A - LAXANTES									
N02B - ANALG NO NARC ANTIPIRET.	7,4%	5,3%	9,4%	6,0%	5,6%	6,6%	9,6%	8,7%	10,6%
N05A - ANTIPSCOTICOS				1,2%	0,1%	1,7%	3,8%	3,4%	4,3%
N05C - TRANQUIULIZANTES	1,8%	1,7%	1,9%	1,9%	1,8%	1,9%	1,7%	1,6%	1,8%
A02B - ANTIULCEROSOS	28,1%	25,8%	30,4%	23,0%	21,8%	24,6%	20,0%	19,1%	21,1%
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES				1,1%	0,5%	1,8%	2,8%	2,7%	3,0%
C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC	29,7%	29,5%	29,8%	32,5%	30,7%	33,7%	33,5%	31,2%	36,3%
C03A - DIURETICOS				0,7%	0,0%	1,1%	0,2%	0,0%	0,5%
A10B - ANTIABETICOS ORALES	9,4%	8,6%	10,2%	6,1%	5,6%	6,9%	6,3%	5,9%	6,7%
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER				0,7%	0,0%	1,1%	1,0%	0,9%	1,1%
N04A - ANTI PARKINSONIANOS				2,8%	1,4%	3,3%	1,3%	0,9%	1,9%
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS	4,3%	3,6%	5,1%	7,8%	6,0%	9,5%	12,0%	10,4%	13,9%
C09C - ANGIONTENSIN-II ANTAG SOLO	22,2%	21,9%	22,5%	23,8%	22,1%	26,0%	29,1%	26,9%	31,2%
A03F - GASTROPROCINETICOS	1,6%	0,3%	2,9%	5,6%	3,8%	7,4%	10,0%	7,8%	12,4%
A08A - ANTOBESIDAD EXC DIETET	8,6%	7,9%	9,2%	22,5%	17,6%	27,6%	17,0%	0,0%	25,6%
C09D - ANGIONTENSIN-II ANTAG COMB	31,7%	30,0%	33,3%	25,3%	23,6%	28,9%	25,8%	24,9%	26,5%
M03B - MIORRELAJ ACTIV CENTRAL	4,5%	4,4%	4,5%	5,2%	4,6%	5,7%	8,2%	6,5%	9,6%
J01I - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	50,0%	48,1%	51,8%	59,2%	51,5%	64,8%	67,3%	65,9%	68,5%
N06D - NOOTROPICOS	2,5%	2,3%	2,7%	2,1%	2,1%	2,3%	2,0%	1,8%	2,0%
M05B - REGULADORES CALCIO OSEO									
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	1,5%	1,4%	1,7%						
J01G - FLUORQUINOLONAS	29,2%	27,8%	30,6%	28,3%	26,2%	29,9%	29,5%	28,6%	30,5%
A11D - VITAMINA BI Y ASOCIAS	4,5%	4,2%	4,9%	4,2%	3,8%	4,7%	3,6%	3,5%	3,8%
C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB				7,9%	1,4%	12,7%	16,0%	13,4%	19,0%
N02C - ANTIMIGRANOSOS	1,8%	1,6%	2,1%	1,5%	1,3%	1,7%	1,2%	1,1%	1,4%
A03D - ANTIESPASM/ANALGES. COMB	52,8%	50,7%	55,0%	44,7%	40,3%	53,3%	46,6%	46,0%	47,6%
J01D - CEFALOSPORINAS									
A11C - VIT A+D INC ASOC SIMPLES				12,3%	9,7%	14,9%	18,7%	16,0%	20,6%
A05B - PROTECT HEPATIC/LIPOTROP	6,9%	6,8%	7,1%	7,7%	6,7%	9,1%	8,1%	7,6%	8,4%
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES									
J05F - ANTVIRALES VIIH									
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL				9,0%	9,0%	9,0%	28,4%	18,7%	35,5%
C01E - NITRITOS Y NITRATOS	51,0%	48,9%	53,2%	58,2%	56,7%	59,9%	63,1%	60,4%	66,9%
C05C - ANTIARVICOSO SISTEMICO									
J05B - ANTV EXCL PRD ANTLVH	8,2%	7,9%	8,5%	11,6%	9,1%	16,7%	18,3%	13,4%	25,0%
M05X - OTR.PRD MUSCULO-ESEQUEL									
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC							1,6%	1,4%	1,9%
M01B - ASOC ANTRIREUMAT Y CORTI							0,4%	0,4%	0,4%
A12A - CALCIO									
A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS									
A11X - OTRAS VITAMINAS									
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS	38,5%	37,9%	39,1%	45,0%	41,3%	49,3%	48,4%	47,7%	49,0%
A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOG									
A13A - TÓNICOS									
J01K - AMINOGLUCOSIDOS									
A07E - AGENTES ANTHINFLAM INTEST									
C05A - ANTHEMORROIDALES TOPIC									
C10C - REGLIP-COMB OTR REGLIP				11,3%	8,2%	14,1%	14,6%	14,3%	14,9%
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC									
J01H - PENIC MEDIO Y REDUC ESPECT									
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS									
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC							33,5%	32,3%	35,2%
A10X - OTROS PROD ANTIABETICOS									
A01A - ESTOMATOLOGICOS									
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD									
C05B - ANTIARVICOSOS TOPICOS									
J07A - VACUNAS PURAS									
N01A - ANESTESICOS GENERALES									
A07A - ANTHINF INTEST ANTI DIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES									
A16A - OTROS PROD DIGEST METAB									
C01B - ANTIARRITMICOS	68,3%	66,7%	69,9%	72,3%	71,4%	73,9%	76,5%	74,8%	78,0%
C02A - ANTIHPERTENS(NO HER) SOL									
C02B - ANTIHPERT(NO HER)-DIURET									
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC.									
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL									
J04A - PROD ANTI TUBERCULOSOS									
J06G - INMUNOGOL ESPECIF-ANTIBACT									
J07C - OTRAS VACUNAS									
M01C - AGENT ANTRIREUMATIC ESPEC									
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B									
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL									
A12C - OTROS SUPLEMENT MINER.									
C01A - GLUCOS CARDIACOS + ASOC.				23,7%	21,7%	25,8%	46,9%	37,9%	59,9%
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC									
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL									
M04A - ANTIGOTOSOS									
N02A - ANALGESICOS NARCOTICOS									
N07B - DESHABITUANTES DEL TABAC									
C10B - ANTIATROMA									
A12B - POTASIO									
A04A - ANTIEMETICOS ANTI NAUSEA									
A03C - ANTIESPASM/ATARAXIC COM	12,8%	11,7%	13,9%	38,7%	0,5%	52,9%			
J06F - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV									
J06G - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IM									
J06J - OTRAS INMUNOGLOB ESPECIF									
N06B - PSYCOESTIMULANTES									
J04J - PROD TRATAMIENT LEPRO									
N01B - ANESTESICOS LOCALES									
N06C - PSICOLEPTICOS-PSICOANALE									
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALO									
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-I									
Total medicamentos	7,1%	7,1%	7,2%	6,8%	6,7%	7,2%	8,0%	7,7%	8,1%

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro A.4(2). Participación de BAYER en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	BAYER								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTIREUMAT NO ESTEROID	2,7%	2,7%	2,7%	8,9%	5,2%	11,2%	16,2%	14,6%	16,8%
C08A - ANTAG DEL CALCIO SOLOS	15,9%	15,5%	16,3%	12,2%	10,1%	14,8%	9,2%	8,9%	9,5%
C09A - INHIBidores ECA SOLOS				0,0%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,1%
N03A - ANTIPILEPTICOS	0,7%	0,7%	0,7%	0,5%	0,3%	0,7%	0,0%	0,0%	0,0%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIF	6,4%	5,9%	7,0%	4,0%	3,1%	4,8%	2,8%	2,4%	3,0%
M02A - ANTIRE Y ANALG TOPICOS	0,1%	0,1%	0,2%	3,1%	1,9%	4,3%	1,0%	0,6%	1,5%
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	0,3%	0,2%	0,4%	0,0%	0,0%	0,1%			
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	1,2%	0,0%	2,5%						
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL	4,6%	3,6%	5,5%	62,5%	57,7%	65,2%	61,3%	58,9%	63,4%
A06A - LAXANTES				0,2%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
N02B - ANALG NO NARC ANTIPIRET.	31,5%	31,3%	31,6%	29,8%	27,8%	33,3%	16,6%	14,7%	19,4%
N05A - ANTIPSICOTICOS				0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
N05C - TRANQUILIZANTES									
A02B - ANTIULCEROSOS									
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES	23,2%	22,2%	24,2%	20,1%	18,6%	21,8%	17,7%	17,2%	18,0%
C09B - INHIBidores ECA COMBINAC									
C03A - DIURETICOS									
A10B - ANTIDIABETICOS ORALES	1,0%	0,8%	1,1%	0,5%	0,2%	0,7%	0,1%	0,1%	0,2%
N07D - PRODUTOS ANTI-ALZHEIMER									
N04A - ANTI-PARKINSONIANOS				0,1%	0,0%	0,2%			
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS									
C09C - ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO									
A03F - GASTROPROCINETICOS									
A08A - ANTOBESIDAD EXC DIETET									
C09D - ANGIOTENSIN-II ANTAG COMB									
M03B - MIORRELAJ ACTIV CENTRAL									
J01E - PENICILINAS AMPLIO ESPECT									
N06D - NOOTROPICOS									
M05B - REGULADORES CALCIO OSEO									
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	0,4%	0,3%	0,4%	9,9%	8,4%	11,2%	10,1%	8,8%	11,1%
J01G - FLUORQUINOLONAS	11,7%	10,2%	13,3%	6,3%	4,7%	8,5%	4,8%	3,9%	5,2%
A11D - VITAMINA BI Y ASOCIAS.				20,7%	17,8%	24,4%	13,8%	12,1%	15,3%
C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB.									
N02C - ANTIMIGRANOSOS				0,6%	0,0%	2,1%			
A03D - ANTIESPASM/ANALGES. COMB									
J01D - CEFALOSPORINAS									
A11C - VIT A+D INC ASOC SIMPLES				0,2%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,0%
A05B - PROTECT HEPATIC LIPOPOTROP									
J01F - MACROLOIDOS Y SIMILARES									
J05F - ANTIVIRALES VIII									
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL	7,7%	6,3%	9,1%	33,9%	29,6%	37,6%	28,8%	26,5%	31,3%
C01E - NITRITOS Y NITRATOS									
C05C - ANTIARICOSOS SISTEMICO									
J05B - ANTIV EXCL PRD ANTI-VIH									
M05X - OTR PRD MUSCULO-ESEQUEL									
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC									
M01B - ASOC ANTIRREUMAT Y CORTI									
A12A - CALCIO				11,3%	9,6%	12,5%	8,9%	7,5%	9,7%
A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS									
A11X - OTRAS VITAMINAS				15,2%	12,8%	17,9%	8,9%	7,1%	10,5%
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS									
A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOG									
A13A - TONICOS									
J01I - AMINOGLUCOSIDOS									
A07E - AGENTES ANTIINFLAM INTEST									
C05A - ANTHEMORROIALES TOPIC				14,3%	12,8%	15,9%	10,1%	9,2%	10,8%
C10C - REG-LIP-COMB OTR REG-LIP									
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC									
J01H - PENIC MEDIO Y REDUC ESPECI									
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS									
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC									
A10X - OTROS PROD ANTIDIABETICOS									
A01A - ESTOMATOLOGICOS									
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD									
C05B - ANTIARICOSOS TOPICOS									
J07A - VACUNAS PURAS									
N01A - ANESTESICOS GENERALES									
A07A - ANTIINF INTEST ANTIDIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES									
A16A - OTROS PROD DIGEST METAB									
C01B - ANTIARRITMICOS									
C02A - ANTIHIPERTENS(SNO HER) SOL									
C02B - ANTIHIPERT(NO HER)-DIURET									
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC.									
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL									
J04A - PROD ANTITUBERCULOSOS									
J06G - INMUNOGL. ESPECIF-ANTIBACT									
J07C - OTRAS VACUNAS									
M01C - AGENT ANTIREUMATIC ESPEC									
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B				69,5%	67,3%	72,3%	70,2%	69,7%	71,0%
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL				87,0%	86,5%	88,1%	88,2%	84,9%	89,8%
A12C - OTROS SUPLEMENT MINER.				6,8%	5,7%	8,2%	4,9%	4,4%	5,6%
C01A - GLUCOS CARDIACOS + ASOC.									
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC									
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL				42,6%	16,8%	61,0%	57,9%	8,4%	99,8%
M04A - ANTIGOTOSOS									
N02A - ANALGESICOS NARCOTICOS									
N07B - DESHABITUANTES DEL TABAC									
C10B - ANTIATEROMA									
A12B - POTASIO									
A04A - ANTIEMETICOS ANTINAUSEA									
A05C - ANTIESPASM/ATARAXIC COM									
J06F - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV									
J06E - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IM									
J06J - OTRAS INMUNOGLOB ESPECIF									
N06B - PSYCOESTIMULANTES									
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO									
N01B - ANESTESICOS LOCALES									
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE									
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALO									
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-I									
Total medicamentos	2,3%	2,3%	2,3%	3,3%	2,9%	3,7%	2,3%	2,2%	2,4%

Cuadro A.4(3). Participación de BAGÓ en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	BAGO								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTIRREUMAT NO ESTEROID	9,5%	9,3%	9,6%	11,6%	11,2%	12,2%	10,0%	8,8%	11,1%
C08A - ANTAG DEL CALCIO SOLOS	13,5%	13,0%	13,9%	11,1%	10,8%	11,9%	9,5%	9,1%	10,3%
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	13,7%	13,3%	14,0%	13,2%	12,1%	14,4%	15,1%	14,9%	15,6%
N03A - ANTIPILEPTICOS	1,9%	1,0%	2,8%	4,3%	4,1%	4,5%	3,8%	3,6%	4,0%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIF	0,6%	0,6%	0,6%	0,5%	0,4%	0,6%	0,5%	0,2%	0,8%
M02A - ANTIRRE Y ANALG TOPICOS	12,8%	12,3%	13,3%	10,7%	10,2%	11,7%	9,4%	8,9%	10,3%
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	1,1%	0,7%	1,5%	3,8%	2,7%	4,5%	5,6%	4,9%	5,9%
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	0,8%	0,4%	1,2%	2,0%	0,4%	3,6%	4,6%	3,9%	5,5%
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL	3,8%	3,4%	4,2%	2,2%	1,8%	2,7%	1,1%	0,7%	1,5%
A06A - LAXANTES	0,2%	0,1%	0,2%	0,1%	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%
N02B - ANALG NO NARC ANTIPIRET.	4,4%	4,2%	4,5%	4,1%	3,7%	4,7%	5,3%	5,0%	5,5%
N05A - ANTIPSICOTICOS	2,4%	2,3%	2,4%	4,5%	2,5%	6,6%	10,9%	7,7%	13,2%
N05C - TRANQUILIZANTES	14,1%	13,8%	14,3%	13,5%	13,1%	14,4%	14,7%	14,5%	14,8%
A02B - ANTIULCEROSOS	9,0%	9,0%	9,0%	10,9%	9,5%	12,1%	13,6%	13,0%	14,3%
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES				0,9%	0,1%	1,6%	1,9%	1,7%	2,0%
C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC	15,1%	15,0%	15,3%	14,3%	14,0%	14,6%	14,5%	13,4%	15,7%
C03A - DIURETICOS	2,1%	1,5%	2,8%	9,4%	4,7%	13,4%	18,0%	15,8%	20,0%
A10B - ANTIABETICOS ORALES									
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER				0,9%	0,1%	1,6%	1,4%	1,2%	1,6%
N04A - ANTIPARKINSONIANOS	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,1%	0,9%	1,7%	1,1%	2,3%
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS	12,1%	11,2%	12,9%	10,9%	10,5%	11,1%	12,2%	11,1%	13,8%
C09C - ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	3,3%	2,9%	3,7%	2,9%	2,7%	3,4%	2,7%	2,6%	2,9%
A03F - GASTROPROCINETICOS				0,5%	0,1%	0,7%	0,3%	0,2%	0,5%
A08A - ANTOBESIDAS EXC-DIETET				3,2%	0,5%	5,8%	3,6%	0,7%	6,3%
C09D - ANGIOTENSIN-II ANTAG COMB				1,8%	0,5%	2,8%	2,6%	2,4%	2,7%
M03B - MORRELAJ ACTIV CENTRAL	9,9%	9,3%	10,5%	12,2%	9,1%	15,0%	15,8%	15,1%	16,4%
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	21,9%	21,7%	22,2%	18,4%	15,0%	21,9%	11,1%	9,1%	13,5%
N06D - NOOTROPICOS	4,2%	3,8%	4,6%	5,5%	5,3%	5,7%	6,4%	5,5%	8,3%
M05A - REGULADORES CALCIO OSEO				0,2%	0,1%	0,3%	0,2%	0,0%	0,3%
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	3,2%	3,1%	3,3%	3,3%	1,9%	4,9%	0,0%	0,0%	0,0%
J01G - FLUORQUINOLONAS	1,7%	1,2%	2,1%	1,9%	1,3%	3,4%	3,2%	2,6%	3,6%
A11D - VITAMINA B1 Y ASOCIAZ.	51,2%	49,7%	52,6%	51,2%	47,9%	55,0%	53,8%	51,5%	57,1%
C07B - AGENTES BETA-BLOQ.COMB.	8,1%	4,3%	11,8%	24,6%	17,5%	31,3%	33,4%	33,2%	33,9%
N02C - ANTIMIGRANOSOS	2,5%	2,2%	2,7%	1,3%	0,9%	1,9%	0,7%	0,7%	0,8%
A03D - ANTIESPASM/ANALGES. COMB	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%
J01D - CEFALOSPORINAS	5,1%	4,7%	5,5%	8,9%	8,0%	9,3%	8,2%	7,7%	8,5%
A11C - VIT A+D INC ASOC SIMPLES				33,6%	32,1%	35,2%	41,5%	37,3%	35,4%
A05B - PROTECT HEPATIC LIPOPOTROP					41,5%	37,3%	44,7%	35,4%	30,0%
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES									39,3%
J05C - ANTVIRUALES VIH									
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL									
C01E - NITRITOS Y NITRATOS	8,1%	7,2%	9,0%	10,4%	9,2%	11,6%	11,3%	10,8%	11,8%
C05C - ANTIARICOSO SISTEMICO	4,9%	4,6%	5,1%	3,5%	2,7%	4,5%	2,2%	1,9%	2,5%
J05B - ANTIV EXCL PRD ANTI-VIH									
M05X - OTR-PRD-MUSCULO-ESQUELET						1,8%	0,7%	2,6%	4,1%
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC							3,9%	4,4%	
M01B - ASOC ANTIRREUMAT Y CORTE	14,3%	13,8%	14,8%	15,1%	14,2%	16,1%	16,3%	15,4%	16,7%
A12A - CALCIO							0,9%	0,1%	1%
A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS	5,2%	4,9%	5,4%	6,4%	5,7%	7,5%	7,3%	7,2%	7,6%
A11X - OTRAS VITAMINAS	1,1%	1,0%	1,2%	0,4%	0,0%	0,8%	0,0%	0,0%	0,0%
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS									
A05A - TERAPIA BILAR Y COLAGOG	26,1%	24,7%	27,4%	23,2%	22,0%	25,1%	22,3%	21,8%	22,9%
A13A - TONICOS	1,6%	1,5%	1,8%	1,5%	1,4%	1,7%	0,9%	0,5%	1,5%
J01K - AMINOGlicosidos	9,1%	8,0%	10,3%	6,5%	4,9%	9,7%	11,1%	4,4%	18,0%
A07E - AGENTES ANTIINFLAM INTESI									
C05A - ANTHIMORROIDALES TOPIC									
C10C - REG.LIP.COMB. OTR REG.LIP									
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC									
J01H - PENIC-MEDIO YREDUC.ESPECI	6,5%	5,6%	7,4%	12,4%	10,1%	16,0%	23,4%	10,5%	49,7%
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS							0,0%	0,0%	0,0%
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC									
A10X - OTROS PROD ANTIDIABETICOS									
A01A - ESTOMATOLOGICOS									
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD	1,5%	1,3%	1,8%	0,7%	0,4%	1,3%	0,1%	0,0%	0,2%
C05B - ANTIARICOSOS TOPICOS	2,0%	1,6%	2,3%	0,5%	0,0%	1,6%			
J07A - VACUNAS PURAS									
N01A - ANESTESICOS GENERALES									
A07A - ANTHINF TESTINT ANTIDIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES									
A16A - OTROS PROD DIGEST METAB									
C01B - ANTIARRITMICOS									
C02A - ANTHIPERTENS(NO HER) SOL									
C02B - ANTHIPERTON(HER)+DIURET									
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC									
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL	7,1%	6,8%	7,5%	5,7%	4,3%	6,8%	3,7%	3,3%	4,0%
J04A - PROD ANTIUBERCULOSOS									
J06G - INMUNOGLB ESPECIF-ANTIBACT									
J07C - OTRAS VACUNAS									
M01C - AGENT ANTIREUMATIC ESPEC									
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B									
A11G - VIT C INCL ASOC.MINERAL									
A12C - OTROS SUPLEMENT.MINER									
C01A - GLUCOS CARDIACOS + ASOC.									
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC									
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL									
M04A - ANTIGOTOSOS									
N02A - ANALGESES NARCOTICOS									
N07B - DESHABITUANTES DEL TABAC									
C10B - ANTIATROMA									
A12B - POTASIC									
A04A - ANTHEMETICOS ANTI NAUSEA									
A03C - ANTIESPASM/ATARAXIC COM									
J06C - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV									
J06E - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IM									
J06J - OTRAS INMUNOGLB ESPECIF									
N06B - PSYCOESTIMULANTES									
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO									
N01B - ANESTESICOS LOCALES									
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE									
A10C - INSULINAS HUMANAS-ANALO									
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-I									
Total medicamentos	4,1%	4,0%	4,1%	4,0%	3,8%	4,2%	4,1%	4,0%	4,2%

