



Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas

Documento de Trabajo N° 129

**La competencia en el segmento *upstream* de
la industria farmacéutica argentina: 2012-2018**

W. Cont y S. Urbiztondo



**Fundación de
Investigaciones
Económicas
Latinoamericanas**

Buenos Aires, Mayo 2019



¿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).

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 cuatro economistas jefes, secundados por un equipo de investigadores permanentes y especialistas contratados para estudios específicos.

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.



CONSEJO DIRECTIVO

<i>Presidente:</i>	Dr. Juan P. Munro
<i>Vicepresidentes:</i>	Daniel Herrero
	Dr. Luis Ribaya
	Sr. Teófilo Lacroze
<i>Secretario:</i>	Ing. Franco Livini
<i>Prosecretario:</i>	Sr. Alberto L. Grimoldi
<i>Tesorero:</i>	Gustavo Canzani
<i>Protesorero:</i>	Vacante

Vocales: Pablo Ardanaz, Gerardo Beramendi, Javier Bolzico, Juan Curutchet, Fernando García Cozzi, José M. Dagnino Pastore, Jorge Di Fiori (Presidente de la Cámara Argentina de Comercio) Adelmo J.J. Gabbi (Presidente de la Bolsa de Comercio de Buenos Aires), Patricia Galli, Néstor García, Juan José Grigera Naón, Matías O'Farrel, Carlos Ormachea, Javier Ortíz Batalla, Daniel Pelegrina (Presidente de la Sociedad Rural Argentina), Cristiano Ratazzi, Rodolfo Roggio, Manuel Ricardo Sacerdote, Mario Eduardo Vazquez, Martín Zarich, Federico Zorraquín.

CONSEJO CONSULTIVO

Manfred Böckmann, Enrique Cristofani, Carlos Alberto de la Vega, Martín del Nido, Horacio Delorenzi, Sergio Faifman, Julio Figueroa, Walter Forwood, Ruben Iparraguirre, Jorge A. Irigoin, Leonardo M. López, Diego Maffeo, José Martins, Guillermo Pando, Jorge Ramírez, Juan Manuel Rubio, Mariana Shoua, Juan Pedro Thibaud, Martín Ticinese, Horacio Turri, Amadeo R. Vázquez, Gonzalo Verdomar Weiss.

CONSEJO ACADEMICO

Miguel Kiguel, Ricardo López Murphy, Manuel Solanet, Mario Teijeiro.

CONSEJO HONORARIO

Ing. Juan C. Masjoan, Ing. Victor L. Savanti.

CUERPO TÉCNICO

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

Economistas Senior: Guillermo Bermúdez, Marcela Cristini, Cynthia Moskovits, Mónica Panadeiros, Nuria Susmel.

Economista: Ivana Templado.

Investigadores Visitantes: Enrique Bour, Marcelo Catena, Alfonso Martínez, Santos Espina Mairal,.

Asistentes Profesionales Junior: Nicolás Giraldez Ballestrasse, Tomás Bustos, Fiona Franco Churruarín, Axel Ilicic, María Catalina Badano

La competencia en el segmento *upstream* de la industria farmacéutica argentina: 2012-2018

FIEL^{*}

Mayo, 2019

Abstract

Este documento actualiza el estudio sobre la competencia en el segmento *upstream* de la industria farmacéutica argentina publicado en el Documento de Trabajo # 121 de FIEL, en el cual examinamos la evidencia pública disponible en dicho sector durante el período 2001-2011. En ese trabajo se examinó centralmente la hipótesis de existencia de acuerdos colusivos al nivel de la industria farmacéutica. Siguiendo los mismos propósitos, criterios y fundamentos expuestos allí, en este documento se examina la hipótesis de existencia de acuerdos colusivos al nivel de la industria farmacéutica en base a la evidencia de mercado para el período 2012-2018, dentro del cual –a partir de 2016– hubo un cambio significativo en la política regulatoria efectivamente aplicada sobre el sector. Los resultados obtenidos coinciden cualitativamente con los reportados en el primer documento en tanto 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 significativa competencia multidimensional 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 esfuerzos relevantes de innovación y comercialización vía lanzamientos de nuevos productos. En materia de precios, su evolución en este período reflejó los cambios en la política regulatoria y una recomposición real entre 2016-2017 luego de la creciente presión ejercida por el gobierno anterior durante el período 2007-2015, sin que ello haya significado que al presente los precios reales de los medicamentos superen los valores del año 2001, ni que los medicamentos sean –correctamente medidos, al nivel mayorista– más caros que en otros países de la región.

* Este documento fue elaborado por Walter Cont y Santiago Urbiztondo. Walter Cont participó en la elaboración de este documento entre abril de 2018 y febrero de 2019, período en el que se desempeñó como Economista Asociado en FIEL. Santiago Urbiztondo es Economista Jefe de FIEL. El estudio forma parte del programa de investigaciones de FIEL, aprobado por su Consejo Directivo, aun cuando los resultados no reflejan necesariamente la opinión individual de sus miembros ni de las Entidades Fundadoras o empresas patrocinantes. Los autores agradecen la valiosa colaboración de Guillermo Bermúdez en el desarrollo de la Sección 5. FIEL desea agradecer el apoyo de CILFA en el financiamiento de esta investigación.

Contenido

Abstract	4
Introducción y síntesis ejecutiva	6
Sección 1: Síntesis del Documento de Trabajo # 121 de FIEL	10
Sección 2: Información de laboratorios a nivel agregado, 2012-2017	17
2.1. Aclaraciones sobre la información utilizada	17
2.2. Evolución del mercado de medicamentos - Laboratorios	19
2.3. Los principales laboratorios	21
2.3.1. Situación de los laboratorios líderes en las clases terapéuticas seleccionadas	22
2.3.2. Evolución de los laboratorios líderes en las clases terapéuticas entre paneles	22
2.4. Conclusiones	29
Sección 3: Competencia entre laboratorios a Nivel 3 de la clasificación de EphMRA	31
3.1. La evolución de los precios	35
3.2. Análisis de concentración en clases terapéuticas seleccionadas	40
3.3. Conclusiones	61
Sección 4: Contexto competitivo y precios de los medicamentos	63
4.1. El marco regulatorio	63
4.2. La evolución de los precios	63
Sección 5: Comparación internacional de precios	71
5.1. Aclaraciones sobre la información utilizada	72
5.2 Comparaciones de precios de canastas representativas	74
5.3 Comparaciones de precios de productos idénticos	80
Sección 6: Innovación a través del lanzamiento de nuevos productos	82
Sección 7: Conclusiones	85
Anexo A. Información de IQVIA utilizada en las Secciones 2 a 6	87
Anexo B. Índices de precios de clases terapéuticas	94
Anexo C. Índices de precios Sección 4.2	96
Anexo D. Clases terapéuticas, principios activos y número de productos de Argentina utilizados para la comparación internacional de precios	98
Anexo E. Figura 33 del DT#121	99
Anexo F. Presentaciones de medicamentos comparables entre Argentina y terceros países seleccionados	100
Anexo G. Evolución del tipo de cambio e índices de precios, 2001-2017	103

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.), quienes 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 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, instrumentalmente y en una primera instancia, no considerar las actividades de transporte, logística, fragmentación y comercialización minoristas en las cuales se presume un proceso competitivo dinámico. Así, si los resultados obtenidos en el análisis señalan la existencia de un proceso competitivo dinámico entre los laboratorios ello indicaría que el resto de la cadena vertical, aunque eventualmente condujera a distorsiones de distinta naturaleza, no inhibe la competencia en el segmento *upstream* (entre laboratorios).

Este documento tiene por objeto actualizar el análisis general sobre la naturaleza del proceso competitivo en la industria farmacéutica argentina al nivel de los laboratorios expuesto en el Documento de Trabajo # 121 de FIEL, publicado en enero 2014. En dicho trabajo se examinaron datos de mercado correspondientes al período 2001-2011, y aquí se extiende dicho análisis hasta el año 2018 inclusive. En ambos casos se consideró centralmente la información de ventas y precios elaborada por IQVIA (que es el nuevo nombre de IMS - *International Medical Statistics*), la cual corresponde al canal de ventas por farmacias (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 Los datos del período 2012-2018 son puestos en contexto respecto de los observados en años previos con distinto alcance según se juzga relevante (el período 2008-2011 en materia de cambios en las participaciones de mercado, y el período 2001-2011 en cuanto a la evolución de los precios).

Al igual que en el Documento de Trabajo # 121 de FIEL (DT#121 a partir de aquí), el estudio se organiza en torno al análisis de la hipótesis de cartelización a nivel de laboratorios, evaluando si la evidencia disponible es consistente con laboratorios que coordinan no competir –o administrar una competencia mínima– para aumentar así sus beneficios de manera sostenible en el tiempo. Ello permite concentrar la descripción competitiva del sector en torno a un hilo conductor que facilita la comprensión de las distintas dimensiones analizadas.

En ausencia de evidencia 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

¹ Según la Encuesta de Canales 2018 realizada por IQVIA, las ventas por droguerías y (directamente por) farmacias representan en conjunto aproximadamente el 86,3% de las ventas totales de medicamentos (82,1% y 4,2%, respectivamente), de manera tal que las ventas institucionales representan poco menos del 14% del total (ver IQVIA, 2018).

caracterizada por la ocurrencia de, entre otras, las siguientes características: 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.).²

En efecto, tal como se discutió en detalle en el DT#121, la verificación de la hipótesis de cartelización requiere observar que las participaciones de mercado de los distintos laboratorios sean estables en el tiempo, que los precios de los medicamentos sean 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. Además, si bien la hipótesis de cartelización requiere la ocurrencia de todas estas regularidades empíricas, su incumplimiento sería claro si ninguna de ellas ocurriera.³

La organización del documento es la siguiente. La Sección 1 sintetiza el análisis y las conclusiones obtenidas en el DT#121. Las secciones siguientes analizan información del mercado de medicamentos de Argentina en el período 2012-2018. 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 del precio promedio agregado de los medicamentos, para luego focalizarse en la situación específica de los laboratorios líderes respecto de sus participaciones de mercado en las clases terapéuticas al Nivel 3 de la clasificación terapéutica utilizada por IQVIA.⁴ La Sección 3 analiza la información de ventas de medicamentos del conjunto de los laboratorios, a través del canal farmacias, respecto de la evolución de los precios y de las participaciones de mercado al Nivel 3. La Sección 4 analiza en mayor detalle la evolución temporal de los precios de los medicamentos en Argentina, contrastando diversas mediciones alternativas en términos nominales y reales. La Sección 5 presenta una comparación internacional de precios de un conjunto seleccionado de medicamentos a diciembre de 2017 entre Argentina y un conjunto seleccionado de países de la región (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú). La Sección 6, finalmente, analiza la

² Al igual que en el DT#121, este trabajo no contiene un análisis de la rentabilidad del sector (niveles, evolución y heterogeneidad de beneficios de los laboratorios oferentes).

³ La evolución homogénea de los precios de los medicamentos pertenecientes a un mismo mercado relevante a lo largo del tiempo podría interpretarse como una evidencia consistente con la existencia de un acuerdo colusivo, aunque tal paralelismo de precios no permite descartar conductas competitivas también observadas en contextos de fuerte competencia. Por otro lado, la inexistencia de tal paralelismo, con cambios de precios relativos entre medicamentos que son sustitutos entre sí, representaría una evidencia a favor de concluir sobre la inexistencia de un acuerdo colusivo. En la experiencia doméstica de los últimos años, sin embargo, el examen de precios de medicamentos individuales enfrenta el problema de que entre 2007 y 2015 existieron intervenciones de precios donde el gobierno nacional autorizaba distintos aumentos a distintos productos, dando lugar tanto a estrategias comerciales evasivas (cambios en los formatos de los productos) como posteriormente, a partir de 2016, correctivas (aumentos reales de los precios más fuertemente intervenidos), por lo cual el examen de la evidencia disponible no arrojaría conclusiones suficientemente confiables. En todo caso, la inestabilidad en las participaciones de mercado examinada en este documento constituye una mejor proxy que el precio para captar múltiples dimensiones de la competencia.

⁴ IQVIA sigue la clasificación anatómica definida y actualizada por la *European Pharmaceutical Market Research Association* (EphMRA). La clasificación anatómica incluye varios niveles de desagregación, entre los que se destaca el sub-grupo 3, que es el típicamente utilizado por la Comisión Nacional de Defensa de la Competencia en Argentina (y en otros países) para definir mercados relevantes de producto según sustitución por el lado de la demanda. En este documento se denominará a este sub-grupo como “Nivel 3”.

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 del período 2012-2018 (y más generalmente del período 2001-2018) 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 clara competencia multidimensional entre ellos, en principio afectada por los cambios regulatorios y de contexto.⁵ Esta conclusión se basa en los siguientes resultados:

1. 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, en función de: (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 existentes; (ii) el consecuentemente elevado número de oferentes activos en el mercado (incluso si se consolidan los laboratorios en grupos económicos bajo un control accionario común o compartido), además agrupados en varias cámaras diferentes que se han enfrentado entre sí en distintos conflictos históricos;⁶ (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 y adquisición (F&A) analizada; y (iv) distintas características propias de los oferentes y de los productos (heterogeneidad de los productos, asimetría entre laboratorios de distinto tamaño, origen y objetivos, etc.).
2. De hecho, el mercado de medicamentos continúa poco concentrado y con participaciones de mercado y ubicaciones en el ranking inestables. Definiendo los mercados relevantes de medicamentos al Nivel 3 de la clasificación de EphMRA (en base a la sustitución por la demanda), luego de analizar 161 clases terapéuticas pertenecientes a 6 grupos anatómicos, se sigue verificando que si bien la concentración de mercado aumenta al fragmentar la industria (esto es, los laboratorios tienen mayores *market shares* en los segmentos y especialidades donde efectivamente ofrecen sus productos), hay situaciones donde la inestabilidad de dichas participaciones es mucho más importante.
3. Por otro lado, la evolución de los precios de los medicamentos muestra que éstos sufrieron un severo deterioro –en términos reales– a partir del año 2002, del que se pudieron recuperar recién sobre el final del período analizado (en precios constantes), a través del lanzamiento de productos de mayor precio. Medidos en dólares, los precios solamente lograron un recupero temporario en los años 2012, 2013 y 2017, para luego retrasarse

⁵ 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 –utilizando la información de mercado disponible para este estudio– la existencia de algún tipo de acuerdo colusivo donde participe la industria farmacéutica en su conjunto o los laboratorios líderes del país.

⁶ 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.

nuevamente. En tal sentido, si bien en 2016-2017 hubo una recomposición de los precios de los medicamentos que previamente fueron objeto de una intervención regulatoria “sucia” entre 2007 y 2015, posteriormente la economía fue expuesta a un fuerte proceso devaluatorio (en 2018), y como consecuencia los mismos no han aumentado respecto de los valores observados en 2001. Además, si bien los precios de los medicamentos tienen alta visibilidad en la caracterización del proceso competitivo, ellos sólo representan una de las dimensiones en las que compiten los distintos laboratorios entre sí (como los esfuerzos promocionales, de comercialización, innovación, etc.). La dimensión de innovación a través del lanzamiento de nuevos productos, aunque menos visible, continuó reflejando comportamientos competitivos.

4. La comparación internacional de precios (en dólares) muestra evidencia variada en lo referido al precio de productos en la Argentina respecto de varios otros países de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú). Por un lado, comparaciones amplias –gasto por medicamentos– muestran precios más elevados que en el resto de los países considerados, excepto en México; pero considerando canastas de los productos más vendidos de cada clase y principio activo se obtienen resultados diversos, con precios más elevados en Argentina que en Brasil, Chile y Colombia y precios más bajos que en Ecuador, México y Perú, al tiempo que también se observa una gran dispersión de precios de productos individuales (considerando los productos más vendidos en cada país, en Argentina existe un mayor número de productos con precios más bajos que productos con precios más altos). Por otro lado, las diferencias desfavorables se revierten cuando los ejercicios se acotan a productos comparables, o cuando se toma como base las cantidades consumidas en la Argentina. Por último, al corregir precios por paridad de poder de compra los productos tienden a encarecerse en la Argentina vs Brasil, Chile y Ecuador, y a abaratarse al comparar con Colombia, México y Perú. En estos casos, los precios domésticos lucen más en línea con, y en la mayoría de los casos son inferiores a, los de los países comparados.