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro A.4(4). Participación de PFIZER en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	PFIZER								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTRIREUMAT NO ESTEROID	0,2%	0,2%	0,2%	18,9%	16,5%	20,9%	20,2%	18,1%	21,9%
C08A - ANTAC DEL CALCIO SOLOS	13,4%	11,6%	15,1%	11,2%	10,6%	11,8%	11,8%	11,3%	12,4%
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS				1,1%	0,8%	1,2%	0,5%	0,3%	0,6%
N05A - ANTIPILEPTICOS				2,9%	2,3%	4,0%	5,1%	4,4%	6,0%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIF				1,7%	1,4%	1,9%	1,0%	0,9%	1,2%
M02A - ANTRIR ANALG TOPICOS	0,1%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%	0,6%	0,0%	0,0%	0,1%
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	12,6%	10,9%	14,4%	7,6%	6,2%	10,1%	6,7%	6,2%	7,3%
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC				5,2%	4,7%	6,3%	13,8%	12,2%	15,3%
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL									
A06A - LAXANTES				1,8%	1,4%	2,1%	1,4%	1,4%	1,4%
N02B - ANALG NO NARC.ANTIPIRET				12,2%	10,9%	13,1%	12,4%	11,9%	13,5%
N05A - ANTIPSICOTICOS	1,1%	0,7%	1,5%	1,4%	1,2%	1,7%	0,6%	0,5%	0,8%
N05C - TRANQUILIZANTES				2,3%	2,1%	2,5%	9,1%	8,9%	9,4%
A02B - ANTIULCEROSOS				0,3%	0,1%	0,5%	0,0%	0,0%	0,1%
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES									
C09A - INHIBIDORES ECA COMBINAC				0,7%	0,4%	1,1%	0,7%	0,3%	1,0%
C03A - DIURETICOS				24,6%	22,6%	26,2%	28,5%	26,4%	29,4%
A10B - ANTIDIABETICOS ORALES	3,1%	2,7%	3,4%	2,9%	1,7%	4,0%	0,9%	0,5%	1,3%
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER							0,3%	0,0%	0,9%
N04A - ANTI-PARKINSONIANOS				20,4%	17,8%	22,7%	14,6%	11,4%	18,4%
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS									
C09C - ANGLOTENSIN-II ANTAG SOLO									
A03F - GASTROPROCINETICOS	11,9%	11,5%	12,2%	9,8%	7,9%	11,0%	5,4%	3,9%	6,6%
A08A - ANTOBESIDAD EXC.DIETET									
C09D - ANGLOTENSIN-II ANTAG COMB									
M03B - MIORRELACTIV CENTRAL				8,1%	6,9%	9,1%	8,6%	8,0%	9,3%
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	1,2%	1,2%	1,2%	1,2%	1,0%	1,4%	0,8%	0,7%	0,9%
N06D - NOOTROPICOS				3,4%	2,7%	4,5%	2,6%	2,0%	3,5%
M05B - REGULADORES CALCIO OSEO				0,0%	0,0%	0,0%			
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN									
J01G - FLUORQUINOLONAS									
A11D - VITAMINA B1 Y ASOCIAZ.									
C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB.									
N02C - ANTIMIGRANOSOS				9,1%	8,4%	10,2%	10,5%	9,6%	11,5%
A03D - ANTIESPASM/ANALGES. COMB				0,1%	0,0%	0,2%			
J01D - CEFALOSPORINAS	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,1%			
A11C - VIT A+D INC ASOC SIMPLES				0,3%	0,0%	0,7%			
A05B - PROTECT HEPATIC LIPOPOTROP									
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES	9,1%	6,9%	11,3%	6,9%	5,3%	7,9%	4,6%	4,0%	4,8%
J05C - ANTI VIRALES VIH									
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL									
C01E - NITRITOS Y NITRATOS				3,3%	0,5%	4,5%	2,7%	0,0%	5,7%
C05E - ANTIVARICOSO SISTEMICO				0,1%	0,0%	0,2%			
J05B - ANTIV EXCL PRD ANTI-VIH									
M05X - OTR PRD MUSCULO-ESQUELET				0,1%	0,0%	0,3%			
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC	11,7%	10,9%	12,4%	6,1%	3,6%	8,1%	2,9%	1,5%	4,0%
M01B - ASOC ANTRIREUMAT Y CORTI									
A12A - CALCIO									
A09A - DIGESTIVOS INCL.ENZIMAS									
A11X - OTRAS VITAMINAS				0,0%	0,0%	0,0%			
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS									
A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOG									
A13A - TONICOS									
J01H - AMINOGLUCOSIDOS									
A07E - AGENTES ANTHINFLAM INTEST				27,2%	19,1%	33,1%	15,3%	13,4%	17,3%
C05A - ANTHIEMORRAOIDALES TOPIC									
C10C - REG.LIP COMB.OTR REG.LIP									
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC				21,5%	16,2%	26,9%	0,4%	0,0%	0,9%
J01H - PENIC MEDIO YREDUC ESPECT							28,8%	0,0%	45,3%
J01X - OTROS ANTIABACTERIANOS				7,9%	6,0%	8,5%	7,2%	2,8%	10,0%
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC									
A10X - OTROS PROD ANTI DIABETICOS									
A01A - ESTOMATOLOGICOS									
C01E - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD									
C05B - ANTIVARICOSOS TOPICOS									
J07A - VACUNAS PURAS							29,6%	27,5%	31,2%
N01A - ANESTESICOS GENERALES									
A07A - ANTHIN TEST ANTIDIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES									
A16A - OTROS PROD.DIGEST.METAB									
C01E - ANTIARRITMICOS									
C02A - ANTHIPERTENS(NO HER) SOL	13,1%	12,6%	13,6%	6,7%	0,0%	11,6%	0,0%	0,0%	0,0%
C02B - ANTHIPERT(NO HER)+DIURET									
J01A - TETRACILINAS Y ASOC.	20,8%	20,1%	21,4%	22,2%	20,0%	23,0%	16,5%	15,3%	18,4%
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL									
J04A - PROD ANTITUBERCULOSOS									
J06G - INMUNOG ESPECIF-ANTIBACT									
J07C - OTRAS VACUNAS									
M01C - AGENT ANTRREUMATIC ESPEC									
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B									
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL									
A12A - OTROS SUPLEMENT MINER									
C01A - GLUCOS.CARDIACOS + ASOC.									
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC				1,7%	0,5%	5,6%	0,9%	0,1%	1,8%
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL									
M04A - ANGOTOTOSOS									
N02A - ANALGESESICOS NARCOTICOS				8,3%	2,7%	19,0%	0,1%	0,0%	0,1%
N07B - DESHABITUANTES DEL TABACO				52,0%	52,0%	52,0%	51,3%	41,7%	61,2%
C10B - ANTIATEROMA									
A12B - POTASIO									
A04A - ANTHIEMETICOS ANTINAUSEA					0,2%	0,2%	0,2%		
A03C - ANTIESPASM/ATARAXIC COMB									
J06C - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV									
J06E - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IM									
J06J - OTRAS INMUNOGLOB ESPECIF									
N06B - PSYCOESTIMULANTES									
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO				100,0%	100,0%	100,0%			
N01B - ANESTESICOS LOCALES				0,0%	0,0%	0,0%			
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE									
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALO									
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-I									
Total medicamentos	1,0%	0,9%	1,1%	3,0%	2,8%	3,2%	3,5%	3,3%	3,8%

Cuadro A.4(5). Participación de IVAX en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	IVAX								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTIARREUMAT NO ESTEROID	3,8%	3,4%	4,2%	2,6%	1,4%	4,2%	0,6%	0,1%	1,2%
C08A - ANTAC DEL CALCIO SOLOS	12,3%	11,9%	12,6%	12,5%	11,4%	14,3%	15,5%	14,3%	16,0%
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	3,1%	3,0%	3,1%	3,0%	2,8%	3,1%	2,9%	2,7%	3,1%
N03A - ANTEPILEPTICOS	6,3%	5,3%	7,2%	11,6%	8,9%	12,8%	12,1%	10,2%	14,0%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIF	2,7%	2,5%	2,8%	3,0%	2,7%	3,2%	2,6%	2,2%	2,8%
M02A - ANTIURE Y ANALG TOPICOS	0,8%	0,6%	1,0%	0,9%	0,4%	1,8%	3,9%	3,6%	4,2%
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR	2,7%	2,7%	2,8%	2,9%	2,5%	3,2%	2,1%	1,7%	2,5%
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	5,5%	4,7%	6,2%	10,6%	8,5%	12,8%	12,6%	11,0%	13,5%
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL	2,4%	2,3%	2,6%	2,0%	1,7%	2,2%	1,6%	1,3%	1,7%
A06A - LAXANTES	1,0%	0,9%	1,1%	0,9%	0,8%	0,9%	0,8%	0,7%	0,9%
N02B - ANALG NO NARC.ANTIPIRET	0,9%	0,9%	1,0%	0,8%	0,7%	0,9%	0,7%	0,3%	1,1%
N05A - ANTIPSCOTICOS	4,1%	3,7%	4,4%	7,6%	7,2%	8,8%	6,4%	3,7%	8,3%
N05C - TRANQUILIZANTES	6,8%	6,7%	6,8%	6,6%	6,3%	6,8%	6,0%	4,7%	6,9%
A02B - ANTIULCEROSOS	6,8%	6,5%	7,0%	6,2%	5,7%	6,6%	4,7%	3,2%	5,8%
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES	6,5%	5,9%	7,0%	7,6%	6,9%	9,1%	9,3%	7,7%	10,7%
C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC	9,8%	9,4%	10,1%	12,5%	10,8%	13,8%	17,6%	14,0%	20,6%
C03A - DIURETICOS	1,8%	1,6%	2,0%	2,2%	1,9%	2,4%	2,5%	2,0%	3,2%
A10B - ANTIDIABETICOS ORALES							0,7%	0,7%	0,8%
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER	20,2%	15,6%	24,9%	23,1%	20,9%	26,8%	19,1%	15,5%	20,5%
N04A - ANTIPARKINSONIANOS	5,2%	5,0%	5,3%	4,8%	4,5%	5,2%	6,8%	6,0%	7,5%
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS	0,6%	0,6%	0,6%	0,4%	0,2%	0,5%	1,0%	0,4%	1,3%
C09C - ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	4,6%	4,6%	4,6%	4,9%	4,7%	5,2%	4,4%	3,4%	4,9%
A03F - GASTROPROCINETICOS				4,5%	2,9%	6,8%	7,7%	7,0%	8,2%
A08A - ANTOBESIDAD EXC DIETET	4,8%	4,1%	5,6%	4,4%	3,7%	4,9%	3,2%	0,0%	4,9%
C09D - ANGIOTENSIN-II ANTAG COMB	5,4%	5,1%	5,7%	3,9%	3,2%	4,9%	4,1%	3,2%	4,6%
M03B - MIRELAJ ACTIV CENTRAL	7,3%	7,0%	7,7%	5,2%	4,0%	6,2%	2,0%	0,9%	3,5%
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	0,9%	0,8%	1,1%	0,4%	0,2%	0,6%	0,2%	0,1%	0,2%
N06D - NOOTROPICOS	23,2%	22,3%	24,2%	31,5%	28,2%	32,9%	31,5%	30,2%	33,0%
M05B - REGULADORES CALCIO OSEO	9,4%	5,7%	13,1%	12,0%	11,1%	12,8%	9,5%	7,6%	10,5%
A02A - ANTACID ANTIFLAT CARMIN									
J01G - FLUORQUINOLONAS									
A11D - VITAMINA B1 Y ASOCIAZ.									
C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB.									
N02C - ANTIMIGRANOSOS									
A03D - ANTHIESPASM/ANALGES. COMB	0,5%	0,5%	0,5%	0,3%	0,2%	0,4%	0,1%	0,1%	0,2%
J01D - CEFALOSPORINAS				14,1%	9,9%	16,1%	10,8%	5,5%	16,5%
A11E - VIT A+D INC ASOC SIMPLES									
A05B - PROTECT HEPATIC LIPOPOTROP									
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%			
J05C - ANTIIVIRALES VIH	0,7%	0,1%	1,2%	8,4%	0,3%	31,1%	0,2%	0,0%	0,3%
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL									
C01E - NITRITOS Y NITRATOS									
C05C - ANTIVARICOSO SISTEMICO	9,5%	9,0%	10,1%	8,9%	8,0%	9,7%	7,0%	5,5%	8,1%
J05B - ANTIV EXCL PRD ANTI-VIH				1,7%	0,3%	2,6%	0,5%	0,1%	1,6%
M05X - OTR.PRD MUSCULO-ESEQUEL	10,5%	8,0%	13,0%	9,4%	8,7%	9,7%	5,7%	3,3%	7,9%
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC									
M01B - ASOC ANTIARREUMAT/MAT Y CORTI	1,9%	1,8%	1,9%	1,2%	0,8%	1,6%	0,6%	0,3%	0,7%
A12A - CALCIO									
A09A - DIGESTIVOS INCL.ENZIMAS	10,6%	10,6%	10,6%						
A11X - OTRAS VITAMINAS	0,2%	0,0%	0,4%						
A03A - ANTEIPSASM+ANTICOL SOLOS									
A05A - TERAPIA BILAR Y COLAGOG.	6,4%	6,2%	6,5%	4,2%	3,4%	5,3%	2,8%	2,1%	3,4%
A13A - TONICOS	31,4%	30,1%	32,7%	29,8%	28,7%	30,8%	31,9%	29,3%	33,8%
J01K - AMINOLUCOSIDOS	0,2%	0,2%	0,2%	0,7%	0,4%	1,2%	1,3%	0,7%	1,9%
A07E - AGENTES ANTIINFLAM INTEST	0,8%	0,8%	0,8%	3,5%	1,9%	5,7%	6,2%	5,1%	7,4%
C05A - ANTHEMORRADELES TOPIC									
C10C - REG.LIP COMB.OTR.REG.LIP					2,2%	1,0%	3,3%	12,4%	8,6%
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC									15,1%
J01H - PENIC.MEDIO YREDUC ESPECT									
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS									
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC									
A10X - OTROS PROD ANTIABETICOS									
A01A - ESTOMATOLOGICOS	1,4%	1,2%	1,7%	1,7%	1,2%	2,3%			
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD	0,7%	0,7%	0,7%	0,2%	0,0%	0,5%			
C05B - ANTIVARICOSOS TOPICOS	21,2%	19,9%	22,4%	15,9%	9,2%	20,2%	7,0%	4,2%	9,1%
J07A - VACUNAS PURAS									
N01A - ANESTESICOS GENERALES									
A07A - ANTHNF INTEST ANTIIDIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%
A16A - OTROS PROD.DIGEST.METAB									
C01B - ANTIARRITMICOS									
C02A - ANTIHIPERTENS(NO HER) SOL									
C02B - ANTIHIPERT(NO HER)+DIURET									
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC	46,9%	46,4%	47,5%	49,2%	46,0%	53,6%	45,2%	26,9%	54,1%
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL									
J04A - PROD ANTITUBERCULOSOS	12,2%	10,0%	14,4%	34,4%	27,8%	41,6%	55,6%	39,8%	69,1%
J06G - INMUNOG. ESPECIF-ANTIBACT									
J07C - OTRAS VACUNAS	1,1%	1,0%	1,1%	0,5%	0,0%	1,0%			
M01C - AGENT ANTIРЕUMATIC ESPEC	38,5%	34,5%	42,4%	37,0%	31,0%	43,6%	36,5%	32,8%	39,2%
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B									
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL									
A12C - OTROS SUPLEMENT.MINER.									
C01A - GLUCOS.CARDIACOS + ASOC									
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC									
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL									
M04A - ANTIGOTOTOS									
N02A - ANALGESICOS NARCOTICOS									
N07B - DESHABITUANTES DEL TABAC									
C10B - ANTIATEROMA									
A12B - POTASIO									
A04A - ANTIEMETICOS ANTINAUSEA	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	0,1%	0,1%			
A09C - ANTHIESPASM/ATARAXIC COM									
J06C - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV									
J06E - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IM									
J06J - OTRAS INMUNOGLOB ESPECIF									
N06B - PSYCOESTIMULANTES									
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO									
N01B - ANESTESICOS LOCALES									
N06C - PSICOLEPTICOS-PSICOANALE									
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALOG	0,2%	0,2%	0,2%						
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-I	10,0%	9,1%	10,9%						
Total medicamentos	2,7%	2,6%	2,8%	3,1%	3,0%	3,2%	3,1%	2,6%	3,5%