En síntesis, la evidencia analizada en este documento permite verificar –extendiendo al presente la validez de las conclusiones obtenidas en el DT#121 en base al análisis del período 2001-2011– que el proceso competitivo en la industria farmacéutica argentina, a pesar de la intervención a la que fue afectada entre los años 2007 y 2015 y de los cambios regulatorios verificados desde 2016 (la eliminación de controles de precios), ha continuado siendo muy dinámico desde 2012 en adelante, observándose importantes variaciones en las participaciones de mercado de los distintos laboratorios en las clases terapéuticas más importantes, y que si bien entre 2016 y 2017 se produjeron incrementos de precios que permitieron en promedio recuperar el nivel del año 2001 (algo más favorables en términos reales que en dólares estadounidenses), no surge de esto que se deba a una conducta cartelizada, dado que, por un lado, estos incrementos no comenzaron a darse una vez que la capacidad de pago de la demanda –aproximada por el PBI per cápita o el salario real de la economía– hubiera superado los niveles de 2001 (en particular, el salario promedio de la economía aumentó 38%, y el PBI per cápita aumentó 31%, en moneda constante, entre 2001 y 2018), y por otro, se produjeron en un contexto de esfuerzos significativos de innovación y comercialización vía lanzamientos de nuevos productos, etc., que a su vez se traducen en una comparación internacional de precios favorable a nivel regional.

Sección 1: Síntesis del Documento de Trabajo # 121 de FIEL

La definición del mercado relevante y la concentración de la oferta

El análisis de competencia llevado a cabo en el Documento de Trabajo # 121 de FIEL (denominado DT#121) consistió en evaluar si la evidencia empírica disponible en materia de penetración, precios e innovación en la introducción de productos farmacéuticos permitía sostener la hipótesis de una industria cartelizada, en la cual los distintos laboratorios (individual o conjuntamente) pudieran ejercer un poder de mercado sustancial en perjuicio de los consumidores de medicamentos en la Argentina.

Allí se explicitó el marco conceptual utilizado para interpretar el grado de competencia existente a partir de las conductas de los competidores al decidir sus niveles de ventas, precios, innovación, etc. En primer lugar, se discutieron las alternativas salientes en la definición de los mercados relevantes contenidos en la industria farmacéutica según se considere la “sustitución por la oferta” o sólo la “sustitución por la demanda”. En el primer caso todo el mercado de medicamentos definiría un único mercado relevante, mientras que en el segundo caso corresponde definir varios mercados relevantes distintos que agrupen los medicamentos que pudieran ser terapéuticamente sustitutos entre sí (lo cual conduce, típicamente, a definir los mercados relevantes al nivel 3 de la *Anatomical Therapeutic Classification* (ATC), reflejada en el Nivel 3 –clase terapéutica– de la EphMRA).⁷

En segundo lugar, se señaló que la caracterización del grado de competencia en un mercado relevante es una tarea técnicamente muy compleja, donde se combinan elementos cuantitativos y cualitativos para comprender en qué dimensiones y grado compiten las empresas / laboratorios entre sí. El primer paso es caracterizar la concentración de la oferta existente en base a las participaciones de mercado de los laboratorios activos (los “índices de concentración C-i”, con $i = 1, 2, 3$, etc. indicando el número de oferentes de mayor tamaño que se considere, y el HHI),⁸ pero no hay valores específicos de estos índices que permitan concluir sobre la inevitable ocurrencia de conductas no competitivas o siquiera la existencia de poder de mercado suficiente para llevar a cabo tales conductas por parte de una o varias de las empresas consideradas. En efecto, aunque 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 fuertemente competitiva, sin lograr beneficios extraordinarios de manera permanente.⁹ Incluso en contextos donde existe amplia penetración de medicamentos con

⁷ En la práctica *antitrust* saliente, tanto doméstica como internacional, las autoridades de defensa de la competencia se han inclinado –al menos con fines operativos, analizando así la situación bajo la hipótesis que arroja mayores riesgos anticompetitivos– hacia la utilización del segundo criterio.

⁸ 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.

⁹ Como se señaló en el DT#121, la experiencia internacional saliente respecto de F&A en la industria farmacéutica ofrece algunos parámetros relevantes. Por ejemplo, en Europa, habiendo escasa sustitución por el lado de la oferta debido a la existencia generalizada de productos protegidos con patentes, normalmente se han aprobado las operaciones de F&A que no superaron el 50% de participación conjunta en las clases terapéuticas involucradas post-operación. En la Argentina, la CNDC también ha aprobado múltiples operaciones de F&A cuando las participaciones de mercado (en las clases terapéuticas involucradas, al Nivel 3) post-operación de las empresas notificantes se acercaron al 60% y/o cuando el HHI superó los 4.000 puntos (con un incremento del HHI mayor a 400 puntos). Cabe notar por otra parte que si se acepta la existencia de

protección patentaria, las autoridades de defensa de la competencia no han identificado serios riesgos anticompetitivos al examinar mercados relevantes de medicamentos (definidos al Nivel 3) en los cuales: (i) los laboratorios líderes no alcanzan el 40% de participación ($C1 < 40\%$); (ii) el HHI respectivo no supere los 2.500 puntos; y/o (iii) el índice de concentración C4 no alcance el 100%.

Así, es claro que la existencia de acuerdos colusivos entre laboratorios sólo podría tener lugar en aquellos mercados definidos al Nivel 3 en los cuales la concentración supera estos umbrales (de hecho, en la Sección 3 se utiliza el valor de 2.000 como línea divisoria entre mercados concentrados y poco o moderadamente concentrados). Una elevada concentración al Nivel 3 constituye una *condición necesaria* para la existencia de prácticas de abuso de poder de mercado individual y/o conjunta vía acuerdos colusivos, pero en cualquier caso 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 tercer lugar, por último, se examinó la evidencia de mercado disponible para verificar el grado de concentración de la oferta y explorar, en aquellos casos en los que la misma resultó ser media o elevada (donde las prácticas no competitivas serían *a priori* posibles), si los comportamientos de los laboratorios resultan consistentes o no con acuerdos colusivos de no competencia que se reflejaran en participaciones de mercado estables, precios divorciados del contexto regulatorio y competitivo, y/o escaso esfuerzo de innovación y penetración por medio del lanzamiento de nuevos productos al mercado.

A continuación se reproducen y actualizan, sintéticamente, diversos conceptos y observaciones contenidos en el DT#121 que permiten que este nuevo documento resulte auto-contenido.

Colusión / cartelización

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 Argentina, la Ley de Defensa de la Competencia (LDC) prevé aplicar la *regla de la razón*. Los arts. 1,2 y 3 prohíben prácticas restrictivas de la competencia –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).¹⁰

fuerte sustitución por el lado de la oferta, el grado de concentración de la oferta en la industria de medicamentos en su conjunto es muy baja independientemente de cuál fuera la operación de concentración eventualmente evaluada. En efecto, la participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) apenas supera el 8% (y está levemente por encima del 12% cuando se consideran todos los laboratorios controlados por el grupo económico en conjunto – Grupo Roemmers: Roemmers, Investi Farma, Nova Argentia y Millet-Frankin), mientras que 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).

Más recientemente, los Lineamientos para el control de concentraciones económicas (Resolución SC 208/2018), hacen referencia a un umbral de 2.000 puntos para la improbabilidad de que se produzcan restricciones a la competencia. En función de esta innovación, en esta ocasión consideraremos este umbral como línea divisoria entre mercados concentrados y no concentrado, más exigente que los 2.500 puntos usados en el DT#121 (escogido en función de lo observado en la práctica internacional).

¹⁰ La legislación de defensa de la competencia cambió desde el análisis realizado en el año 2013. En Junio de 2018 se sancionó la Ley 27.442 en reemplazo de la Ley 25.156 que estuvo vigente desde 1999. Sin embargo, más allá de cambios en la redacción de diversos aspectos puntuales y fundamentalmente institucionales, las cuestiones de fondo en materia de prácticas restrictivas de la competencia y cartelización se han mantenido

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”*, mucho menos si no se examinan 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 posterior penalización por defecionar.

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), existen también diversos *elementos facilitadores* (que en el extremo pueden considerarse como condiciones necesarias para la existencia de tales acuerdos), a saber, concentración de oferentes, restricciones a la entrada de competidores, 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, estabilidad del contexto, homogeneidad del producto, simetría entre las empresas participantes, contactos en múltiples mercados, ausencia de capacidad o de inventarios excedentes y visibilidad de las acciones.¹¹

La experiencia internacional antitrust en la industria farmacéutica

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

inalteradas en lo sustancial (denominando a los acuerdos colusivos como prácticas absolutamente restrictivas de la competencia, de las cuales se presume provocan daño al interés económico general).

¹¹ Ver Motta (2003), cap.4, y DT#121, sección 1.2.

y conflictos entre empresas y organismos *antitrust* respecto del impacto competitivo de múltiples operaciones de F&A examinadas por dichos organismos.

En tal sentido, no debería ser sorprendente que algunos laboratorios adopten 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 aplicación 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.

También es relevante la competencia emergente a partir de regulaciones dirigidas a que los médicos receten medicamentos genéricos que los pacientes puedan adquirir en farmacias según las marcas con menores precios, tal como se hizo efectivo en la Argentina a partir del año 2002 con La Ley 25.649 de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico (conocida informalmente como Ley de Genéricos). La efectividad de la Ley de Genéricos para orientar la competencia entre laboratorios hacia la dimensión “precio” puede considerarse relativa ya que de no ser el médico quien indica una marca específica al paciente ello igualmente podrá ser hecho por el farmacéutico al momento del expendio de la droga, al tiempo que en muchas ocasiones los “productos genéricos” en la Argentina no tienen garantizada la biodisponibilidad y bioequivalencia (como sí ocurre con los productos verdaderamente genéricos en otras partes del mundo).¹² Pero, en todo caso, parece bastante natural concluir que, aunque su contribución a la competencia vía precios fuera parcial (siendo igualmente mayor cuanto más comparables o similares sean las distintas marcas de una misma droga genérica), esta legislación incide favorablemente sobre la sustituibilidad y competencia entre productos éticos de distintos laboratorios dentro de una misma clase terapéutica.

En tal 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 la mayoría de los medicamentos ya comercializados domésticamente, y donde en las últimas décadas además se ha agilizado enormemente la autorización para la comercialización de nuevos productos y se ha

¹² Cabe notar que la ANMAT puso recientemente en marcha un plan para asegurar la bioequivalencia y permitir aplicar la Ley de Genéricos de forma más efectiva (el “*Programa Integral de Biodisponibilidad, Bioequivalencia e Intercambiabilidad de Medicamentos*” aprobado por Disposición ANMAT DI-2019-271-APN-ANMAT#MSYDS, del 10/01/2019), lo cual señala que desde la perspectiva oficial aún no se ha logrado que la Ley de Genéricos tenga el impacto inicialmente esperado.

facilitado en cierto grado la sustitución de algunos medicamentos vía la Ley de Genéricos, el espacio para la existencia de estas prácticas anticompetitivas es mucho menor. En todo caso, si bien estos elementos no pueden llevar a concluir *per se* que tales prácticas anticompetitivas no existan de manera individual y en contadas situaciones, ni tampoco incluso que las mismas fueran insignificantes o admisibles, la existencia generalizada y permanente de conductas anticompetitivas requiere 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 los miembros del acuerdo obtener beneficios más elevados que los que podrían aspirar en un contexto más competitivo (en el cual las prácticas anticompetitivas entre laboratorios fueran denunciadas 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. 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 para la existencia de prácticas anticompetitivas relevantes y sostenibles en el tiempo.

El cambiante contexto regulatorio

El examen de la competencia (o su ausencia) no puede prescindir del contexto regulatorio que se aplique. En la Argentina el sector de los medicamentos transitó varias etapas diferentes: hasta 1991 hubo fuertes regulaciones de precios de los medicamentos a nivel nacional –procurando una cobertura nacional con precios uniformes– y limitaciones de carácter local muy estrictas sobre la instalación de farmacias, pero desde entonces las distintas regulaciones fueron eliminadas (decreto 2284/1991, de “desregulación económica”, aplicable a los precios de los medicamentos) o bien se flexibilizaron sustancialmente (en algunas jurisdicciones provinciales y en relación al funcionamiento de las farmacias). 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. No obstante ello, en el plano real hubo un resurgimiento de intervenciones regulatorias durante el período 2007-2015, básicamente requiriendo vía *pseudo*-acuerdos (de hecho obligatorios para los laboratorios) que los aumentos en los precios de los medicamentos fueran aprobados por la Secretaría de Comercio Interior de la Nación, restaurándose la plena libertad en la fijación de precios a partir de diciembre de 2015 al inicio de la administración nacional de Cambiemos.

Las hipótesis emergentes

La existencia de acuerdos colusivos no puede ser jamás descartada sin un examen puntual y específico detallado, pero considerando la industria farmacéutica en su conjunto durante las últimas dos décadas los mismos deben superar diversos factores tendientes a minimizarlos. En primer lugar, la virtualmente inexistente restricción para la existencia de “ingresos cruzados” de laboratorios entre clases terapéuticas, potenciando la “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 Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico. En efecto, aunque no se dispone de datos

oficiales que lo cuantifiquen con precisión, la fracción del mercado que corresponde a productos con protección patentaria es muy baja.¹³

En segundo lugar, 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 la EphMRA 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 2000 hasta llegar a 400 laboratorios en el 2004 como resultado de los cambios normativos iniciados en el año 2002; actualmente, por otra parte, existen 360 laboratorios con ventas no institucionales en el país);
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 según la sustitución por el lado de la demanda) podrían ingresar fácilmente a los distintos mercados relevantes existentes 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;¹⁴
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

¹³ En Cont, Panadeiros y Urbiztondo (2017) se estimó que la venta de drogas con protección patentaria representó aproximadamente 2% del gasto en medicamentos. Otras fuentes (de la Puente et al., 2009) habían estimado que el número el número de productos con principios activos sujetos a protección patentaria se aproximaba al 5% en el año 2007.

¹⁴ 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) –incluso dejando de lado el período 2012-2015 durante la aplicación del cepo cambiario, donde hubo restricciones más o menos formales a la importación de medicamentos que igualmente no podrían incidir sobre los precios máximos regulados– sí establece una referencia o potencial salvaguarda de competitividad en el mediano y largo plazos.

8. los costos de inversión (capital) de los laboratorios son –salvo líneas de productos puntuales, como ciertos oncológicos o los biológicos– 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.

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 que denote la existencia 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 que se trate de actividades económicas con competencia limitada (distintos servicios públicos) o fuerte (indumentaria, alimentos, software, etc.). Asimismo, la existencia de alianzas estratégicas entre laboratorios respecto del desarrollo de nuevos productos, coproducción o *comarketing* tampoco 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, tampoco son prueba de 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).

Los resultados del análisis empírico

En las secciones 2 a 6 del DT#121 se realizó un análisis del grado de competencia y riesgos de cartelización a nivel de laboratorios en Argentina durante el período 2001-2011, con distintas aproximaciones. Dichos análisis son en general extendidos al año 2018 en las siguientes secciones de este documento, donde se hace referencia a la validez o modificación de las conclusiones arribadas previamente.

Sección 2: Información de laboratorios a nivel agregado, 2012-2018

En las secciones 2 y 3 se realiza un análisis del grado de competencia a nivel de laboratorios en Argentina, durante el período cubierto por los años 2012 a 2018, con comparaciones respecto de años anteriores cuando se considere relevante. Para tal efecto se realizan 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 la definición de mercados relevantes según las clases terapéuticas a Nivel 3 y analiza la evolución de los laboratorios líderes en 161 clases terapéuticas dentro de 6 grupos terapéuticos seleccionados (ver Cuadro 1 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 2012-2018, un total de 6 laboratorios (Sección 2.3). El tercer enfoque, utilizando la misma definición de mercado relevante según la sustitución por el lado de la demanda, 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 sigue el comportamiento individual de todos los laboratorios en cada una de las clases terapéuticas seleccionadas.