Cuadro A.4(6). Participación de ELEA en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	ELEA								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTIRREUMAT NO ESTEROID	0,3%	0,2%	0,3%	0,3%	0,2%	0,5%	1,2%	0,9%	1,4%
C08A - ANTAC DEL CALCIO SOLOS				2,4%	1,9%	2,8%	1,0%	0,7%	1,5%
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS							0,7%	0,5%	1,0%
N08A - ANTIPILEPTICOS					8,2%	7,5%	8,7%	8,2%	8,6%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIF							0,3%	0,2%	0,4%
M02A - ANTIRE Y ANALG TOPICOS	0,4%	0,4%	0,5%	0,2%	0,1%	0,3%	0,0%	0,0%	0,1%
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBR				1,2%	0,5%	2,0%	2,3%	2,2%	2,4%
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	0,8%	0,7%	1,0%	13,3%	12,3%	15,0%	5,1%	4,2%	6,0%
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL	0,9%	0,8%	0,9%	2,4%	1,8%	3,4%	4,2%	2,8%	5,8%
A06A - LAXANTES	0,6%	0,5%	0,7%	21,0%	20,0%	22,8%	24,2%	21,4%	27,9%
N02B - ANALG NO NARC.ANTIPIRET.				2,2%	2,0%	2,6%	2,2%	1,9%	2,4%
N05A - ANTISOCITICOS				1,8%	0,8%	2,2%	2,0%	1,4%	2,9%
N05C - TRANQUILIZANTES									
A02B - ANTIULCEROSOS				0,9%	0,6%	1,2%	2,7%	2,4%	2,8%
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES				0,2%	0,2%	0,2%	1,4%	1,1%	1,7%
C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC							0,3%	0,2%	0,4%
C03A - DIURETICOS				3,2%	1,8%	3,7%	4,3%	4,1%	4,4%
A10B - ANTIIDIABETICOS ORALES				2,0%	0,5%	2,8%	7,7%	7,0%	8,0%
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER				2,7%	1,4%	3,1%	2,4%	2,1%	2,7%
N04A - ANTI-PARKINSONIANOS				0,4%	0,1%	0,5%	0,5%	0,4%	0,5%
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS				2,2%	0,6%	3,2%	6,0%	4,3%	7,0%
C09C - ANGIO-TENSIN-II ANTAC SOLO				2,2%	0,1%	3,2%	3,1%	2,9%	3,1%
A08F - GASTROPROCINETICOS				2,2%	0,1%	3,2%	3,1%	2,9%	3,1%
A08A - ANTOBESIDAD EXC.DIETET				6,2%	2,4%	10,1%	10,5%	8,8%	14,3%
C09D - ANGIOTENSIN-II ANTAC COMB				2,0%	0,9%	2,4%	1,8%	1,5%	2,0%
M03B - MIORRELAJ ACTIV CENTRAL									
J01J - PENICILINAS AMPLIO ESPECT	1,1%	1,0%	1,2%	0,9%	0,5%	1,3%			
N06D - NOOTROPICOS	1,2%	1,1%	1,4%	0,4%	0,0%	0,9%			
M05B - REGULADORES CALCIO OSEO	22,6%	22,5%	22,6%	23,2%	20,2%	27,7%	28,4%	28,0%	28,7%
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN				34,9%	33,0%	36,4%	35,8%	33,8%	37,2%
J01G - FLUOROQUINOLONAS				1,1%	0,1%	2,1%	3,2%	2,8%	3,6%
A11D - VITAMINA B1 Y ASOCIAS.							0,4%	0,2%	0,5%
C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB.							8,9%	8,7%	9,3%
N02C - ANTIMIGRANOSOS				0,1%	0,0%	0,2%			
A03D - ANTIESPASM/ANALGES. COMB									
J01D - CEFALOSPORINAS							8,2%	6,1%	10,5%
A11C - VIT A-D INC ASOC SIMPLES									
A05B - PROTECT.HEPATIC.LIPOTROP									
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES	8,7%	6,1%	11,3%	16,4%	13,7%	18,0%	16,4%	14,7%	17,9%
J05C - ANTI-VIDRALES VIIH	0,9%	0,3%	1,4%	10,7%	0,9%	36,9%	0,1%	0,0%	0,1%
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL									
C01E - NITRITOS Y NITRATOS									
C05C - ANTI-VARICOSES SISTEMICO							1,8%	1,1%	2,4%
J05B - ANTI-VID EXCL PRD ANTI-VIH	44,8%	44,4%	45,2%	29,3%	23,5%	36,6%	27,0%	20,9%	29,7%
M05X - OTR.PRD.MUSCULO-ESEQUELET							2,7%	1,5%	4,1%
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC									
M01B - ASOC ANTIRREUMAT Y CORTI									
A12A - CALCIO									
A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS									
A11X - OTRAS VITAMINAS									
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS	6,5%	6,3%	6,7%	4,9%	4,1%	5,6%	3,4%	2,9%	4,0%
A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOG.									
A13A - TONICOS									
J01K - AMINOGLUCOSIDOS									
A07E - AGENTES ANTHINFLAM INTEST									
C05A - ANTHIMEMORROIDALES TOPIC									
C10C - REG.LIP.COMB.OTR.REG.LIP									
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC									
J01H - PENIC.MEDIO Y REDUC.ESPECT									
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS									
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC									
A10X - OTROS PROD ANTIIDIABETICOS									
A01A - ESTOMATOLOGICOS									
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD									
C05B - ANTI-VARICOSES TOPICOS									
J07A - VACUNAS PURAS	16,1%	14,8%	17,5%	10,0%	6,8%	14,1%			
N01A - ANESTESICOS GENERALES					1,4%	0,0%	3,0%		
A07A - ANTHINF INTEST ANTIDIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES									
A16A - OTROS PROD.DIGEST.METAB									
C01B - ANTIARRITMICOS									
C02A - ANTHIHIPERTENS(NO HER) SOL									
C02B - ANTHIHIPERT(No HER)-DIURET									
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC									
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL									
J04A - PROD ANTITUBERCULOSOS									
J06G - INMUNOGLOB ESPECIF-ANTIBACT									
J07C - OTRAS VACUNAS									
M01C - AGENT ANTIREUMATICOS ESPEC									
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B									
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL									
A12C - OTROS SUPLEMENT MINER.									
C01A - GLUCOS CARDIACOS + ASOC.									
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC									
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL									
M04A - ANTIGOTOSOS									
N02A - ANALGESICOS NARCOTICOS									
N07B - DESHABITUANTES DEL TABAC									
C10B - ANTIATEROMA	17,2%	16,1%	18,2%				33,7%	12,5%	54,8%
A12B - POTASIO							71,5%	69,6%	73,9%
A04A - ANTIEMETICOS ANTINAUSEA									
A09C - ANTIESPASM/ATARAXIC COM									
J06C - INNUNNO-GLOB POLIVALENT-IV									
J06E - INNUNNO-GLOB POLIVALENT-IM									
J06G - OTRAS INNUNNOGLLOB ESPECIF									
N06B - PSYCOESTIMULANTES									
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO									
N01B - ANESTESICOS LOCALES									
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE									
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALO									
J06F - INNUNNOGLLOB POL-COM MOD-I									
Total medicamentos	0,6%	0,6%	0,6%	2,1%	2,0%	2,2%	2,4%	2,3%	2,4%

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Cuadro A.4(7). Participación de GADOR en las clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS de los Grupos A, C, J, M y N. Períodos 2001-2002, 2003-2007 y 2008-2011

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	GADOR								
	2001-2002			2003-2007			2008-2011		
	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo	Promedio	Mínimo	Máximo
M01A - ANTRIREUMAT NO ESTEROID	0,5%	0,4%	0,6%	0,6%	0,5%	0,8%	0,8%	0,8%	0,9%
C08A - ANTAG DEL CALCIO SOLOS	1,0%	0,5%	1,5%	2,5%	2,0%	3,2%	4,4%	3,6%	5,4%
C09A - INHIBIDORES ECA SOLOS	3,9%	2,1%	5,7%	5,4%	5,0%	6,3%	5,3%	5,1%	5,6%
N03A - ANTIPILEPTICOS							0,5%	0,2%	0,7%
C04A - VASOTERAPIAS CEREB/PERIFER	0,4%	0,3%	0,5%	0,6%	0,4%	0,7%	0,3%	0,3%	0,4%
M02A - ANTRIRE Y ANALG TOPICOS	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%			
N06A - ANTIDEPRES Y EQUILIBRE	16,1%	15,5%	16,8%	12,8%	12,2%	13,4%	12,8%	12,6%	13,0%
C10A - PREP REG COLEST/TRIGLIC	1,0%	1,0%	1,0%	1,3%	0,5%	2,1%	3,5%	2,6%	4,8%
A11A - POLIVITAMIN CON MINERAL	2,9%	2,7%	3,2%	1,5%	1,1%	2,1%	0,8%	0,6%	0,9%
A06A - LAXANTES	6,6%	6,6%	6,6%	4,8%	4,5%	5,0%	4,9%	4,7%	5,0%
N02B - ANALG NO NARC ANTIPIRET.									
N05A - ANTIPSICOTICOS	23,9%	23,1%	24,7%	28,9%	26,3%	31,2%	30,4%	27,9%	31,6%
N05C - INHIBIDORES ECA COMBINAC	24,7%	24,3%	25,1%	26,3%	24,2%	29,2%	35,6%	31,7%	39,2%
A02B - ANTIULCEROSOS				0,6%	0,4%	0,9%	0,8%	0,6%	1,0%
N05B - HIPNOTICOS Y SEDANTES	25,2%	24,8%	25,6%	27,6%	23,8%	30,2%	35,4%	30,7%	39,7%
C09B - INHIBIDORES ECA COMBINAC				0,5%	0,2%	0,8%	1,0%	0,8%	1,2%
C03A - DIURETICOS				0,3%	0,1%	0,4%	0,8%	0,6%	1,2%
A10B - ANTIIDIABETICOS ORALES							0,5%	0,1%	1,0%
N07D - PRODUCTOS ANTI-ALZHEIMER							0,4%	0,1%	0,7%
N04A - ANTI-PARKINSONIANOS									
C07A - AGENTES BETA-BLOQ SOLOS	50,5%	48,9%	52,1%	39,3%	33,5%	45,7%	28,1%	25,3%	31,5%
C09C - ANGIOTENSIN-II ANTAG SOLO	8,6%	7,3%	9,9%	10,0%	8,6%	12,3%	8,6%	8,5%	8,8%
A03F - GASTROPROCIETICOS	0,1%	0,0%	0,2%	1,3%	0,9%	1,6%	0,6%	0,5%	0,8%
A08A - ANTOBESIDAS EXC DIETET	4,2%	3,5%	5,0%	1,7%	0,5%	4,2%	0,9%	0,6%	1,9%
C09D - ANGIOTENSIN-II ANTAG COMB	6,0%	4,7%	7,2%	8,6%	7,3%	10,3%	8,6%	8,2%	8,8%
M03B - MIORELAJ ACTIV CENTRAL				0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%
J01C - PENICILINAS AMPLIO ESPECT									
N06D - NOOTROPICOS									
M05B - REGULADORES CALCIO OSEO	8,0%	7,7%	8,4%	4,6%	2,9%	6,2%	3,0%	2,4%	3,4%
A02A - ANTIACID ANTIFLAT CARMIN	3,1%	3,0%	3,1%	2,0%	1,4%	2,8%	1,0%	0,7%	1,2%
J01G - FLUOROQUINOLONAS									
A11D - VITAMINA B1 Y ASOCIAS.									
C07B - AGENTES BETA-BLOQ COMB.				0,7%	0,7%	0,7%	4,4%	2,8%	5,8%
N02C - ANTIMIGRANOSOS									
A03D - ANTIESPASM/ANALGES. COMB									
J01D - CEFALOSPORINAS	2,0%	1,9%	2,0%	1,6%	1,5%	1,7%	1,5%	1,4%	1,7%
A11C - VIT A+D INC ASOC SIMPLES				0,1%	0,0%	0,0%	0,0%		
A05B - PROTECT HEPATIC/LIPOPOTROP	41,4%	40,7%	42,2%	36,4%	31,8%	38,8%	43,0%	37,6%	49,8%
J01F - MACROLIDOS Y SIMILARES							1,0%	0,8%	1,2%
J05F - ANTVIRALES VIIH	0,1%	0,1%	0,2%	6,5%	1,4%	14,4%	27,5%	7,2%	40,2%
A11B - POLIVITAMIN SIN MINERAL	4,8%	4,3%	5,3%	2,0%	0,0%	3,4%	0,0%	0,0%	0,0%
C01E - NITRITOS Y NITRATOS									
C05C - ANTIARVICOSO SISTEMICO									
J05B - ANTV EXCL PRD ANTI-VIH									
M05X - OTR PERD MUSCULO-ESEQUEL									
J02A - ANTIMICOTICOS SISTEMIC	0,9%	0,1%	1,7%	0,2%	0,1%	0,5%	1,8%	0,6%	2,7%
M01B - ASOC ANTRIREUMAT Y CORTI									
A12A - CALCIO	13,0%	12,0%	13,9%	24,7%	20,7%	27,4%	34,2%	30,0%	38,5%
A09A - DIGESTIVOS INCL ENZIMAS	16,0%	15,4%	16,7%	26,1%	22,7%	31,2%	37,8%	33,0%	42,4%
A11X - OTRAS VITAMINAS	0,9%	0,8%	1,0%	0,8%	0,2%	1,0%			
A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS									
A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOG.									
A13A - TÓNICOS									
J01K - AMINOGLUCOSIDOS									
A07E - AGENTES ANTHINFLAM INTEST									
C05A - ANTHIMORROIDALES TOPIC									
C10C - REG.LIP.COMB.OTR REG.LIP									
J01B - CLORANFENICOL Y ASOC.									
J01H - PENIC MEDIO Y REDUCE ESPECT									
J01X - OTROS ANTIBACTERIANOS									
N07X - OTRAS DROGAS DEL SNC				9,7%	7,4%	11,0%	15,1%	13,0%	16,8%
A10X - OTROS PROD ANTIIDIABETICOS							0,1%	0,1%	0,1%
A01A - ESTOMATOLÓGICOS	14,2%	12,1%	16,2%	13,8%	12,7%	15,5%	10,3%	8,9%	11,6%
C01C - ESTIM CARD EXCL GLUC CARD									
C05B - ANTIARVICOSOS TOPICOS									
J07A - VACUNAS PURAS	0,4%	0,1%	0,8%	0,3%	0,3%	0,4%			
N01A - ANESTÉSICOS GENERALES									
A07A - ANTHINF TEST ANTIDIARR									
A10D - INSULINAS ANIMALES									
A16A - OTROS PROD.DIGEST.METAB	72,0%	70,5%	73,5%	79,6%	75,7%	86,4%	79,5%	74,0%	85,6%
C01B - ANTIARRITMICOS									
C02A - ANTHIPERTENS(NO HER) SOL									
C02B - ANTHIPERT(NO HER)-DIURET									
J01A - TETRACICLINAS Y ASOC.									
J01E - ASOC TRIMETOPRIM Y SIMIL									
J04A - PROD ANTITUBERCULOSOS									
J06G - INMUNOGL. ESPECIF-ANTIBACT	55,1%	53,9%	56,3%	72,3%	65,7%	83,5%	53,4%	33,2%	63,9%
J07C - OTRAS VACUNAS									
M01C - AGENT ANTRIREUMATICO ESPEC									
A11E - COMPLEJO DE VITAMINA B									
A11G - VIT C INCL ASOC MINERAL									
A12C - OTROS SUPLEMENT MINER.									
C01A - GLUCOS.CARDIACOS + ASOC.									
C01X - TODAS LAS DEM PR CARDIAC									
C06A - OTROS PROD CARDIOVASCUL									
M04A - ANTIGOTOSOS									
N02A - ANALGESICOS NARCOTICOS				2,7%	1,1%	4,1%	11,4%	5,1%	19,5%
N07B - DESHABITUANTES DEL TABAC									
C10B - ANTIATEROMA									
A12B - POTASIO									
A04A - ANTIEMETICOS ANTINAUSEA									
A05C - ANTIESPASM/ATARAXIC COM									
J06F - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV	3,3%	0,2%	6,3%	0,1%	0,1%	0,1%			
J06G - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IM	89,3%	81,7%	97,0%	97,4%	95,7%	98,9%			
J06J - OTRAS INMUNOGLOB ESPECIF	0,6%	0,1%	1,0%	0,1%	0,1%	0,1%			
N06B - PSYCOESTIMULANTES	15,8%	9,3%	22,3%	3,8%	0,0%	7,8%			
J04B - PROD TRATAMIENT LEPRO									
N01B - ANESTÉSICOS LOCALES									
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE				3,9%	0,5%	10,2%			
A10C - INSULINAS HUMANAS+ANALO									
J06F - INMUNOGLOB POL-COM MOD-II									
Total medicamentos	3,1%	2,8%	3,3%	3,2%	3,1%	3,2%	3,4%	3,1%	3,5%

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

Nota aclaratoria: El ordenamiento de las clases terapéuticas en los Cuadros A.4(1) a A.4(7) no es alfabético, sino que se realiza según el número de laboratorios que participan en cada una de ellas (en orden descendiente, de 7 a 1).