2.1. Aclaraciones sobre la información utilizada

La información utilizada en las secciones 2 y 3 del documento proviene de IQVIA. Según se detalla en el Anexo A, la base de datos contiene el ranking de laboratorios para el período 2012-2018, e información referida a laboratorios y productos comercializados por éstos para todas las clases terapéuticas a Nivel 3 dentro de los grupos terapéuticos A (Sistema Digestivo y Metabolismo), C (Sistema Cardiovascular), J (Anti-infecciosos), M (Sistema Músculo-esquelético), N (Sistema Nervioso) y R (Sistema Respiratorio). El Cuadro 1 muestra la información básica (161 clases terapéuticas en total) y su representatividad (73% de la facturación total en el año 2018).¹⁵

Cuadro 1. Número de clases terapéuticas a Nivel 3 y facturación total, dentro de los Grupos Terapéuticos A, C, J, M, N y R. Datos del año 2018.

Grupo terapéutico	Número de clases terapéuticas	Facturación (en millones de \$)
A: Sistema digestivo y metabolismo	52	29.004,9
C: Sistema cardiovascular	27	27.704,5
J: Anti-infecciosos en general para uso sistémico*	29	7.642,9
M: Sistema músculo-esquelético	9	10.761,5
N: Sistema nervioso	22	24.462,7
R: Sistema respiratorio	22	10.813,7
Total analizado	161	110.390,2
Total medicamentos (IQVIA)		151.295,9
Representatividad		73%

Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. * Si bien el grupo terapéutico J es el séptimo en importancia de facturación en 2018 (fue quinto en 2011), se lo incluye en el análisis dada su utilidad para comparaciones entre períodos.

¹⁵ Respecto de los grupos terapéuticos analizados en el DT#121, en este documento se incluye el grupo R (Sistema Respiratorio).

Cabe notar que IQVIA 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. Así, si un laboratorio compró otro laboratorio o un producto de otro laboratorio entre 2012 y 2018, una vez que IQVIA actualiza dicha operación en su base de datos, el laboratorio adquirido desaparece y sus productos son asignados al laboratorio adquirente, o bien el/los producto/s adquirido/s aparece/n como propiedad del nuevo laboratorio en toda la historia del sub-período (por ejemplo, los productos de Menarini que fueron transferidos a Investi o Nova Argentia en la operación de concentración realizada 2014 están actualmente asignados por IQVIA a estos laboratorios en todo el período 2012-2018).¹⁶

Estas actualizaciones de IQVIA tienen ventajas y desventajas a la hora de utilizar la información de la base de datos. Por un lado, dentro del período 2012-2018 analizado aquí, las variaciones de *market share* de los laboratorios son variaciones que no están contaminadas por “saltos” resultantes de compras o ventas de productos entre laboratorios. Pero, por otro lado, el *market share* de un laboratorio en un año de este período no se puede comparar directamente con su *market share* en un año de sub-períodos previos (examinados en el DT#121), porque éstos pueden verse alterados por altas o bajas de productos transferidos. Por lo tanto, las comparaciones con situaciones de mercado previas a 2012 deben realizarse con precaución.

Una segunda observación respecto de la base de datos de IQVIA es que no tiene en cuenta si un laboratorio es una unidad individual o pertenece a un grupo económico que incluya otros laboratorios bajo el mismo control. 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 exista control accionario unificado. En consecuencia, mantenemos 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 del mercado de medicamentos en su conjunto, 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, los laboratorios que podrían pertenecer a un mismo grupo económico no aparecen sistemáticamente entre los primeros laboratorios en las clases terapéuticas analizadas.¹⁷

¹⁶ Ver, por ejemplo, <http://www.pharmabiz.net/roemmers-tomo-linea-menarini/>.

¹⁷ La existencia de grupos económicos y su composición surge, en algunos casos, de los dictámenes de la CNDC –por ejemplo, Pfizer y Warnet 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 las clases terapéuticas analizadas explícitamente en la Sección 3 se controló por la posibilidad de que dos o más laboratorios que –según la información disponible mencionada en esta nota– podrían pertenecer a un mismo grupo económico se encuentran entre los principales competidores. Por otra parte, entendemos que los resultados generales de la Sección 3 no quedarían invalidados 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.

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 siguiendo el criterio de sustitución más acotado por el lado de la demanda.

Cuadro 2. Mercado de medicamentos. Participaciones de los laboratorios, indicadores de concentración (C4 y HHI) y precio promedio del sector. Año 2018.

	Unidades 2018	Valores \$ 2018
Total laboratorios	702,4 MM	151.295,9 MM
Roemmers	8,9%	8,4%
Casasco	3,3%	4,9%
Gador	4,8%	4,8%
Elea	4,3%	4,6%
Bagó	3,9%	4,6%
Baliarda	3,3%	4,1%
Montpellier	4,2%	4,1%
Raffo	2,5%	3,8%
Bayer	7,2%	3,3%
Glaxosmithkline Ph	1,8%	3,1%
Sanofi Aventis	1,2%	2,7%
Investi	2,6%	2,3%
Pfizer	2,9%	2,3%
Novo-Nordisk	0,2%	2,1%
Andrómaco	2,3%	2,1%
Bernabó	2,5%	2,0%
Boehringer Ing Ph	0,5%	2,0%
Teva	1,5%	2,0%
Novartis Pharma	0,7%	1,9%
Astrazeneca	0,5%	1,6%
C4 (laboratorios 1 a 4)	21,3%	22,7%
Laboratorios 5-20	37,7%	44,0%
Laboratorios 21-50	28,3%	24,3%
Resto Laboratorios (310)	12,7%	8,9%
HHI	318	299
Precio “promedio ponderado”		215,39

Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. Ver Cuadro A.1 en el Anexo A para una comparación con los años 2012 a 2018.

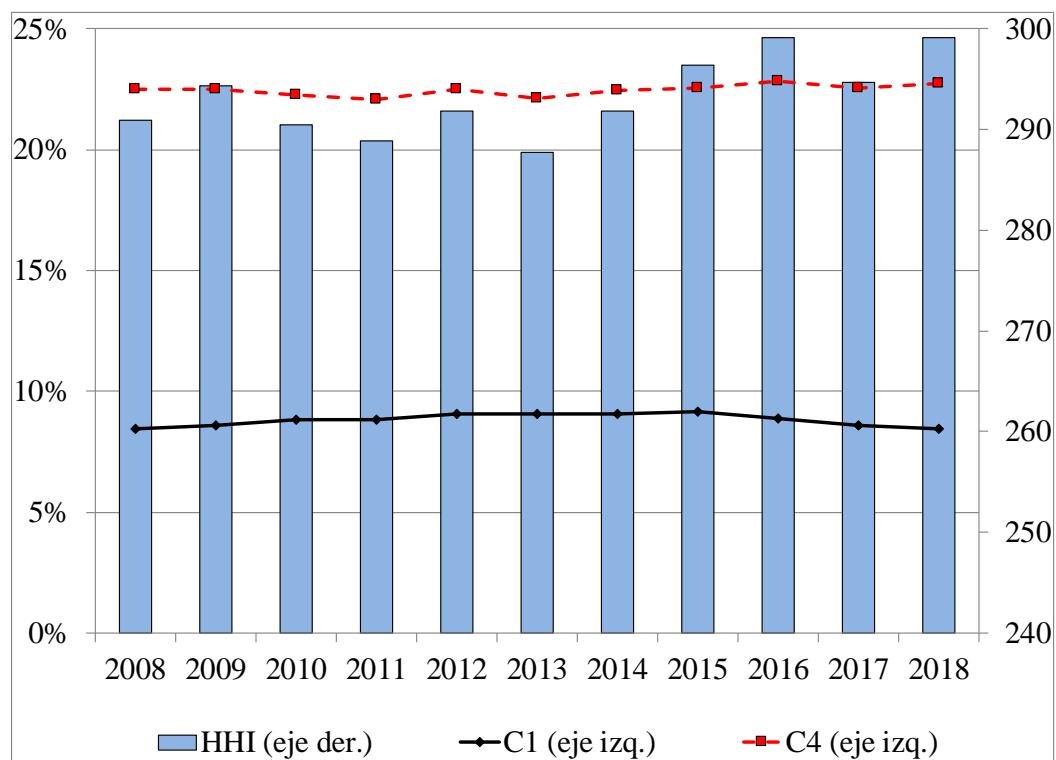
El Cuadro 2 presenta la información sobre unidades y valores de productos farmacéuticos comercializados en el año 2018, un detalle del *market share* de los primeros 20 laboratorios y una síntesis de agrupaciones de laboratorios. Si bien se reportan unidades y valores, la comparación

entre ellos se suele hacer en valores (pesos), sobre todo si los productos son heterogéneos.¹⁸ La información correspondiente para los años 2012 a 2018 está en el Cuadro A.1 del Anexo A.

La industria de medicamentos –comercializados por el canal farmacias– en su conjunto facturó \$ 151,3 mil millones en el año 2018, equivalente a 1% del PBI. La participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) alcanza el 8,4%, el indicador C4 es de 22,7% y el HHI ronda los 300 puntos contabilizando laboratorios individuales.¹⁹

Los indicadores de concentración han mantenido relativamente estables respecto de los publicados en el DT#121 para el año 2011. La participación de los primeros 4 laboratorios (C4) se ha mantenido cercana al 22,5%, mientras que el indicador de concentración HHI osciló entre valores de 288 y 299; este último valor fue alcanzado en 2016 y 2018 (ver Figura 1).²⁰

Figura 1. Evolución de los indicadores C1, C4 y HHI para el total de medicamentos. Período 2008-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA y DT#121.

¹⁸ 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.

¹⁹ 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 y Gramón Millet) fue de 12,3% en 2018. También, el HHI sólo sumaría aproximadamente 154 puntos (de 299 a 453) 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.

²⁰ Esta Figura incluye el sub-período 2008-2011 según se informó en el DT#121. Se reitera la importancia de considerar con cuidado la información hasta 2011 de la correspondiente a partir de 2012, pues pueden haber ocurrido cambios en participaciones de mercado como consecuencia de operaciones de concentración.

Sin embargo, esta aparente estabilidad oculta modificaciones importantes a nivel de laboratorios. La participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) cayó de 9,1% a 8,4% entre 2012 y 2018. Por su parte, si bien la suma de las participaciones de los cuatro laboratorios más grandes se ha mantenido estable, se han producido modificaciones en el ranking. Por ejemplo, en 2012 Casasco fue el sexto laboratorio (medido en facturación), y fue ascendiendo (porque las ventas de sus productos fueron aumentando, no por adquirir medicamentos o laboratorios de terceros) hasta ocupar el segundo lugar en 2016. Por su parte, entre 2015 y 2018, Bagó descendió del segundo al quinto lugar. Gador descendió del tercer al quinto lugar entre 2014 y 2015 para volver al tercer lugar en 2018. Y Elea ascendió del cuarto lugar en 2016 al tercero en 2017, para luego volver al cuarto lugar en 2018. Finalmente, se han producido cambios significativos en las participaciones de mercado en otros casos: por ejemplo, además de Casasco, la participación de mercado del laboratorio Bialiarda aumentó 0,8 puntos porcentuales entre 2012 y 2018 mientras que la participación de Montpellier aumentó 0,9 puntos. Por su parte, los laboratorios con mayor caída de participación en el período son Phoenix (-1,1%) y Teva (-1,2%).

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 como parte de un mismo mercado aquellos medicamentos que sean 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 (de la clasificación de la EphMRA), mercado total.²¹

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 entre 2012 y 2018 (según se detalla a continuación, son 6 laboratorios que han ocupado los primeros 5 puestos del ranking de ventas entre dichos años) y se analizan sus participaciones de mercado en las 161 clases terapéuticas bajo estudio (Cuadro 1). 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 (161) y en cada caso 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 información de ventas de productos farmacéuticos por el canal farmacias al analizar la situación de los laboratorios más importantes de Argentina. El Cuadro 3 muestra los primeros 5 laboratorios en el período 2012-2018. Con esta información, se seleccionaron todos los laboratorios que hayan estado ubicados entre los primeros 5 en ventas en dichos años. Éstos son (según su ubicación en el año 2018): Roemmers, Casasco, Elea, Bagó, Gador y Bayer (por ocupar el quinto lugar en 2012). Estos 6 laboratorios representaron el 30,7% de la facturación total del año 2018.

²¹ En circunstancias poco frecuentes podría ser recomendable definir la extensión del mercado relevante al Nivel 2 o al Nivel 4 de la clasificación de la EphMRA, o incluso a nivel de principio activo, 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 en la Sección 3.

Cuadro 3. Primeros 5 laboratorios de los años 2012 a 2018.

2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Roemmers						
Bagó	Bagó	Bagó	Bagó	Casasco	Casasco	Casasco
Gador	Gador	Gador	Casasco	Bagó	Elea	Gador
Elea	Elea	Elea	Elea	Elea	Bagó	Elea
Bayer	Casasco	Casasco	Gador	Gador	Gador	Bagó

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

A continuación, se realiza un seguimiento de todos ellos en el grupo de 161 clases terapéuticas a Nivel 3 de la base de datos referida en el Cuadro 1.

2.3.1. Situación de los laboratorios líderes en las clases terapéuticas seleccionadas

El Cuadro 4 muestra que en el período 2012-2018 interactuaron al menos 4 laboratorios en 39 clases terapéuticas (que representaron el 68% de la facturación de 2018 en los 6 grupos terapéuticos analizados). Por su parte, en 30 clases terapéuticas (apenas 4% de la facturación de 2018 en los 6 grupos terapéuticos) solamente uno de ellos tuvo presencia. Por último, en 56 clases terapéuticas (12% de la facturación de 2018 en los 6 grupos terapéuticos) ninguno de ellos ha tenido participación alguna en este período. Esta evidencia indica que hay presencia de muchos laboratorios líderes en las clases terapéuticas de mayor facturación. La descripción no difiere significativamente para las clases terapéuticas del segmento ético. En el segmento popular, estos laboratorios tienen poca presencia conjunta.

Cuadro 4. Participación de los 6 laboratorios líderes en las 161 clases terapéuticas a Nivel 3 (grupos A, C, J, M, N y R). Período 2012-2018.

Número de intersecciones	Cantidad de intersecciones (CT a Nivel 3)					
	Mercado Total		Segmento Ético		Segmento Popular	
	# de CT	% Facturación	# de CT	% Facturación	# de CT	% Facturación
6	5	19%	4	13%	0	0%
5	19	40%	20	42%	0	0%
4	15	9%	11	9%	1	6%
3	18	9%	18	12%	5	40%
2	18	7%	18	5%	6	14%
1	30	4%	35	6%	11	29%
0	56	12%	55	13%	138	11%
Total de clases	161	100%	161	100%	161	100%

2.3.2. Evolución de los laboratorios líderes en las clases terapéuticas entre paneles

El ejercicio a continuación realiza un análisis de la evolución de los laboratorios líderes (los laboratorios del Cuadro 3) entre los sub-períodos 2008-2011 y 2012-2018. Para ello se repitió el ejercicio presentado en el Cuadro 4, pero se debieron realizar varias correcciones: en primer lugar, se incluyó al laboratorio Casasco en el sub-período 2008-2011 (dado que en el DT#121 este laboratorio no había sido considerado dentro de los líderes de ese entonces). En segundo lugar, se

realizó el seguimiento de las ventas de estos laboratorios en las clases terapéuticas de los grupos A, C, J, M y N (un total de 133).^{22,23}

El Cuadro 5 ilustra la evolución de la cantidad de clases terapéuticas según el número de laboratorios que participan en ellas (mercado total) durante los sub-períodos 2008-2011 y 2012-2018. El resultado más notable es el aumento en el número de laboratorios líderes compitiendo en las clases terapéuticas seleccionadas. Específicamente:

- considerando las 52 clases terapéuticas en que no competía ningún laboratorio líder en 2008-2011 (o que no existían al momento), se produjeron ingresos en 9 casos en 2012-2018 (en 5 casos ingresó un laboratorio, en 2 casos ingresaron 2 laboratorios y en dos casos ingresaron 3 laboratorios);
- respecto de las 24 clases terapéuticas en que participaba un único laboratorio líder, en 3 casos aumentó el número de competidores de este grupo de laboratorios líderes;
- respecto de las 18 clases terapéuticas en que competían dos laboratorios líderes, en 4 casos ingresó un tercero y en 2 casos ingresaron dos laboratorios;
- respecto de las 9 clases terapéuticas en que competían tres laboratorios líderes, en un caso ingresó un cuarto;
- respecto de las 9 clases terapéuticas en que competían cuatro laboratorios líderes, en 1 caso ingresó otro laboratorio y en otro caso ingresaron dos.
- en ningún caso en que competían todos los laboratorios, salió alguno de ellos;
- finalmente, en un solo caso el número de laboratorios disminuyó de 5 a 4 (es la clase terapéutica A08A, en la que Roemmers ya venía reduciendo sus ventas significativamente entre 2008 y 2011).