Listado de clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS en las que los 7 laboratorios nunca participaron: A01B, A02C, A03E, A05C, A07B, A07F, A07G, A07H, A10E, A11F, A14A, A15A, C01D, C01F, C02D, C09X, C11A, J01M, J01P, J03A, J06A, J06H, J07B, J08B, M03A, N06E, N07C, N07E, N07F.

Listado de clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS con facturación total inferior a \$ 1,5 millones (excluyendo aquéllas en las que no participa ningún laboratorio): C06A, J01B, J04A, J04B, J06E.

Listado de clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS en las que el *market share* conjunto los 7 laboratorios fue inferior a 40% en todos los períodos analizados: A01A, A03C, A03F, A04A, A05A, A06A, A07E, A08A, A10B, A10C, A10D, A10X, A11C, A11X, A12C, A13A, C01C, C01X, C02A, C04A, C05A, C05B, C05C, C10B, C10C, J01A, J01D, J01E, J01F, J01K, J01X, J02A, J05C, J06C, J06F, J06J, J07A, J07C, M01B, M01C, M02A, M03B, M04A, M05X, N01A, N01B, N02A, N02C, N03A, N04A, N06B, N06C, N07D.

Anexo B. Clases terapéuticas de baja facturación y alta concentración (sección 3.1.3)

En este anexo se analizan las clases terapéuticas de baja facturación y alta concentración, complementariamente a los casos de mercados de alta facturación analizados en las secciones 3.1.1 y 3.1.2.

Existen 130 clases terapéuticas en los grupos anatómicos A, C, J, M y N, de cuales 128 incluyen ventas en el segmento ético y 40 en el segmento popular. Como se explicó en la Sección 3.1.3, además de dejar de lado las clases ya analizadas de alta facturación (32 en mercado total, 33 en segmento ético y 6 en segmento popular), se descartaron los casos de facturación inferior a \$ 1,5 millones o facturación intermedia con baja a moderada concentración (45 en mercado total, 40 en segmento ético y 13 en segmento popular), quedando un remanente de 53 clases en el mercado total, 55 en el segmento ético (de las cuales, 13 no se repiten con el mercado total) y 21 en el segmento popular (de las cuales, 17 no se repiten con el mercado total). Las tres secciones a continuación se concentran en estas tres categorías.

B.1. Mercado Total

El primer ejercicio realizado es calcular el precio promedio y compararlo con un índice de precios mayoristas (relevante para el productor).

La Figura B. 1 muestra el precio promedio ponderado de 38 clases terapéuticas vs IPIM (identificadas en la figura); mientras que la Figura B. 3 muestra la misma información para las 15 clases terapéuticas restantes. Entre 2001 y 2006 tienen una evolución similar a la que surge de comparar precios de productos a nivel agregado con el IPIM (esto es, por debajo del IPIM en 2002 y siempre por debajo hasta 2006).

Al extender la serie de precios hasta 2011 (Figura B. 2), este resultado se mantiene, excepto en las clases terapéuticas J07C (con facturación de \$46 millones en 2011) y C02B (con facturación de \$4,8 millones en 2011), que se analizan más adelante.

Figura B. 1. Comparación de precios de 38 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM (período 2001-2006)

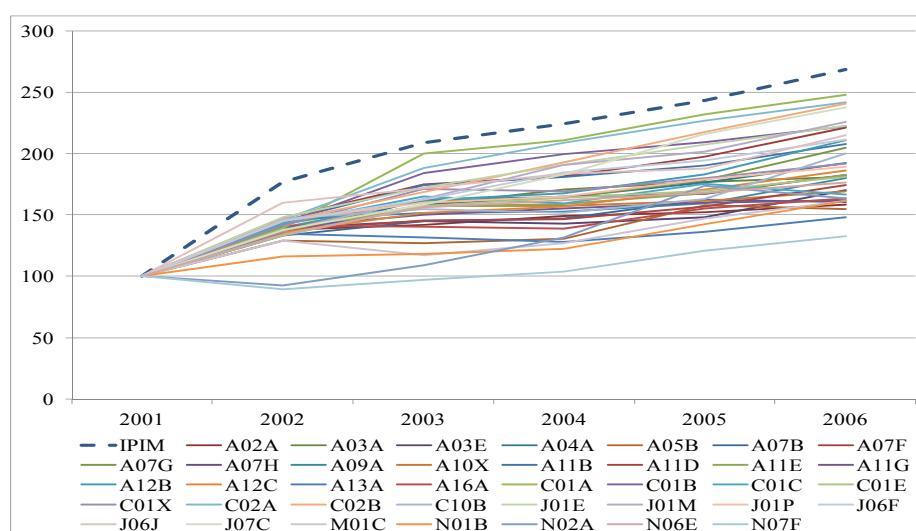
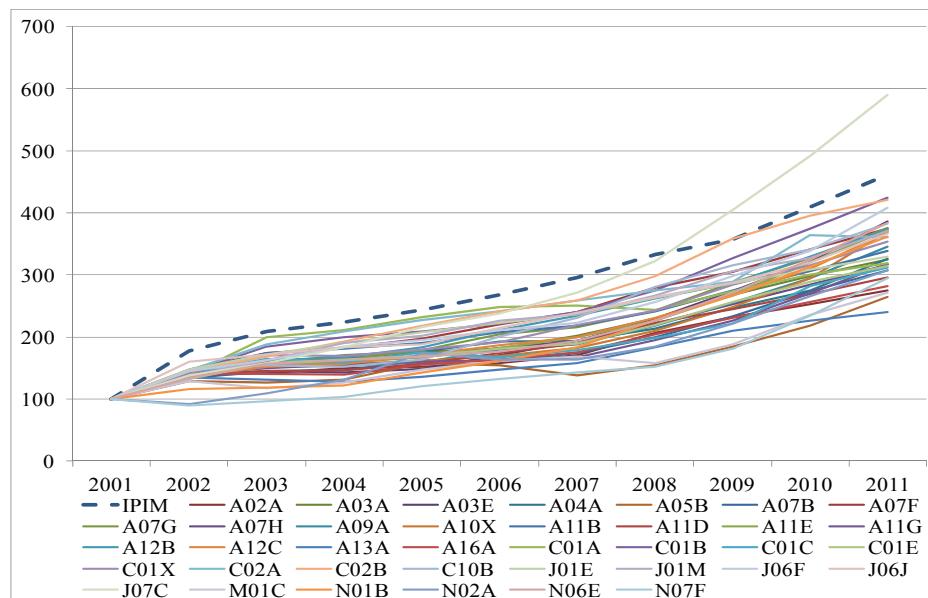


Figura B. 2. Comparación de precios de 38 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM (período 2001-2011)



En las restantes 15 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – mercado total la situación de precios es más volátil (ver Figura B. 3 y Figura B. 4).

Figura B. 3. Comparación de precios de 15 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM (período 2001-2006)

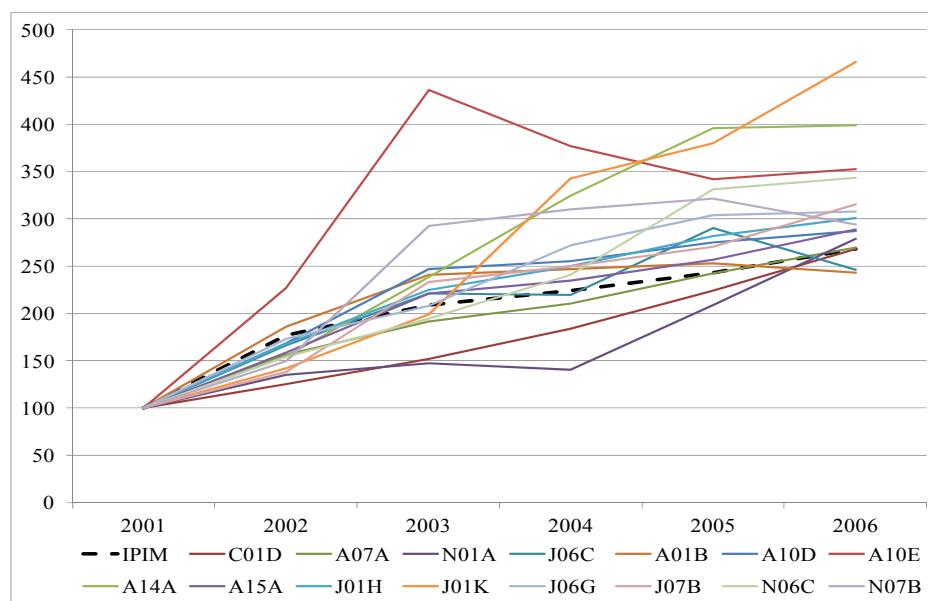
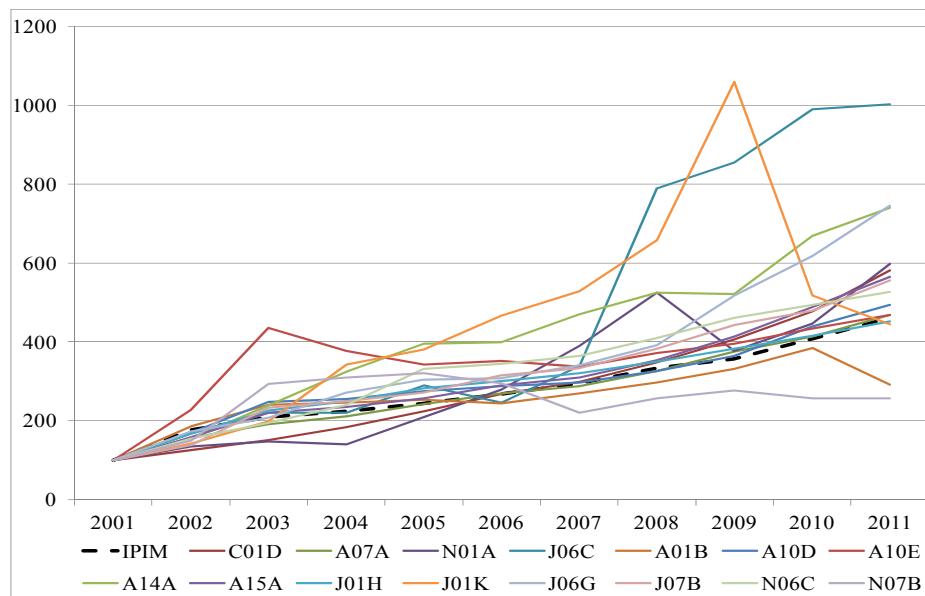


Figura B. 4. Comparación de precios de 15 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Mercado Total con el IPIM (período 2001-2011)



En todas ellas el precio de 2006 ya había superado en términos reales al del 2001. Aquí se agregan la clase terapéutica J07C y C02B mencionadas anteriormente, en las cuales si bien el precio hacia 2006 estaba por debajo del IPIM, lo superó o alcanzó entre 2007 y 2011.

El Cuadro B.1 sintetiza la situación en estas 17 clases terapéuticas.

- Algunas son específicas (por ejemplo, A10D y A10E relacionadas con insulinas, A14A de anabolizantes hormonales y J07C de vacunas)
- En 8 clases terapéuticas, la facturación total oscila entre \$2 millones y \$5 millones. De hecho, la facturación conjunta de las 17 clases terapéuticas fue de \$ 261 millones en 2011 (vs. \$23.500 millones de facturación total).
- No se trata de mercados acaparados por algún laboratorio grande o laboratorio específico. Más bien en la mayoría de estas clases terapéuticas el laboratorio con mayor participación de mercado suele ser diferente (Bagó, Beta, Casasco y Schering repiten su primer puesto sólo en dos clases, respectivamente).
- En 8 de las 17 clases terapéuticas el primer laboratorio está debajo del puesto 20 del ranking. Solamente 2 de los primeros 5 laboratorios tiene alguna participación en estas clases terapéuticas (Bagó –54% en A07A, 50% en J01H y 18% en J01K–, Gador con 33% en J06G).

Cuadro B.1. Breve síntesis de estas clases terapéuticas.

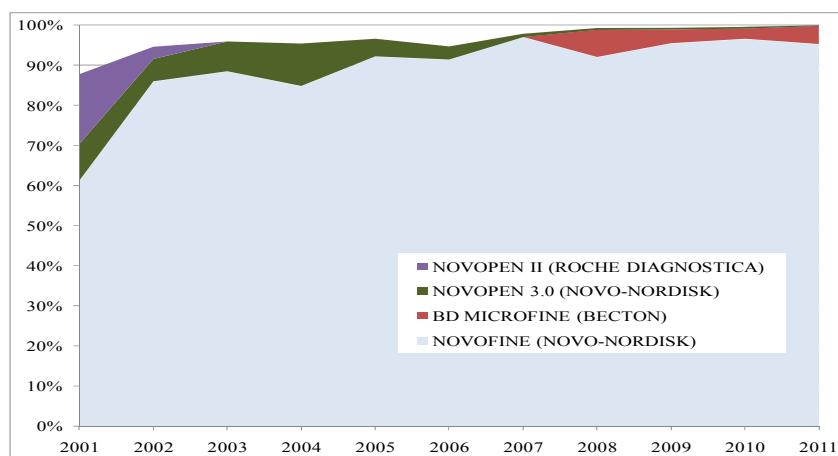
	Facturación en 2011 (millones de \$)	Primer laboratorio % en facturación	Segundo laboratorio Nombre	Ranking	Tercer laboratorio Nombre	Ranking	Cuarto laboratorio Nombre	Ranking
C01D - TERAP CORON EXC ANT CA+NI	13,1	97% Servier	38					
A07A - ANTINF INTEST ANTIDIARR	16,4	54% Bago	2 Temis Lostaló	31	Domínguez	52		
N01A - ANESTESICOS GENERALES	1,9	56% Abbot	28 Astrazeneca	22				
J06C - INMUNO-GLOB POLIVALENT-IV	3,2	86% CSL Behring	96 Grifols	227				
A01B - ANTIFUNGICOS BUCALES	3,1	38% Denver Farma	65 Cevallos	107	Merck Bristol	177	Janssen	43
A10D - INSULINAS ANIMALES	3,3	87% Beta	20 Novo-Nordisk	21				
A10E - APARATOS PARA INSULINAS	10,4	96% Novo-Nordisk	21					
A14A - ANABOLIZANTES HORMONALES	4,0	100% Schering Primary	32					
A15A - ESTIMULANTES DEL APETITO	28,0	75% Beta	20 Nycomed	29				
J01H - PENIC.MEDIO YREDUC ESPECT	43,8	50% Bago	2 Sanofi Aventis	13				
J01K - AMINOGLUCOSIDOS	4,5	43% Schering Primary	32 Richet	97	Bago	2 LKM		
J06G - INMUNOGL ESPECIF-ANTIBACT	25,0	67% Baxter	82 Gador	5				
J07B - COMBINACIONES DE VACUNAS	14,2	79% Glaxosmithkline	15 Sanofi Pasteur	69				
N06C - PSICOLEPTICOS+PSICOANALE	2,6	76% Phoenix	12 Ariston	93				
N07B - DESHABITUANTES DEL TABACO	38,0	42% Pfizer	6 Novartis OTC	55	Glaxosmithkline	15 Johnson Johnson	46	
J07C - OTRAS VACUNAS	45,7	61% Casasco	7 Nycomed	29 Elea		4 Pierre Fabre	60	
C02B - ANTHIPIERT(NO HER)+DIURET	3,8	73% Casasco	7 Ivax	10				

Si bien a esta altura podría considerarse innecesario llevar a cabo un análisis adicional dada la menor relevancia (cuantitativa) de estos mercados, por lo cual carecen de relevancia como para poder alterar una conclusión general sobre el grado de cartelización en la industria de medicamentos (hipótesis que es el objeto central del análisis de este informe), a continuación se examinan las clases terapéuticas donde hubo mayor incremento de precios.

Clase terapéutica A10E - APARATOS PARA INSULINAS (prácticamente segmento popular). Es la clase terapéutica cuyo precio promedio aumenta a 436 en 2003 (base 100 en 2001). En el año 2011, esta clase facturó \$ 10 millones, el indicador HHI fue 9.143 y el laboratorio con mayor participación alcanzó el 96% del mercado.

Este mercado contiene centralmente un producto de Novo-Nordisk (el Novofine) con la entrada y salida de otros (de Roche Diagnóstica y Novopen 3.0 de Novo-Nordisk en los primeros años de la muestra y BD Microfine de Becton en los últimos 4 años) que en conjunto perdieron participación desde 2001.

Figura B. 5. Evolución de la participación de mercado de los principales productos de la clase terapéutica A10E (período 2001-2011)



Clase terapéutica J01K - AMINOGLUCOSIDOS (segmento ético). Es la clase terapéutica cuyo precio promedio aumenta a 466 en 2006 (base 100 en 2001). En el año 2011, esta clase facturó \$ 4,5 millones en 2011, el indicador HHI fue 2.703, el laboratorio con mayor participación tuvo 43% del mercado y los primeros 4 representaron un 91%.

En esta clase terapéutica coexisten productos aminoglucósidos con precios entre \$20 y \$30 por unidad y productos con precios entre \$25.000 y \$30.000. Entre los productos de bajo precio se encuentra la Gentamina Iny de Schering (\$32,6 por unidad en 2011), cuyo precio aumentó 130% entre 2001 y 2006, vs el incremento de 169% en el IPIM (este producto representó el 43% de la facturación en 2011). Los productos Amikacina y Gentamicina de Richet (\$21,6 y \$15,7 por unidad, respectivamente, en 2011) aumentaron entre 70% y 120% (ambos representaron un 19% de la facturación en 2011). El producto Glevomicina de Bagó (\$33,1 por unidad en 2011, con un *share* de 18% de la facturación en 2011) aumentó 240% entre 2001 y 2006.

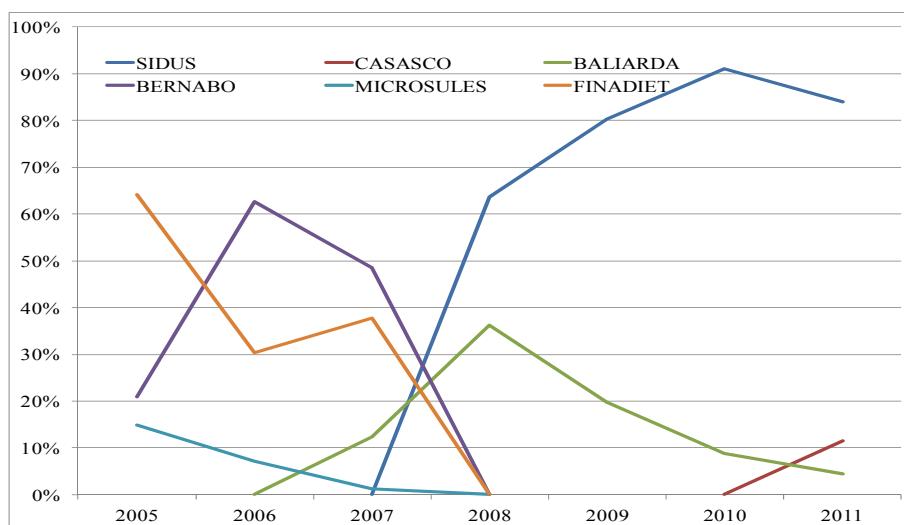
Entre los productos de precios altos se encuentran Tuberbut de LKM (\$30.066 en 2011), Tobramicina THH de Techsphere (\$25.131) y Tobi de Teva Tuteur (\$30.815 en 2011). En todos estos casos las unidades de venta son escasas (un producto tuvo un máximo de ventas de 190 unidades cuando el total de mercado, en unidades heterogéneas, excede las 100.000 unidades). Desconocemos la posibilidad de sustitución de los productos de

menor precio con los productos de mayor precio y creemos que no debe ser tal (lo que no se puede investigar intentando abrir esta clase a Nivel 4 de IMS porque no hay sub-aperturas). De todas maneras, como esta clase terapéutica facturó \$4,5 millones y como los tres primeros productos de la categoría, que representan un 63% de la facturación de 2011, evolucionaron por debajo de la inflación mayorista (en el período analizado sin regulación de precios), entendemos que los saltos en precios se deben al mix desigual de productos y, por lo tanto, no continuamos este análisis.

Dos clases terapéuticas a nivel 3 del IMS no se pudieron comparar con el resto en esta sección porque aparecieron en años intermedios de la muestra. Las clases referidas son:

- **C09X - OTR AGENT ANGIOTEN-RENIN** (que inició en 2009 y la facturación en 2011 fue de \$17 millones). En esta clase terapéutica solo hay tres productos –Rasilez, Rasilez D y Rasilamlo– de Novartis Pharma (número 16 en el ranking).
- **C11A - REGULADORES DE LIPIDOS PARA LA TERAPIA MULTIPLE CARDIOVASCULAR** (que inició en 2005 y la facturación en 2011 fue de \$4,3 millones). Éste parece ser un mercado aún en definición, dada la evolución de sus participaciones de mercado (Figura B. 6).

Figura B. 6. Participaciones de mercado en la clase terapéutica C11A (período 2005-2011)



B.2. Segmento ético

En esta sección se analizan las clases terapéuticas analizadas con facturación baja, indicador $HHI > 2.500$ y no son total o prácticamente segmentos éticos o populares (porque fueron estudiados en la Sección B.1 de este anexo). Es decir, son casos de segmento ético que (i) ya se estudió el mercado total, pero los segmentos ético y popular tienen una facturación superior a \$ 1,5 millones y representan más del 10% de la clase terapéutica, o (ii) no se estudió el mercado total pero sí el segmento ético (porque la

concentración es baja en el caso del mercado total, pero alta en el caso del segmento ético).⁶⁰

La Figura B. 7 compara los precios del segmento ético en las 12 clases terapéuticas elegidas dentro de este grupo para el período 2001 – 2006. La evolución de precios es similar a la ya descripta para el mercado total.

Figura B. 7. Comparación de precios de 12 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Segmento Ético con el IPIM (período 2001-2006)

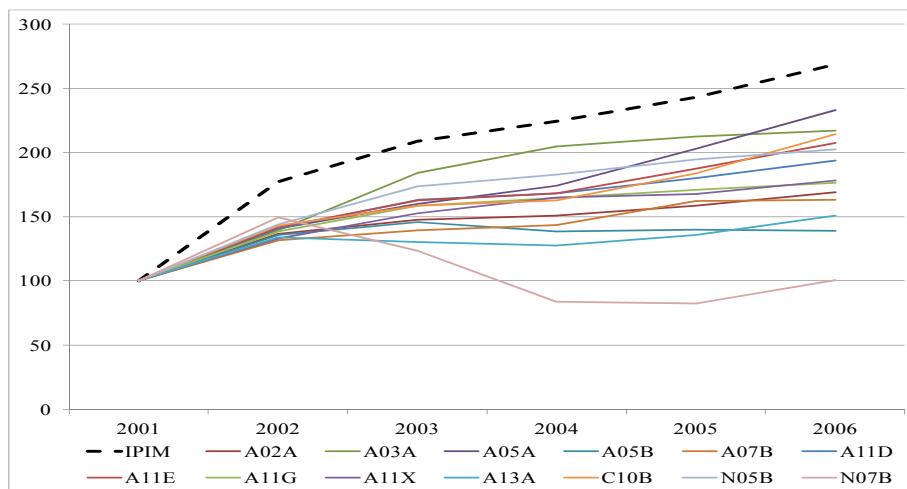
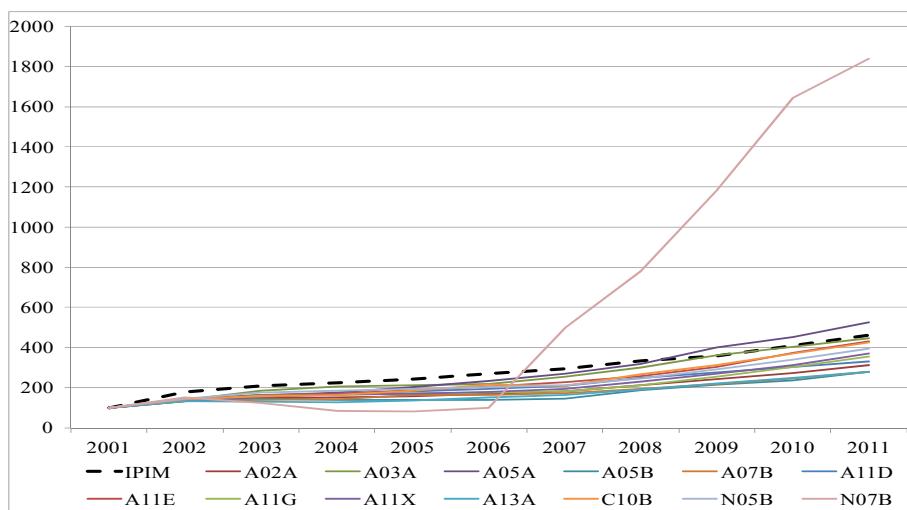


Figura B. 8. Comparación de precios de 12 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Segmento Ético con el IPIM (período 2001-2011)



En cambio, en la Figura B. 8 se observa una variación de precios inusual en el segmento ético de la clase terapéutica N07B, aunque en el período de regulación de precios. Por su parte, el precio promedio del segmento ético de las clases terapéuticas A05A y A03A

⁶⁰ Dentro de esta alternativa hay dos casos. La clase A11X (el HHI en mercado total es 2.364, el HHI en el segmento ético es 2.651 y el segmento ético representa el 63% del mercado total) y la clase N05B (el HHI en el mercado total es 2.254, el HHI en el segmento ético es 2.872 y el segmento ético representa el 87% del mercado total).

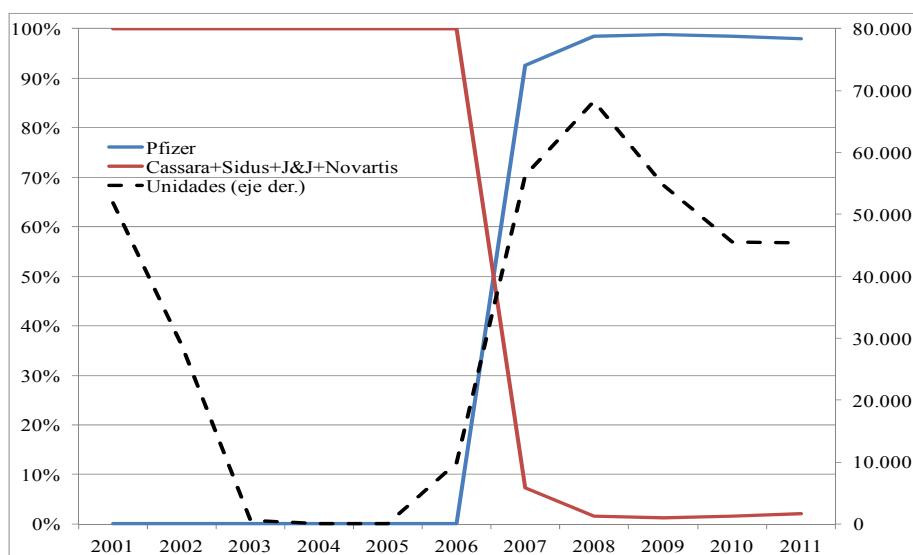
aumenta por encima del IPIM o se acerca en el período post 2006. Si bien justamente en estos períodos ya pierde validez la hipótesis de secuencia de precios vs IPIM, se analizan estos tres mercados individualmente.

Clase N07B - DESHABITUANTES DEL TABACO - segmento ético.

En el año 2011, este mercado tuvo una facturación de \$ 16 millones, el indicador HHI fue 9.597 y el laboratorio con mayor participación representó el 98% del mercado. Entre 2006 y 2011 el precio promedio aumentó de 101 a 1.840 (base 100 en 2001), que no se observa al analizar la definición de mercado total (tomando esta definición de mercado, índice de precios fue 256, base 100 en 2001).

La Figura B. 9 muestra un claro cambio en las unidades totales (casi nulas entre 2003 y 2005) y en la composición de los laboratorios (de varios –Cassara, Sidus, Johnson & Johnson y Novartis– a Pfizer) que proveen los productos para dejar de fumar de venta con receta. Vale decir, la evolución del precio en esta clase terapéutica, muy por encima del IPIM durante la segunda mitad de la década pasada, obedeció centralmente al ingreso de nuevos productos / laboratorios en un mercado naciente, donde apareció un laboratorio (Pfizer) que por el momento ha logrado concentrar prácticamente el 100% de las ventas totales luego del fracaso observado (reflejado en la fuerte caída en las ventas) por parte de los laboratorios que en conjunto habían “dominado” el mercado en la primera mitad de la década pasada. Nuevamente, no hay punto de contacto con una hipótesis colusiva de aumento de precios reales post-recuperación de la demanda.

Figura B. 9. Clase terapéutica N07B – Segmento ético. Total de unidades (aunque son heterogéneas) y participación de laboratorios en el período 2001-2011



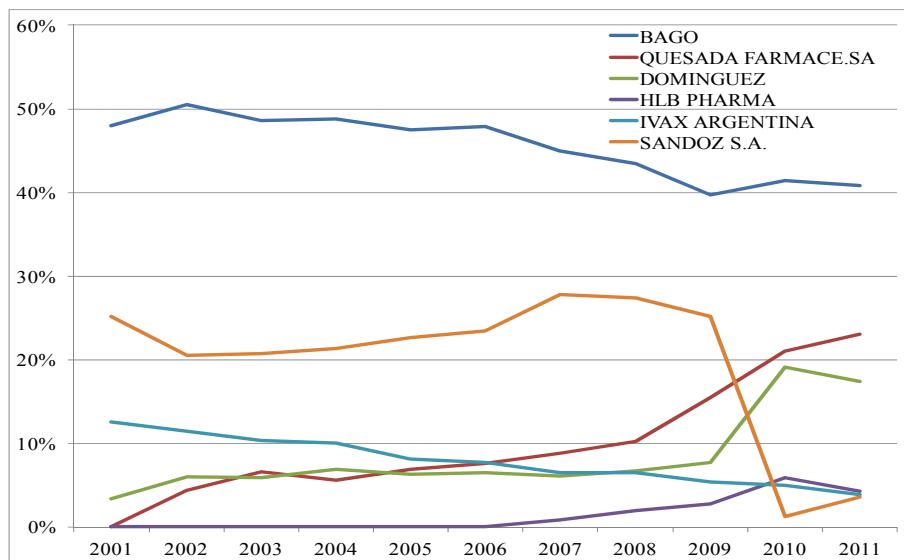
Clase A05A - TERAPIA BILIAR Y COLAGOGOS – segmento ético. Este mercado cuyo precio promedio aumentó a 526 entre 2001 y 2011 (base 100 en 2001) tuvo una facturación de \$ 39 millones en 2011, con un indicador HHI fue 2.560. El laboratorio con mayor participación tenía 41% del mercado y los primeros 4 representaban 86% del mercado.

La Figura B. 10 muestra la evolución de las participaciones de mercado de los principales laboratorios en este segmento. Bagó (número 2 en el ranking de laboratorios en 2011) e Ivax (número 10) muestran una tendencia decreciente mientras que Quesada y Domínguez (ambos por debajo del puesto 50) tienen una tendencia creciente. Por otro

lado, hay una caída de ventas de Sandoz (número 94) en el año 2010 (las ventas caen abruptamente, pero no son nulas en el año 2011, por lo que no se trata de un producto que dejó de producirse), que es más aprovechada por los laboratorios pequeños (Quesada y Domínguez).

En este segmento de la clase A05A, el precio promedio aumenta por encima del IPIM a partir del año 2009. De hecho, el incremento promedio en el año 2008 fue de 17,8% y en 2009 de 25,5% vs una inflación mayorista de 13% y 7%, respectivamente (el salto de la serie de precios por encima de la del IPIM obedece prácticamente a estos aumentos). Al indagar los incrementos individuales, se observa que el aumento del precio promedio en esta clase obedece mayormente a un efecto de composición, debido al incremento de *share* de Quesada (de 9% en 2007 a 16% en 2009), con un producto (Urzac) que cuesta casi el triple que el de Bagó (Bil-13). En esta clase terapéutica, el incremento promedio en precios no se debe a una coordinación de aumentos individuales sino a un efecto composición, de modo que no hay punto de contacto con una hipótesis colusiva de aumento de precios reales post-recuperación de la demanda.

Figura B. 10. Participaciones de mercado en el segmento ético de la clase terapéutica A05A (período 2003-2011)



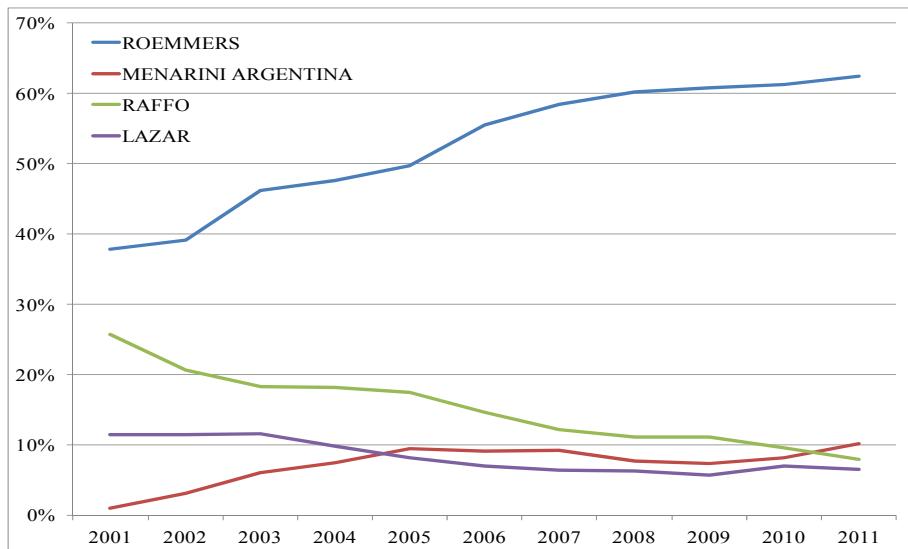
Clase A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS – segmento ético. En el año 2011, este segmento tuvo una facturación de \$ 48 millones, el indicador HHI fue 4.143 (vs 3.017 en el mercado total), el laboratorio con mayor participación logró 62% del mercado y los primeros 4 representaron 87% del mercado (en ambos casos, en el segmento ético).

En este segmento el precio promedio se fue alejando (por abajo) del IPIM hasta el año 2006 y a partir de 2007 comenzó a acercarse hasta alcanzarlo en 2009 (luego, en 2010 y 2011 volvió a estar por debajo del IPIM), ver Figura B. 8. En cambio, analizando el mercado total de esta clase terapéutica, el precio promedio siempre estuvo por debajo del IPIM (por lo cual se deduce que el precio promedio del segmento popular se alejó, hacia abajo, del IPIM).