Cuadro 5. Transición de clases terapéuticas en los grupos A, C, J, M y N según intersecciones de los 6 laboratorios líderes. Períodos 2008-2011 vs 2012-2018.

Número de intersecciones	2012-2018							Suma
	0	1	2	3	4	5	6	
2008	0	44	5	2	2	0	0	52
	1	0	21	1	2	0	0	24
	2	0	0	12	4	2	0	18
	3	0	0	0	8	1	0	9
	4	0	0	0	0	7	1	9
	5	0	0	0	0	1	16	0
	6	0	0	0	0	0	4	4
Suma		44	26	15	15	11	17	5
								133

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

²² Las bases utilizadas en el DT#121 no incluían el grupo terapéutico R. Entonces, la comparación realizada en esta sub-sección omite dicho grupo terapéutico.

²³ Las clases terapéuticas de estos grupos son 139 durante el período 2012-2018. Como se produjo una desagregación de la ex-clase terapéutica A10B (Antidiabéticos orales) en A10H, A10J, A10K, A10L (esta clase terapéutica dejó de tener ventas a mediados de 2017), A10M, A10N y A10S entre períodos, para los propósitos de las comparaciones realizadas en esta sub-sección solamente, se unificaron las 7 clases terapéuticas en una, resultando así un total de 133 clases terapéuticas.

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.

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 2), 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 85 de las 133 clases terapéuticas analizadas).

Como los dos paneles de datos de IQVIA (2008-2011 y 2012-2018) asignan los productos al laboratorio que los comercializaba al final de cada sub-período, el *market share* de cada laboratorio puede modificarse entre ambos 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 6 laboratorios seleccionados, en cada clase terapéutica y para cada sub-período (2008-2011 y 2012-2018), se calculó la participación de mercado promedio (en facturación), la máxima y la mínima (ver Cuadros A.3(1) a A.3(3) del Anexo A), y se compararon las participaciones de mercado promedio de cada uno de los paneles, con el objeto de analizar si hubo cambios significativos entre sub-períodos.

Sólo se examinan en detalle las clases terapéuticas con facturación mayor o igual a \$7 millones (la facturación promedio de una clase terapéutica dentro las examinadas en esta sección es de \$ 748 millones y la facturación mediana es de \$ 196 millones) y aquéllas en las que los 6 laboratorios representan en conjunto más de 40% de mercado en al menos uno de los dos sub-períodos (46 clases terapéuticas), entendiendo que estos laboratorios no estarían en condiciones de llevar a cabo acuerdos colusivos si sus participaciones de mercado fueron relativamente bajas (incluso tomadas en conjunto) en todo el período analizado o en mercados de tamaño muy pequeño.

El Cuadro 6 muestra que los 6 laboratorios líderes no tuvieron presencia en 46 clases terapéuticas de los grupos terapéuticos A, C, J, M y N (8,8% de la facturación de dichos grupos terapéuticos). En las restantes clases terapéuticas, su *market share* conjunto no superó el 40% en otras 41 clases terapéuticas (que representaron 43,1% de la facturación de dichos grupos). Finalmente, el *market share* conjunto excedió el 40% durante al menos un período en 46 clases terapéuticas (que representaron un 48,0% de la facturación de dichos grupos). En 6 de éstas hubo entrada neta de los 6 principales laboratorios, en una clase terapéutica salió un laboratorio, y en 39 clases terapéuticas se mantuvo el número de laboratorios.

Cuadro 6. Número de clases terapéuticas a Nivel 3 con ingresos, egresos o número estable de los 6 laboratorios seleccionados. Comparación de sub-períodos 2008-2011 vs 2012-2018

	Número de casos	% en la Facturación (A,C,J,M,N)	2008-2011 vs 2012-2018			
			M.Sh. de 6 labs ≤40%	% en la Facturación (A,C,J,M,N)	M.Sh. de 6 labs >40%	% en la Facturación (A,C,J,M,N)
Sin participación	46	8,8%				
Ingresos	18	12,7%	12	11,8%	6	0,9%
Egresos	1	0,2%	0	0,0%	1	0,2%
Mismo número	68	78,2%	29	31,3%	39	46,9%
Total	133	100%	41	43,1%	46	48,0%

Elaboración propia en base a Cuadros A.3(1) a A.3(3).

Complementando evidencia previa (en el DT#121 se observó entrada y salida de laboratorios en las clases terapéuticas de los grupos A, C, J, M y N entre 2001 y 2011), el número de laboratorios líderes continuó aumentando, contribuyendo a rechazar 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 detallan a continuación pueden deberse a mayores ventas de un producto existente, 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 6 líderes se verá un cambio en las participaciones de mercado de cada uno tal que la participación conjunta no cambie significativamente, mientras que si el otro laboratorio es uno distinto de los 6 líderes entonces se verá un incremento en las participaciones de este grupo). Más adelante, en la Sección 3, al analizar cada clase terapéutica durante 2012-2018, este último efecto se anula dado que IQVIA asigna los productos afectados por fusiones y adquisiciones al laboratorio que lo comercializó en 2018. 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 7 a continuación presenta las 46 clases terapéuticas (con *market share* conjunto superior a 40% y ventas totales en 2018 superiores a \$ 7 millones) en 5 grupos, según la evolución del número de laboratorios líderes participantes y su *market share* conjunto entre los períodos 2008-2011 y 2012-2018.

El primer grupo del Cuadro 7 muestra las clases terapéuticas en las que participaba uno de los 6 laboratorios líderes en 2008-2011 en las cuales la situación no se modificó en 2012-2018 (son 11 clases terapéuticas, que representan 1,8% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En las clases A07A y A11G el *market share* conjunto disminuyó entre períodos, siendo absorbido por laboratorios fuera del grupo de líderes. En los restantes 9 casos el *market share* aumentó. Al indagar más en detalle estas clases terapéuticas se observa que en un caso (A03A) el incremento es marginal, en 4 casos la facturación es bastante baja (A12B, A16A, C01A y C02B, con facturación entre \$10 millones y \$40 millones en 2018), mientras que en otros dos el laboratorio líder es Casasco (que en años recientes ha mejorado su posición en el ranking). En la clase C01X el aumento de participación de Casasco es marginal (a partir de una participación ya elevada en 2008-2011), y en la clase N06E (cuya facturación fue \$416 millones en 2018) Casasco ya tenía una alta participación en 2008-2011 (73%) y la aumentó a costa de Takeda.²⁴ En la clase J01H, Bagó ganó 38 puntos de participación, compitiendo principalmente con Sanofi Aventis. Finalmente, en la clase J06G, si bien la participación de Gador aumentó 15 puntos, se trata de una vacuna específica (gama globulina) cuyas aplicaciones –por el canal farmacias– han caído significativamente (de 188 miles en 2011 a 75 miles en 2018, cuando en 2001 habían superado las 400 miles).

²⁴ Vale la pena tener presente que Takeda, por su parte, ingresó al mercado farmacéutico argentino con la compra de Merebral.