La Figura B. 11 muestra la evolución de las participaciones de mercado de los principales laboratorios en este segmento. RMM (número 1 en el ranking de laboratorios) e Ivax (número 10) muestran una tendencia creciente hasta superar –el primero de ellos– el 60% de mercado en los últimos años. Raffo (número 9) y Lazar (número 40) pierden

participación durante la última década, mientras que Menarini (número 62) logra capitalizar un 10% de mercado.

Figura B. 11. Participaciones de mercado en el segmento ético de la clase terapéutica A03A (período 2003-2011)



En este caso, el incremento de precios se debe al aumento real de precios del Sertal de Roemmers en 2008 y 2009, no verificado para otros productos de esta clase terapéutica, dentro de un período donde se requieren autorizaciones para aumentar los precios. Ver también segmento ético de la clase A03D, analizado en la sección 1.2. En tal sentido, en esta clase terapéutica tampoco hay un incremento de precios coordinado que sea sostenible bajo una hipótesis colusiva de aumento de precios reales post-recuperación de la demanda, ya que lo que ocurrió fue que aumentó el precio promedio de los productos de un laboratorio específico.

B.3. Segmento popular

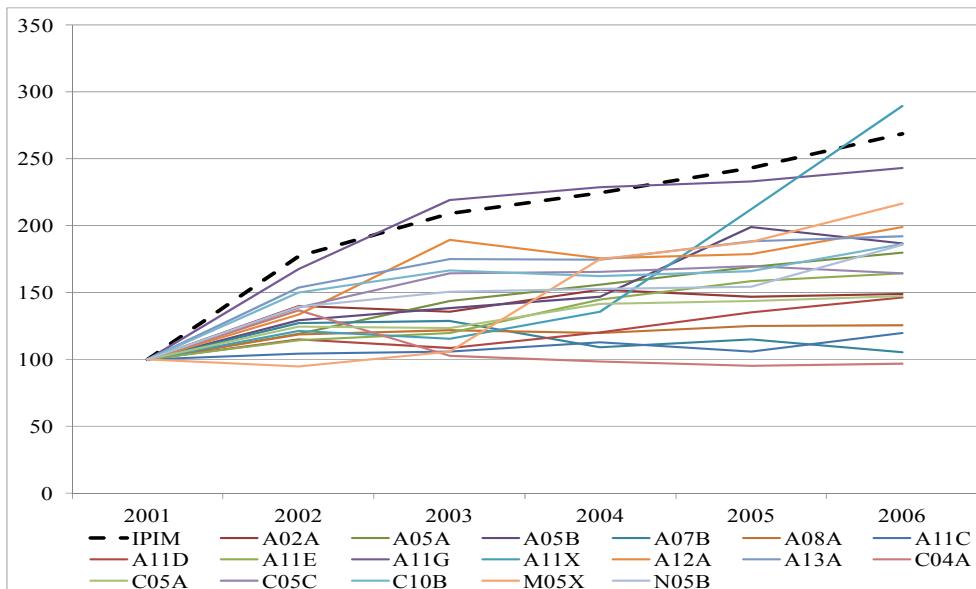
Las clases terapéuticas analizadas en esta sección fueron elegidas con el criterio explicado arriba. Tienen $HHI > 2.500$ y no son total o “prácticamente” segmentos populares (porque estos casos fueron estudiados en “mercado total”). Es decir, son casos de segmento popular que (i) ya se estudió el mercado total, pero los segmentos ético y popular tienen una facturación superior a \$ 1,5 millones y representan más del 10% de la clase terapéutica, o (ii) no se estudió el mercado total pero sí el segmento ético (porque la concentración es baja en el caso del mercado total, pero alta en el caso de segmento ético).⁶¹

La Figura B. 12 muestra la evolución de precios del segmento popular de 18 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS. Se identifican dos casos, la clase terapéutica A11G (cuyo precio promedio supera al IPIM entre 2003 y 2004, aunque luego revierte dicho incremento entre 2005 y 2006 y se recupera nuevamente en 2010) y la clase terapéutica

⁶¹ Dentro de esta alternativa hay dos casos. La clase A11X (el HHI en el mercado total es 2.364, el HHI en el segmento popular es 9.592 y el segmento popular representa el 37% del mercado total) y la clase N05B (el HHI en el mercado total es 2.254, el HHI en el segmento popular es 3.877 y el segmento popular representa el 13% del mercado total).

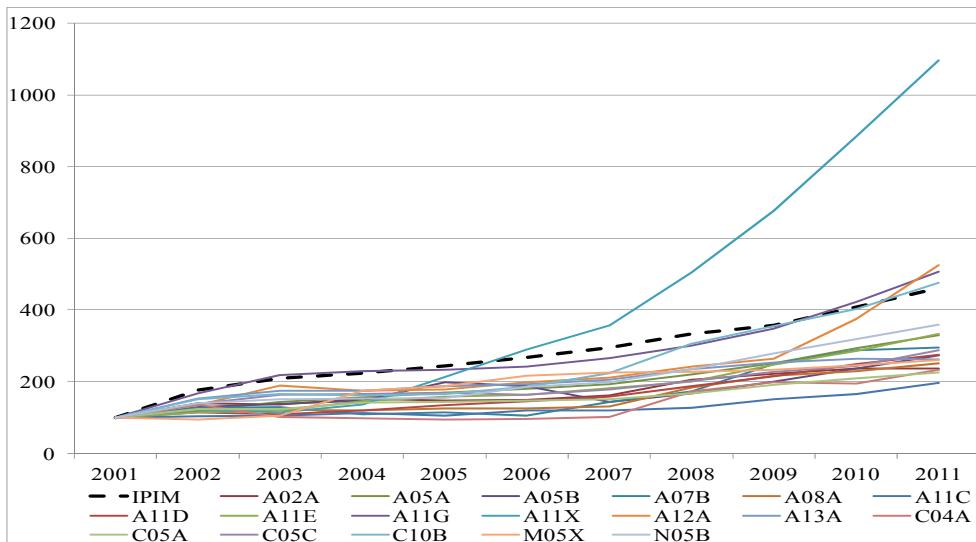
A11X (cuyo precio promedio aumenta a partir de 2005 para superar al IPIM a partir de 2006 y alejarse significativamente en años siguientes).

Figura B. 12. Comparación de precios de 18 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Segmento Popular con el IPIM (período 2001-2006)



La Figura B. 13 completa la serie hasta el año 2011. En la misma se identifican dos casos más, las clases terapéuticas A12A y C10B (cuyos precios promedio exceden al IPIM durante el período de regulación de precios).

Figura B. 13. Comparación de precios de 18 clases terapéuticas a Nivel 3 del IMS – Segmento Popular con el IPIM (período 2001-2011)

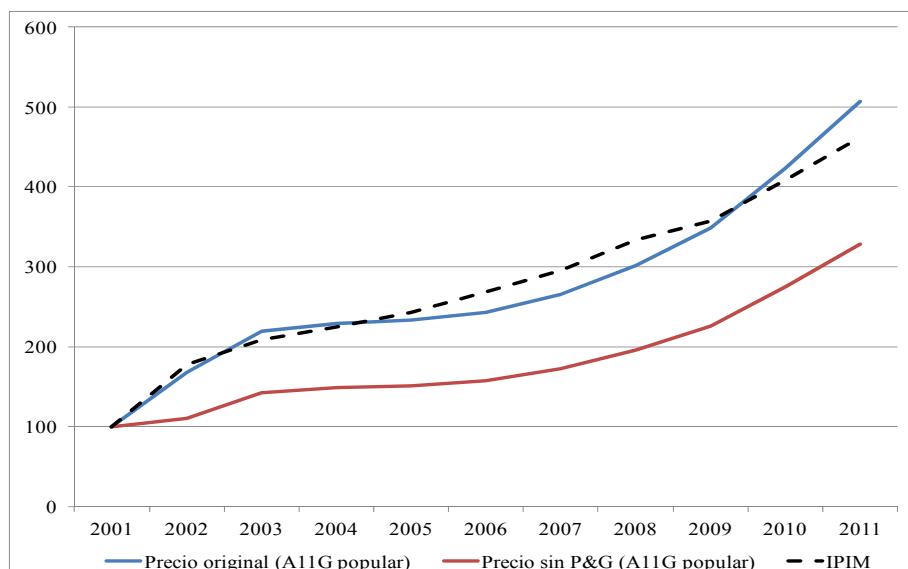


Clase terapéutica A11G - VIT C INCL ASOC.MINERAL – segmento popular. En este mercado el precio promedio se aleja del IPIM durante los años 2003 y 2004 pero luego revierte su evolución (por debajo del IPIM), hasta que en 2010 lo supera nuevamente, ver Figura B. 12 y Figura B. 13.

La explicación de la evolución de precios en este segmento tiene que ver con la medición durante los dos primeros años. El precio promedio en 2001 fue de \$3,8 por unidad. Pero hubo un producto Vick Vital de Procter & Gamble en 2001 (con participación de mercado de 28% en dicho año) cuyo precio fue \$2. El producto desapareció en 2002. El precio promedio en el año 2001 de los productos excluyendo el de Procter & Gamble fue de \$5,89.

La Figura B. 14 compara la secuencia de precios original (de la Figura B. 13) con la secuencia de precios que resulta de eliminar el producto Vick Vital de la muestra (esto es, se modificaron los precios de 2001 y 2002 al eliminar el producto de Procter & Gamble y se mantuvieron los precios a partir de 2003). Claramente, haciendo esta corrección, los precios del segmento popular de la clase terapéutica A11G evolucionan por debajo del IPIM durante todo el período de análisis.

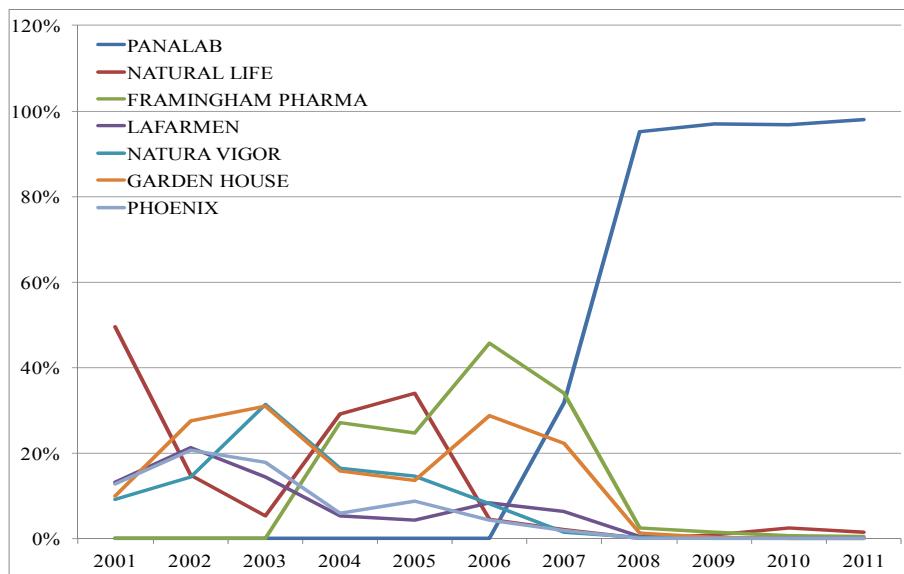
Figura B. 14. Precio promedio del segmento popular de la clase terapéutica A11G - versión original y versión corregida (período 2001-2011)



Clase terapéutica A11X - OTRAS VITAMINAS – segmento popular. En el año 2011 el segmento popular de esta clase terapéutica tuvo una facturación de \$ 9 millones en 2011, el indicador HHI fue 9.592 (vs 2.364 en el mercado total) y el laboratorio con mayor participación tuvo 98% del mercado. El precio promedio de este segmento aumentó a partir de 2005 para superar al IPIM a partir de 2006 y alejarse significativamente en años siguientes, ver Figura B. 12 y Figura B. 13.

Respecto del segmento popular de esta clase terapéutica pueden hacerse dos observaciones. En primer lugar, el mismo ha sido bastante activo en cuanto a ingresos y salidas de laboratorios (ver Figura B. 15).

Figura B. 15. Participaciones de mercado en el segmento popular de la clase terapéutica A11X (período 2001-2011)



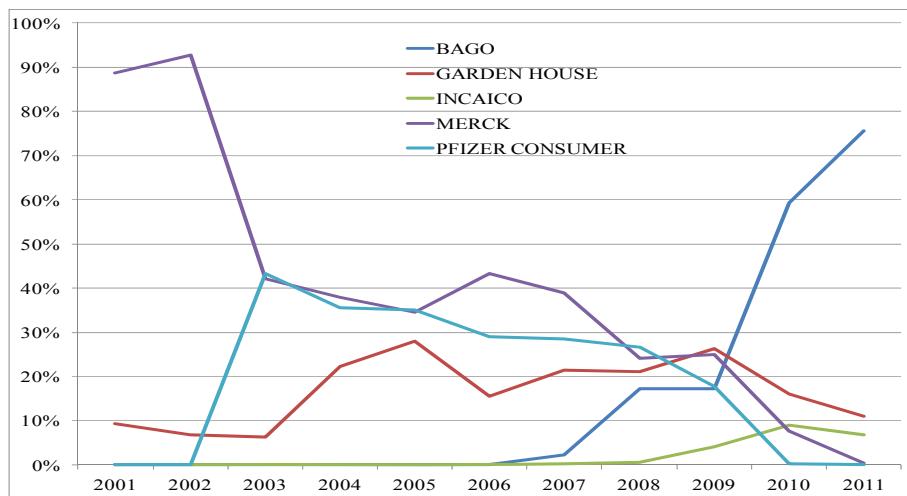
En segundo lugar, los participantes no se encuentran entre los primeros laboratorios: Panalab se encuentra en el puesto 48 del ranking del año 2011, Framingham Pharma en el 67 y Garden House en el 101. A partir de 2008 este mercado se concentra en Panalab, quien comercializó 86.350 unidades de su producto Valcatil Max en un mercado que en 2007 (al momento del ingreso de Panalab) había comercializado 6.000 unidades (si bien las unidades son heterogéneas, la comparación de las mismas entre 2007 y 2011 tiene por objeto mostrar que Panalab ingresó con un producto nuevo logrando vender más 10 veces las unidades totales que se comercializaban hasta 2008).

Clase terapéutica A12A - CALCIO – segmento popular. En el año 2011 este segmento tuvo una facturación de \$ 2 millones, el indicador HHI fue 5.891 (vs 2.241 en el mercado total), el laboratorio con mayor participación logró un 76% del mercado y los cuatro laboratorios más grandes representaron el 98% del mercado.

Tomando como referencia el período de ausencia de control de precios (2001-2006), el precio promedio de este segmento estuvo por debajo del IPIM, pero lo excedió durante el período de regulación de precios, ver Figura B. 12 y Figura B. 13.

Al igual que en el segmento popular de la clase terapéutica anterior, el caso de productos con calcio también muestra actividad de ingresos y salidas de laboratorios durante la última década (ver Figura B. 16). Los laboratorios que participan o han participado en segmento son Bagó (número 2 del ranking), Garden House (número 101), Merck (número 105) o Pfizer Consumer (número 73, aunque en este caso, el laboratorio puede ser parte un grupo con Pfizer).

Figura B. 16. Participaciones de mercado en el segmento popular de la clase terapéutica A12A (período 2001-2011)



Por último, vale la pena notar que Bagó ingresó en el año 2007 con un producto más caro que el promedio. Esto justifica, por un efecto mix, el incremento de “precios promedio” durante el período de regulación de precios.

Clase terapéutica C10B - ANTIATEROMA – segmento popular. En el año 2011, este segmento tuvo una facturación de \$ 19 millones, el indicador HHI fue 5.325 (vs 3.941 en el mercado total), el laboratorio con mayor participación representó 71% del mercado y los cuatro laboratorios más grandes el 97% del mercado.

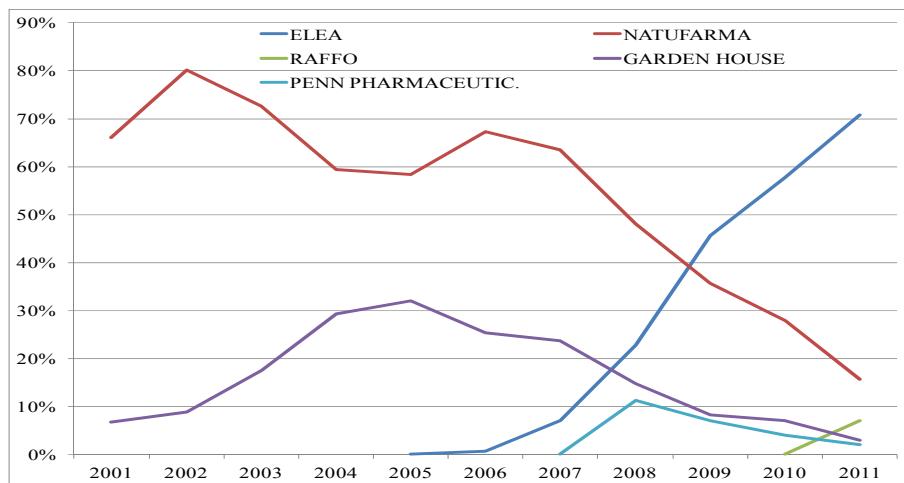
Tomando como referencia el período de ausencia de control de precios (2001-2006), el precio promedio de este segmento estuvo por debajo del IPIM, pero lo excedió durante el período de regulación de precios, ver Figura B. 12 y Figura B. 13.

Cuando se analizó el mercado total se pudo ver que el precio promedio estaba claramente por debajo del IPIM durante todo el período. Esto sugiere que puede haber alguna particularidad en el segmento popular durante el período de regulación de precios. Al igual que en los dos casos anteriores, se observan ingresos y salidas de laboratorios durante la última década (ver Figura B. 17). Los laboratorios que participan o han participado en segmento son Elea (número 4 del ranking), Natufarma (número 98), Raffo (número 9) o Garden House (número 101). Por último, vale la pena notar que Elea ingresó en el año 2006 con un producto más caro que el promedio. Esto justifica, por un efecto mix, el incremento de “precios promedio” durante el período de regulación de precios.

Las siguientes clases terapéuticas contienen información posterior al año 2001.

Clase terapéutica A03A - ANTIESPASM+ANTICOL SOLOS – segmento popular (inició en 2003). Este segmento tuvo una facturación de \$ 15 millones en 2011. Existe un solo laboratorio, Boehringer, con productos de marca Buscapina (también tiene un producto Buscapina en el segmento ético). Boehringer introdujo una nueva variedad de Buscapina (en perlas) y actualmente su facturación se reparte en partes iguales entre las perlas y la Buscapina tradicional. Adicionalmente, Boehringer también tiene presentaciones de Buscapina Compuesta en la clase terapéutica A03D (con una facturación de \$72,8 millones en el segmento ético y de \$ 58,7 millones en el segmento popular). Ver mayor detalle de la clase terapéutica A03D en la Sección 3.1.1 (Figura 8 y página 62).

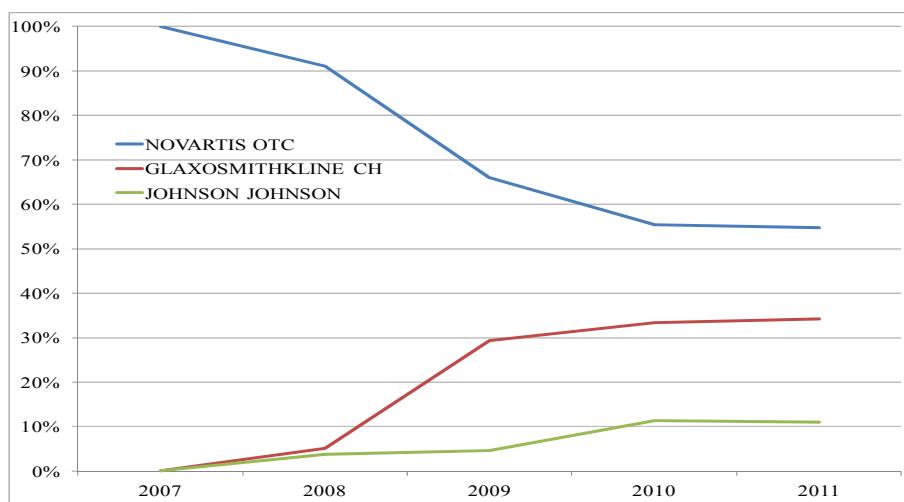
Figura B. 17. Participaciones de mercado en el segmento popular de la clase terapéutica C10B (período 2001-2011)



Clase N07B - DESHABITUANTES DEL TABACO – segmento popular (inició en 2003). Este segmento tuvo una facturación de \$ 22 millones en 2011. El indicador HHI fue 4.289 (vs 3.155 en el mercado total). El laboratorio con mayor participación tenía 55% del mercado. En el año 2011 había 3 laboratorios activos en este mercado.

Como ya analizamos en la Sección 2.3.1, hubo un cambio sustancial en los productos, oferentes y precios en esta categoría. La situación del segmento popular (que representa el 57% de la facturación de la clase terapéutica en 2011) es similar, según se observa en la Figura B. 18.

Figura B. 18. Participaciones de mercado en el segmento popular de la clase terapéutica N07B (período 2001-2011)



Clase terapéutica C05B - ANTIVARICOSOS TOPICOS – segmento popular (inició en 2003). Este segmento tuvo una facturación de \$ 7 millones en 2011. El indicador HHI fue 2.543 (vs 1.294 en el mercado total, cuya facturación fue de \$24 millones). Como el mercado total no se analizó, por baja facturación total y baja concentración, este segmento tampoco se analiza dado el HHI levemente por encima de 2.500.

A modo de síntesis, este Anexo B analizó un conjunto de clases terapéuticas de facturación menos relevante que las principales clases (Secciones 3.1.1 y 3.1.2) pero con elevada concentración, que podría dar lugar para generar conductas colusivas entre laboratorios. En lo que respecta a la evolución de precios, los valores promedio generalmente evolucionaron por debajo del IPIM y en los casos cuya evolución excedió al IPIM se pudo verificar que se trató de aumentos puntuales, efectos mix (de productos de un laboratorio o entre laboratorios) o son problemas en la base de datos, que una vez corregidos desaparecen. No se encontraron ejemplos de aumentos coordinados en precios para lograr niveles que alcancen al IPIM (ni entre 2001 y 2006 ni luego de dicho año). Asimismo, en los casos analizados con mayor detalle (típicamente, en las clases / segmentos que se detectó un incremento real de precios respecto del IPIM), los *market share* de los laboratorios han sido inestables y hubo bastante actividad de entradas y salidas al punto tal que en varios casos modificándose totalmente la configuración del mercado. También se pudo observar que los principales laboratorios de las clases terapéuticas en muchas ocasiones son diferentes de los laboratorios líderes de la industria.

De esta manera, en los casos de mercados de menor facturación tampoco se hallan puntos de contacto con una hipótesis colusiva de aumento de precios reales post-recuperación de la demanda.

Anexo C. Clases terapéuticas, principios activos y número de productos de Argentina utilizados para la comparación internacional de precios

Este Anexo presenta un detalle de las clases terapéuticas y principios activos comparables –tomados de la base de Argentina–. Solamente se pierde una clase terapéutica completa en Venezuela (no existe la clase N05X) y en Brasil (la base de datos recibida está truncada y no se puede comparar la clase J01D). En el caso de México, si bien están todas las clases terapéuticas analizadas, 13 principios activos no están disponibles (en general, drogas que no se comercializan en México, o en caso contrario, que se combinan con otras drogas diferentes de las combinaciones comercializadas en Argentina) y por ende, sus respectivos productos tampoco. En los otros países, la comparación a nivel de drogas es mucho amplia (solamente se pierden entre 2 y 5 de 43 drogas). A nivel de productos, en el caso de México solamente 80 productos cumplen con los requerimientos de pertenecer a un grupo terapéutico / clase terapéutica / droga analizados aquí; en Brasil 107; y en el resto de los países por encima de 112 (respecto de 122 en Argentina).

Cuadro C.1. Grupo terapéutico, clase terapéutica, principios activos y número de medicamentos seleccionados para la comparación internacional.

Según importancia en la facturación de medicamentos en Argentina.

Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos	Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos
C (1)				M (4)			
	C10A				M01A		
		Atorvastatin	3		Ibuprofen	3	
		Rosuvastatin	3		Diclofenac	3	
		Simvastatin	3		Diclofenac + Paracetamol	3	
	C09C			M05X			
		Losartan	3		Chondroitinsulfuric Acid + Glucosamine	3	
		Valsartan	3		Glucosamine	3	
		Telmisartan	2		Persea Gratissima + Sodium	1	
	C09A			M05B			
		Enalapril	3		Ibandronic Acid	3	
		Ramipril	2		Aldendronate Acid	3	
		Lisinopril	3		Risedronate Acid	3	
Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos	Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos
N (2)				J (5)			
	N03A				J01C		
		Clonazepam	3		Amoxicillin + Clavulanic Acid	3	
		Lamotrigine *1/	3		Amoxicillin	3	
		Carbamazepine	3		Ampicillin *2'	3	
	N06A				J01G		
		Paroxetine	3		Ciprofloxacin	3	
		Sertraline	3		Levofloxacin	3	
		Escitalopram	3		Norfloxacin	3	
	N05A				J01D		
		Risperidone	3		Cefalexin	3	
		Olanzapine	2		Cefadroxil	3	
		Quetiapine	3		Ceftriaxone	3	
Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos				
A (3)							
	A02B						
		Omeprazole	3				
		Pantoprazole	3				
		Ranitidine	3				
	A10C						
		Insulin Human Isophane	3				
		Insulin Detemir	1				
	A10J						
		Metformin	3				
		Glibenclamide + Metformin	3				

Fuente: elaboración propia en base a IMS.

*1/ No se consideró la segunda droga porque la comparación de los productos es muy compleja dentro de Argentina (Valproic Acid).

*2/ El tercer principio activo en la clase terapéutica J01C es Amoxicillin + Diclofenac, que no se repite en ningún país. Se reemplazó por el principio activo Ampicillin (cuarto dentro de la clase terapéutica).

En el grupo J, se eliminó la clase terapéutica J07A (vacunas) debido a la dificultad en la comparación con las vacunas de otros países. En todos los casos no se consideraron los productos que no tienen principio activo identificado (agrupados en “No Drug”).

Anexo D. Presentaciones de medicamentos comparables entre Argentina y terceros países seleccionados

Producto	Laboratorio	Presentación	Precio medio (USD)						
			Argentina	Brasil	Colombia	Ecuador	México	Perú	Venezuela
Lipitor	Pfizer	Lipitor tabl recubie 10 mg x 30	23,05	52,10		33,35	63,09	55,18	
		Lipitor tabl recubie 10 mg x 60	40,34				63,10		
		Lipitor tabl recubie 20 mg x 30	44,29	63,90		60,73	58,05	54,84	57,91
		Lipitor tabl recubie 20 mg x 60	80,65				98,75		
		Lipitor tabl recubie 40 mg x 30	41,99	93,96		58,26	63,57		
Crestor	Astrazeneca	Crestor tabl recubie 10 mg x 14	11,40			15,75			34,50
Zocor	Merck Sharp Dohme	Zocor tabl recubie 20 mg x 30	13,51			48,85		84,00	
		Zocor tabl recubie 40 mg x 30	23,38			51,74		83,91	
		Zocor tabl recubie 80 mg x 30	35,04			62,51			
Diovan	Novartis Farma	Diovan tabl recubie 160 mg x 28	23,83	37,32	90,22	29,54		49,47	
		Diovan tabl recubie 80 mg x 28	21,56	37,32		24,63		48,48	
		Diovan tabl recubie 320 mg x 28	23,83	37,32		31,48		57,05	
		Diovan tabl recubie 160 mg x 14	14,04	19,40	47,02				38,79
		Diovan tabl recubie 80 mg x 14	12,71	19,40					25,67
Micardis	Boehringer Ing	Diovan tabl recubie 320 mg x 14	14,04	18,66				33,48	42,59
		Micardis tabl 80 mg x 28	33,21	41,15	86,66		54,41	52,04	
		Micardis tabl 40 mg x 28	23,87	36,88	45,53		40,36	54,01	
		Lotrial tabl 10 mg x 30	5,77					28,19	
		Lotrial tabl 20 mg x 30	7,29					47,00	
Glioten	Bago	Glioten tabl recubie 10 mg x 30	6,12			7,08			
		Glioten tabl recubie 20 mg x 30	7,53			11,85			
		Glioten tabl recubie 5 mg x 30	4,32			5,26			
Zestril	Astrazeneca	Zestril tabl 20 mg x 30	16,65	44,21					
Rivotril	Investi/Roche	Rivotril tabl 2 mg x 30	6,82	5,83	15,99	5,99	20,33		
		Rivotril tabl 0,50 mg x 30	7,68	3,34	10,40	5,02	10,77		
		Rivotril gotas 2,50 mg 20 ml x 1 (/ml)	4,49	5,25	21,75	5,21		21,62	
Neuryl	Bago	Neuryl gotas oral 2,50 mg 20 ml x 1 (/ml)	5,96			6,86		19,82	
		Neuryl tabl 2 mg x 50	8,23			11,54			
		Neuryl tabl 0,50 mg x 50	7,19			9,89			
Lamictal	Glaxosmithkline	Lamictal tabl dispers 200 mg x 30	87,17	110,10	179,72				
		Lamictal tabl dispers 100 mg x 30	54,15	64,77	86,11	23,18			
		Lamictal tabl dispers 50 mg x 30	35,85	37,01	57,73	12,39			
		Lamictal tabl dispers 25 mg x 30	22,16	20,80	28,61	6,19			
		Lamictal tabl dispers 5 mg x 30	14,96		8,88				
Tegretol	Novartis Farma	Tegretol ije 2 % 100 ml x 1	4,12					13,55	
Aropax	Glaxosmithkline Ph/Novartis	Aropax tabl recubie 20 mg x 10	11,02				27,48		
Lexapro	Lundbeck	Lexapro tabl recubie 10 mg x 28	30,50	65,31			89,57		
		Lexapro tabl recubie 20 mg x 28	51,42	124,04				47,00	
		Lexapro tabl recubie 10 mg x 14	16,45	32,64					
Risperdal	Janssen	Risperdal tabl rewest 1 mg x 20	14,56		63,16	19,79			
		Risperdal tabl rewest 2 mg x 20	27,69		138,44				
		Risperdal tabl rewest 3 mg x 20	41,34		187,31	65,68			
Zyprexa	Lilly	Risperdal tabl rewest 4 mg x 20	52,19					191,59	
		Zyprexa tabl recubi. 10 mg x 28	126,09	285,68					
		Zyprexa tabl recubi. 5 mg x 28	59,28	142,82					
Seroquel	Astrazeneca/Bago	Zyprexa tabl recubi. 2,5 mg x 28	41,76	96,69					
		Zyprexa tabl recubi. 10 mg x 14	63,05	142,81	175,93	70,36		120,96	106,87
		Zyprexa tabl recubi. 5 mg x 14	32,47	71,41	92,55	47,65		71,08	66,51
		Zyprexa tabl zydis 10 mg x 14	63,05		63,94	85,90			
		Zyprexa tabl zydis 5 mg x 14	32,47		46,38	49,94			
Pantop	Nycomed	Zyprexa v.in liof 10 mg x 1	6,48		10,20				
		Seroquel tabl recubie 100 mg x 30	69,96		119,79	85,57	64,14	83,16	81,71
		Seroquel tabl recubie 25 mg x 30	44,79		89,47	43,68		43,14	52,93
Taural	Roemmers	Seroquel tabl recubie 200 mg x 30	90,56		149,39	123,62		112,01	94,86
		Seroquel tabl recubie 300 mg x 30	120,75		191,16			129,93	120,93
		Pantop tabl enteric 40 mg x 28	29,96					113,13	
Glucovance	Elea/Merck	Pantop tabl enteric 40 mg x 14	14,95					68,86	
		Pantop tabl enteric 20 mg x 28	15,69					94,10	
		Pantop tabl enteric 20 mg x 14	9,83					55,02	
Idena	Raffo/Nolver/Medicamenta/Tecnofarma	Taural amp. 50 mg 5 ml x 6	3,90			8,95			
		Glucovance tabl recubie 5 mg x 30 (5/500)	6,01	10,85		7,64			34,08
		Glucovance tabl recubie 2,50 mg x 30 (5/500)	5,63	8,35		6,27			
Marvil	Elisium/Farmindustria	Glucovance tabl recubie 1,25 mg x 30 (250)	6,08	4,16				40,47	
		Idena tabl recubie 150 mg x 1	19,31		65,97	24,25			22,30
		Marvil tabl 70 mg x 4	12,66						
Noroxin	Merck Sharp Dohme	Noroxin tabl 400 mg x 20	19,62			11,35			106,24

Referencias

- Comisión Europea: Pharmaceutical Sector Inquiry, Final Report, Julio 2009, disponible en
http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/staff_working_paper_part1.pdf.
- Danzon, P. and Furukawa, M.: “International Prices and Availability of Pharmaceuticals in 2005”, *Health Affairs*, 27, No.1, 2008.
- De la Puente, C., S. Tarragona, C. Musetti, M. D’Amore, D. Slucki y N. Rosenfeld: “Propiedad intelectual y medicamentos: El caso de la República Argentina”, Serie de Estudios ISALUD Nº 9 – 2009.
- FTC: “Overview of FTC Antitrust Actions in Pharmaceutical Services and Products”, Health Care Division, Bureau of Competition, Washington DC, Septiembre 2012, disponible en <http://www.ftc.gov/bc/healthcare/antitrust/rxupdate.pdf>.
- International Medical Statistics (IMS): Canales de Distribución. Encuesta de Canales 2011. Datos complementarios revisados en Enero de 2011.
- Jones Day: *Brochure* de promoción institucional de sus servicios legales a empresas en el sector farmacéutico, 2013 (disponible en: www.jonesday.com/files/Publication/b42abbcb-a233-4e97-a24d-8a47c5debe04/Presentation/PublicationAttachment/3e850b32-3ded-47d6-ab16-219a7a17ebbe/Antitrust_Pharmaceutical.pdf)
- Motta, M.: Competition Policy: Theory and Practice, Cambridge University Press, 2003, cap.4.
- Panadeiros, M. y S. Urbiztondo (FIEL): “El mercado de medicamentos: enfoque económico, evidencia internacional y el caso argentino”, documento elaborado para la CNDC, Diciembre, 2001.

SERIE DOCUMENTOS DE TRABAJO

120. Consumo residencial de electricidad y eficiencia energética: un enfoque de regresión cuantílica. Pedro Hancevic y Fernando Navajas. Abril 2013.
119. Eficiencia del gasto público en las provincias argentinas. Explorando sus determinantes. Cynthia Moskovits y Javier Cao. Octubre 2012.
118. La infraestructura vial en Argentina. Guillermo Bermudez. Octubre 2012.
117. La productividad del sistema financiero argentino: ¿son los bancos públicos diferentes? Ramiro Moya. Octubre 2012.
116. La calidad educativa en la Argentina. Sebastián Augste. Octubre 2012.
115. Eficiencia del sistema de salud en la Argentina. Mónica Panadeiros. Octubre 2012.
114. La vivienda social: criterios de eficiencia y descentralización de la política habitacional. Marcela Cristini, Guillermo Bermúdez y Ramiro Moya. Octubre 2012.
113. Workable environmentally related energy taxes. Fernando Navajas, Mónica Panadeiros, Oscar Natale. Junio 2012.
112. Fijación de alícuotas en el sistema de riesgos del trabajo. Mónica Panadeiros. Mayo 2012.
111. Revisando el impacto fiscal de la suba de los precios del petróleo en Centroamérica. Marcelo Catena y Fernando Navajas. Marzo 2012.
110. Provisión pública de agua potable y saneamiento en América Latina: una descripción sintética bajo una óptica regulatoria moderna. Santiago Urbitztundo. Febrero 2012.
109. Sub-national revenue mobilization in Latin America and Caribbean Countries: the case of Argentina. Daniel Artana, Sebastián Augste, Marcela Cristini, Cynthia Moskovits e Ivana Templado. Enero 2012.
108. Energía, maldición de recursos y enfermedad holandesa. Fernando Navajas. Octubre 2011.
107. What drove down natural gas production in Argentina? Diego Barril y Fernando Navajas. Mayo 2011.
106. Is the Argentine Revenue Effort “too” High? Daniel Artana and Ivana Templado. Noviembre 2010.
105. Infraestructura y Energía en la Argentina: Diagnósticos, Desafíos y Opciones. Fernando Navajas. Octubre 2010.
104. Passenger Cars and CO₂ Emissions: Assessing Global Impacts of a Convergence to Low-power. Fernando Navajas y Mónica Panadeiros. Octubre 2010.
103. Política Fiscal y Cohesión Social: El Federalismo Cuenta. M. Cristini, C. Moskovits, G. Bermúdez y D. Focanti. Junio 2010.
102. Informalidad Laboral en la Argentina. J. L. Bour, N. Susmel y P. Roccatagliata. Mayo 2010.
101. Energy Populism and Household Welfare. W. Cont, P. Hancevic y F. Navajas. Agosto 2009.
100. Acceso a Internet y Desempeño Académico en la Argentina: Explorando la Evidencia. M. Cristini y G. Bermudez. Diciembre 2008. Abril 2009.
99. Políticas para Mitigar Riesgos Sociales. El Caso de los Infortunios Laborales y el Desempleo. M. Panadeiros y N. Susmel. Diciembre 2008.
98. El Desempeño de los Sistemas de Capitalización Previsional en América Latina: Determinantes Estructurales y Regulatorios sobre la Competencia de las AFP. Sebastián Augste y Santiago Urbitztundo. Noviembre 2008.
97. Financiamiento de la Infraestructura en la Argentina: lo que dejó la crisis macroeconómica. D. Artana y R. Moya. Noviembre 2008.
96. Adaptación Tarifaria y Tarifa Social: Simulaciones para Gas Natural y Electricidad en el AMBA. F. Navajas y P. Hancevic. Diciembre 2007.
95. Estructuras Tarifarias en el Servicio de Electricidad para Usuarios Residenciales. El Caso de las Provincias Argentinas. Walter Cont. Diciembre 2007.

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

94. El Shock de los Precios del Petróleo en América Central: Implicancias Fiscales y Energéticas. Daniel Artana, Marcelo Catena y Fernando Navajas. Agosto 2007.
93. El Mapa Económico de las Mujeres Argentinas (1998-2006). M. Cristini y G. Bermudez Abril 2007.
92. Are Latin-American Countries Decentralized? D. Artana. Marzo 2007.
91. El Sistema Argentino de Innovación (1980-2004): Evaluación y Propuestas. M. Cristini, G. Bermudez y F. Ares. Diciembre 2006.
90. ¿Qué Hace Diferente a las Aseguradoras del Resto de las Empresas? Una Propuesta General para Fortalecer el Mercado de Seguros. R. Moya. Diciembre 2006.
89. “Energo –Crunch” Argentino 2002-20XX. F. Navajas. Octubre 2006.
88. Privatization of Infrastructure Facilities in Latin America: Full Economic Effects and Perceptions. S. Urbiztondo. Julio 2006.
87. Gasto Tributario: Concepto y Aspectos Metodológicos para su Estimación. D. Artana. Diciembre 2005.
86. Fusiones Horizontales. W. Cont y F. Navajas. Diciembre 2005.
85. La Reforma del Sector Eléctrico en Colombia: Breve Análisis y Crítica Constructiva. S. Urbiztondo y J.M. Rojas. Octubre 2005.
84. Transparencia, Confidencialidad y Competencia: Un Análisis Económico de las Reformas Actuales en el Mercado de Gas Natural Argentino. S. Urbiztondo, FIEL. Agosto 2005.
83. Proyecto Mundial de Internet: El Capítulo Argentino. FIEL e Instituto de Economía Aplicada (Fundación Banco Empresario de Tucumán). Noviembre 2004.
82. La Anatomía Simple de la Crisis Energética en la Argentina. F. Navajas y W. Cont. Septiembre 2004.
81. La Nueva China Cambia al Mundo. M. Cristini y G. Bermúdez. Septiembre 2004.
80. Las PyMES Argentinas: Ambiente de Negocios y Crecimiento Exportador. M. Cristini y G. Bermúdez. Junio 2004.
79. Educación Universitaria. Aportes para el Debate acerca de su Efectividad y Equidad. M. Echart. Diciembre 2003.
78. Cables Sueltos: La Transmisión en la Provincia de Buenos Aires (Comedia). E. Bour y Carlos A. Carman. Noviembre 2003.
77. Renegotiation with Public Utilities in Argentina: Analysis and Proposal. S. Urbiztondo. Octubre 2003.
76. Productividad y Crecimiento de las PYMES: La Evidencia Argentina en los 90. M. Cristini, P. Costa y N. Susmel. Mayo 2003.
75. Infraestructura y Costos de Logística en la Argentina. M. Cristini, R. Moya y G. Bermúdez. Noviembre 2002.
74. Nuevas Estrategias Competitivas en la Industria Farmacéutica Argentina y Reconocimiento de la Propiedad Intelectual. M. Panadeiros. Octubre 2002.
73. Estructuras Tarifarias Bajo Estrés. F. Navajas. Setiembre 2002.
72. Seguridad Social y Competitividad: El Caso del Sistema de Salud. M. Panadeiros. Marzo 2002.
71. El Agro y el País: Una Estrategia para el Futuro. M. Cristini y Otros. Octubre 2001.
70. Reseña: Índice de Producción Industrial y sus Ciclos. Lindor Esteban Martin Lucero. Agosto 2001.
69. Apertura Comercial en el Sector Informático. P. Acosta y M. Cristini. Junio 2001.
68. Microeconometric Decompositions of Aggregate Variables. An Application to Labor Informality in Argentina. L. Gasparini. Marzo 2001.
67. Una Educación para el Siglo XXI. La Práctica de la Evaluación de la Calidad de la Educación. Experiencia Argentina e Internacional. M. Nicholson. Diciembre 2000.
66. Una Educación para el Siglo XXI. La Evaluación de la Calidad de la Educación. G. Cousinet. Noviembre 2000.

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

65. Hacia un Programa de Obras Públicas Ampliado: Beneficios y Requisitos Fiscales. S. Augste, M. Cristini y C. Moskovits. Setiembre 2000.
64. La Apertura Financiera Argentina de los '90. Una Visión Complementaria de la Balanza de Pagos. Claudio Dal Din. Junio 2000.
63. La Integración Mercosur-Unión Europea: La Óptica de los Negocios. M. Cristini y M. Panadeiros. Diciembre 1999.
62. El Control Aduanero en una Economía Abierta: El Caso del Programa de Inspección de Preembarque en la Argentina. M. Cristini y R. Moya. Agosto 1999.
61. El Crédito para las Microempresas: Una Propuesta de Institucionalización para la Argentina. M. Cristini y R. Moya. Agosto 1999.
60. El Problema del Año 2000. Implicancias Económicas Potenciales. E. Bour. Marzo 1999.
59. Aspectos Financieros de Tipos de Cambio y Monetarios del Mercosur. Diciembre 1998.
58. Desarrollos Recientes en las Finanzas de los Gobiernos Locales en Argentina. R. López Murphy y C. Moskovits. Noviembre 1998.
57. Regulaciones a los Supermercados. D. Artana y M. Panadeiros. Julio 1998.
56. La Deuda Pública Argentina: 1990-1997. C. Dal Din y N. López Isnardi. Junio 1998.
55. Modernización del Comercio Minorista en la Argentina: El Rol de los Supermercados. D. Artana, M. Cristini, R. Moya, M. Panadeiros. Setiembre 1997.
54. Competencia Desleal en el Comercio Minorista. Experiencia para el Caso Argentino. D. Artana y F. Navajas. Agosto 1997.
53. Decentralisation, Inter-Governmental Fiscal Relations and Macroeconomic Governance. The Case of Argentina. Ricardo L. Murphy and C. Moskovits. Agosto 1997.
52. Las Estadísticas Laborales. Juan L. Bour y Nuria Susmel. Junio 1997.
51. Determinantes del Ahorro Interno: El Caso Argentino. R. López Murphy, F. Navajas, S. Urbiztundo y C. Moskovits. Diciembre 1996.
50. Mercado Laboral e Instituciones: Lecciones a partir del Caso de Chile. Ricardo Paredes M. Diciembre 1996.
49. Una Propuesta de Tarificación Vial para el Área Metropolitana. O. Libonatti, R. Moya y M. Salinardi. Setiembre 1996.
48. El Relabanceo de las Tarifas Telefónicas en la Argentina. D. Artana, R. L. Murphy, F. Navajas y S. Urbiztundo. Diciembre 1995.
47. Las PYMES en la Argentina. M. Cristini. Diciembre 1995.
46. Precios y Márgenes del Gas Natural: Algunas Observaciones Comparativas. F. Navajas. Octubre 1995.
45. Encuesta sobre Inversión en la Industria Manufacturera (2da. parte). M. Lurati. Setiembre 1995.
44. Defensa de la Competencia. D. Artana. Marzo 1995.
43. Defensa del Consumidor. D. Artana. Diciembre 1994.
42. Fiscal Decentralization: Some Lessons for Latin America. D. Artana, R. López Murphy. Octubre 1994.
41. Reforma Previsional y Opción de Reparto-Capitalización. José Delgado. Junio 1994
40. La Experiencia del Asia Oriental. FIEL/BANCO MUNDIAL. Marzo de 1994.
39. Financiamiento de la Inversión Privada en Sectores de Infraestructura. FIEL/BANCO MUNDIAL. Diciembre de 1993.
38. La Descentralización de la Educación Superior: Elementos de un Programa de Reforma. Agosto 1993.
37. Encuesta sobre Inversión en la Industria Manufacturera. M. Lurati. Julio 1993.
36. El Arancel Externo Común (AEC) del MERCOSUR: los conflictos. M. Cristini, N. Balzarotti. Febrero 1993.
35. Costos Laborales en el MERCOSUR: Comparación de los Costos Laborales Directos. J. L. Bour, N. Susmel, C. Bagolini, M. Echart. Diciembre 1992.

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

34. Gasto Público Social: El Sistema de Salud. M. Panadeiros. Setiembre 1992.
33. El sistema Agro-Alimentario y el Mercado de la CE. M. Cristini. Junio 1992.
32. Costos Laborales en el MERCOSUR: Legislación Comparada. J. L. Bour, N. Susmel, C. Bagolini, M. Echart. Abril 1992.
31. Los Acuerdos Regionales en los 90: Un Estudio Comparado de la CE92, el NAFTA y el MERCOSUR. M. Cristini, N. Balzarotti. Diciembre 1991.
30. Reforma de la Caja de Jubilaciones y Pensiones de la Provincia de Mendoza. M. Cristini, J. Delgado. Octubre 1991.
29. El Sistema de Obras Sociales en la Argentina: Diagnóstico y Propuesta de Reforma. M. Panadeiros. Agosto 1991.
28. Propuesta de Reforma de la Carta Orgánica del Banco Central. J. Piekarz, E. Szewach. Marzo 1991.
27. La Comercialización de Granos. Análisis del Mercado Argentino. D. Artana, M. Cristini, J. Delgado. Diciembre 1990.
26. Algunas Consideraciones sobre el Endeudamiento y la Solvencia del SPA. D. Artana, O. Libonatti, C. Rivas. Noviembre 1990.
25. Evolución de las Cotizaciones Accionarias en el Largo Plazo. C. Miteff. Julio 1990.
24. Efectos de un Esquema de Apertura Económica sobre la Calidad de Bienes Producidos Localmente. C. Canis, C. Golonbek, I. Soloaga. Marzo 1990.
23. Principales Características de las Exportaciones Industriales en la Argentina. C. Canis, C. Golonbek, I. Soloaga. Diciembre 1989.
22. La Promoción a la Informática en la Argentina. D. Artana, M. Salinardi. Septiembre 1989.
21. Inversión en Educación Universitaria en Argentina. J. L. Bour, M. Echart. Junio 1989.
20. Incidencia de los Impuestos Indirectos en el Gasto de las Familias. J. L. Bour, J. Sereno, N. Susmel. Enero 1989.
19. Aspectos Dinámicos del Funcionamiento del Mercado de Tierras: El Caso Argentino. M. Cristini, O. Chisari. Noviembre 1988.
18. Investigaciones Antidumping y Compensatorias contra los Países Latinoamericanos Altamente Endeudados. J. Nogués. Agosto 1988.
17. Sistema de Atención Médica en la Argentina: Propuesta para su Reforma. M. Panadeiros. Mayo 1988.
16. Regulación y Desregulación: Teoría y Evidencia Empírica. D. Artana y E. Szewach. Marzo 1988.
15. Informe OKITA: Un Análisis Crítico. D. Artana, J. L. Bour, N. Susmel y E. Szewach. Diciembre 1987.
14. La Política Agropecuaria Común (PAC): Causas de su Permanencia y Perspectivas Futuras. M. Cristini. Julio 1987.
13. Las Encuestas de Coyuntura de FIEL como Predictores del Nivel de Actividad en el Corto Plazo. M. Cristini e Isidro Soloaga. Noviembre 1986.
12. La Demanda de Carne Vacuna en la Argentina: Determinantes y Estimaciones. M. Cristini. Noviembre 1986.
11. El Impuesto a la Tierra: una Discusión de sus Efectos Económicos para el Caso Argentino. M. Cristini y O. Chisari. Abril 1986.
10. El Impuesto a la Tierra, las Retenciones y sus Efectos en la Producción Actual y la Futura. M. Cristini, N. Susmel y E. Szewach. Octubre 1985.
9. El Ciclo Ganadero. La Evidencia Empírica 1982-84 y su Incorporación a un Modelo de Comportamiento. M. Cristini. Noviembre 1984.
8. Determinantes de la Oferta de Trabajo en Buenos Aires. J. L. Bour. Enero 1984.
7. La Oferta Agropecuaria: El Caso del Trigo en la Última Década. M. Cristini. Septiembre 1983.
6. Ocupaciones e Ingresos en el Mercado de Trabajo de la Cap. Fed. y GBA. H. Hopenhayn. 1982. 3 tomos.
5. Oferta de Trabajo: Conceptos Básicos y Problemas de Medición. J. L. Bour. Julio 1982.
4. Ganado Vacuno: El Ciclo de Existencias en las Provincias. M. Cristini. Junio 1982.

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina

3. Algunas Reflexiones sobre el Tratamiento a los Insumos no Comerciados en el Cálculo de Protección Efectiva. G. E. Nielsen. Diciembre 1981.
2. Encuesta sobre Remuneraciones en la Industria. Diseño Metodológico. J. L. Bour, V. L. Funes, H. Hopenhayn. Diciembre 1981.
1. La Fuerza de Trabajo en Buenos Aires, J. L. Bour. Diciembre 1981.

***Estas empresas creen en la importancia de la
Investigación económica privada en la Argentina***

AACS - Asociación Argentina de Compañías de Seguros

ABA – Asociación de Bancos de la Argentina

ACARA – Asociación de Concesionarios de Automotores de la República Argentina

Amarilla Gas S.A.

American Express Argentina S.A.

AMX Argentina S.A.

Apache Energía Argentina S.R.L.

Aseguradores de Cauciones

Banco CMF S.A.

Banco COMAFI

Banco Galicia

Banco Santander Río

Bayer

BBVA Banco Francés

Boguer S.A.

Bolsa de Cereales de Buenos Aires

Bolsa de Comercio de Buenos Aires

Brinks

Bunge Argentina S.A.

Caja de Seguro S.A.

Cámara Argentina de Comercio

Campos y Asociados Comunicación

Cargill S.A.C.I.

Cartellone Energía Concesiones

Cencosud S.A.

Central Puerto S.A.

Cervecería y Maltería Quilmes

Chep Argentina S.A.

Citibank, N.A.

Coca Cola de Argentina S.A.

Coca Cola FEMSA de Argentina

Consejo Federal de Inversiones

Corsiglia y Cía. Soc. de Bolsa S.A.

Costa Galana

Distribuidora de Gas del Centro S.A.

Droguería Del Sud

Du Pont Argentina S.A.

Duke Energy

Enap Sipetrol

Everis Argentina S.A.

F.V.S.A.

Falabella S.A.

FASTA

Farmanet S.A.

Firmenich S.A.I.yC.

Ford Argentina S.A.

Fratelli Branca Dest. S.A.

Grupo Carrefour Argentina

Grupo Danone

Grupo Linde Gas. S.A.

Grimoldi S.A.

HLB Pharma Group

Hoteles Sheraton de Argentina

IBM Argentina S.A.

ICBC Argentina

Infupa S.A.

Internet Securities Argentina SRL.

INVECO Consulting S.A.

Johnson Diversey de Argenitna S.A.

JP Morgan Chase

KPMG

Laboratorios Phoenix

Loimar S.A.

Loma Negra C.I.A.S.A.

Los Gallegos Shopping

L'Oreal Argentina

Louis Dreyfus Commodities

Mabe Argentina

Magic Software Argentina A.A.

Manpower

Massalin Particulares S.A.

Mastellone Hnos. S.A.

Medicus

Merck Química Argentina S.A.I.C

Metrogas S.A.

Neumáticos Goodyear SRL.

Nextel Communications Argentina S.A.

Nike Argentina S.A.
Nobleza Piccardo S.A.I.C.F.
Nortel Inversora

Organización Techint
Orlando y Cía. Sociedad de Bolsa

Pan American Energy LLC
Parexklaukol S.A.
Parker Hannifin Argentina S.A.I.C
PBBPolisur S.A.
Pegasus Argentina S.A.
Petrobras Energía S.A.
Pirelli Neumáticos SAIC.

Roggio S.A.

San Jorge Emprendimientos S.A.
Santa Mónica Argentina S.A.
SC Johnson & Son de Argentina S.A.
Sealed Air Argentina S.A.
Securitas Argentina S.A.
Shell C.A.P.S.A.
Siemens S.A.
Smurfit Kappa de Argentina S.A.
Sociedad Comercial del Plata S.A.
Sociedad Rural Argentina
Strategia Americas S.R.L.

Telecom Argentina
Telefónica de Argentina
Terminal Zárate S.A.
Total Austral

Unilever de Argentina S.A.

Vidriería Argentina S.A.

Wärtsilä Argentina S.A.

YPF