Cuadro 7. Evolución de la participación de mercado de los 6 laboratorios líderes en las clases terapéuticas seleccionadas.

Grupo	Clase terapéutica a Nivel 3 del IMS	% de las 133 CT	2008-2011						2012-2018							
			Roemmers	Bayer	Bagó	Casasco	Elea	Gador	% 6	Roemmers	Bayer	Bagó	Casasco	Elea	Gador	% 6
1	A03A	0,51%	48%						48%	49%					49%	
	A07A	0,11%			62%				62%			37%			37%	
	A11G	0,22%			88%				88%			85%			85%	
	A12B	0,04%					72%		72%					80%	80%	
	A16A	0,04%						80%	80%						89%	
	C01A	0,03%	47%						47%	89%					89%	
	C01X	0,04%				95%		95%				98%			98%	
	C02B	0,01%				55%		55%				93%			93%	
	J01H	0,23%			23%				23%			61%			61%	
	J06G	0,11%						53%	53%					69%	69%	
2	N06E	0,42%				73%		73%					84%		84%	
	A03D	1,59%	47%		0%				47%	42%		0%			42%	
	A09A	0,27%			7%				38%	45%		5%			46%	
	A11B	0,05%	28%	29%					57%	52%	18%				69%	
	A11E	0,31%			70%		1%		72%			66%		1%	67%	
	C01E	0,08%	63%		11%				74%	76%		8%			84%	
	J05C	0,02%						0%	27%	28%				3%	50%	
	J07X	0,21%					60%	8%	69%				65%	5%	70%	
	A05B	0,11%	8%		35%				43%	87%		12%			54%	
	J01C	2,14%	67%		11%	3%			81%	69%		6%	4%		79%	
3	N06D	0,12%	2%		6%	20%			28%		1%	14%	28%			43%
	A02A	0,56%		10%			31%	36%	1%	78%			8%		30%	
	A11D	0,36%	4%	14%	54%		0%		72%		3%	9%	50%		0%	
	A12A	0,28%			9%	1%	2%		34%	46%		7%	4%	1%	43%	
	N05C	1,53%	2%			15%	0%		36%	52%		1%	15%	0%	45%	
	A02B	5,35%	20%		14%	3%	3%	1%	41%		20%		14%	5%	2%	
	A11A	0,66%	1%	61%	1%			4%	1%	68%		1%	50%	1%	2%	
	C07A	2,88%	12%			12%	2%	6%	28%	61%		20%		14%	3%	
	C07B	0,20%	16%			33%	1%	9%	4%	64%		29%		3%	5%	
	C09A	1,91%	50%			15%	1%	1%	5%	73%		55%		15%	2%	
	C09B	0,55%	34%			15%	8%	0%	1%	57%		38%		15%	10%	
	C09C	5,88%	29%			3%	2%	3%	9%	46%		29%		4%	5%	
	C09D	3,54%	26%			3%	2%	2%	9%	41%		19%		3%	4%	
	C10A	6,05%	9%			5%	7%	5%	4%	29%		9%		7%	10%	
	J01G	0,80%	29%	5%	3%		8%	3%		49%		35%	2%	2%	10%	
4	N05A	3,60%	4%			11%	1%	2%	30%	48%		3%		12%	7%	
	N05B	0,42%	3%			2%	2%	1%	35%	44%		3%		4%	3%	
	N06A	4,07%	11%			6%	6%	2%	13%	38%		14%		7%	9%	
	C08A	1,59%	10%	9%	10%		12%	1%	4%	46%		8%	8%	8%	16%	
	N07X	0,09%	34%						15%	49%		33%		2%	17%	
	J05B	0,20%	18%						27%	45%		33%	0%		27%	
	C10B	0,30%							34%	34%			13%		43%	
5	C11A	0,02%							3%			11%		29%	1%	
	C01B	0,31%	77%							77%		77%			78%	
	A08A	0,24%	17%			4%	4%	11%	1%	36%			7%	19%	23%	
	A03G	0,01%							0%			97%			97%	

El segundo grupo del Cuadro 7 muestra las clases terapéuticas en las que el número de laboratorios líderes se mantiene estable en dos o tres (son 10 clases terapéuticas, que representan 4,9% de la facturación del conjunto de clases analizadas). Dentro de este grupo en 3 casos se observa una reducción en la participación conjunta: en la clase A03D disminuyó la participación de Roemmers mientras que la de Bagó era marginal (y continuó siéndolo); en la clase A11E disminuyó la participación de Bayer mientras que la de Casasco se mantuvo en niveles bajos; y en la clase J01C disminuyó la participación de Bagó y aumentó la correspondiente a Roemmers y Casasco. En un caso (clase A05B) la participación conjunta no varió (sin embargo, Bagó disminuyó su participación a manos de Gador -principalmente- y Roemmers -en menor medida-). En 6 casos la participación conjunta aumentó: en la clase A09A Gador aumentó su participación, y Bagó redujo la suya en menor magnitud; en la clase A11B Roemmers ganó participación y Bayer redujo la

suya;²⁵ en la clase C01E también gana participación Roemmers y Bagó la disminuye (en un mercado que factura \$80 millones); en la clase J05C Gador aumentó su participación 23 puntos;²⁶ en la clase J07X la participación conjunta aumentó marginalmente, ganando Casasco y perdiendo Elea; y en la clase N06D ganaron participación los laboratorios Bagó y Casasco (sin alterar significativamente la participación escasa de Roemmers).

El tercer grupo del Cuadro 7 muestra las clases terapéuticas en las que el número de laboratorios líderes se mantiene estable en cuatro, cinco o seis (son 18 clases terapéuticas, que representan 40,2% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En 4 casos, la participación conjunta de los laboratorios líderes disminuyó: en la clase A11A Bayer perdió participación con su producto Supradyn (que fue absorbida principalmente por Pfizer, laboratorio que perdió el liderazgo de la década anterior); en la clase A11D los productos de Bayer y Bagó perdieron participación de mercado (la cual fue absorbida parcialmente por Gramón Millet, aunque de todas formas la participación conjunta de los laboratorios líderes, definida ampliamente, disminuyó); en la clase A02A se produjo una leve reducción en la participación conjunta (y, a su vez, leves modificaciones en las participaciones de Bayer y Elea); y en la clase C09D Roemmers perdió participación (Novartis, el primer laboratorio en esta clase terapéutica, también perdió participación, a manos de Raffo y Baliarda). En un caso, la participación conjunta se mantuvo constante (clase N05A, en la cual aumentó la participación de Casasco y disminuyó la de Gador). Por su parte, en 13 casos la participación conjunta aumentó:

- En 5 de ellos, el aumento fue marginal. En la clase A02B aumentó levemente la participación de Casasco y Gador y disminuyó levemente la de Elea. En la clase C07A las participaciones de Roemmers y Bagó aumentaron y la de Gador disminuyó. En la clase C09C aumentó la participación de Casasco (y levemente la de Elea). En la clase J01G las participaciones de Roemmers y Casasco aumentaron, mientras que las participaciones de Bayer, Bagó y Elea cayeron. En la clase C08A (única del grupo bajo estudio en esta Sección en la que participan los 6 laboratorios) aumentaron las participaciones de Casasco y de Gador, disminuyendo levemente las del resto de los laboratorios líderes.
- En 2 casos el aumento de participación conjunta fue entre 5% y 10%, en un contexto de competencia entre laboratorios líderes. En la clase C07B Roemmers ganó 13% (que pasó de 2º a 1º) y Gador ganó 4%, mientras que Bagó (que pasó de 1º a 2º) y Elea perdieron 4% y 3%, respectivamente. En la clase A12A, Gador aumentó 9%, Bagó aumentó 3%, Bayer disminuyó 2% y Casasco 1%.
- En los restantes 6 casos, la dinámica se caracterizó por aumentos de participación de uno o varios laboratorios líderes, compitiendo principalmente con el resto de los laboratorios (esto es, sin alterar significativamente las participaciones de los líderes competidores). En la clase N05C Gador aumentó 10%. En la clase C09A Roemmers ganó 5%. En la clase C09B ganaron participación casi todos los laboratorios líderes: Roemmers (+4%), Casasco (+2%) y en menor medida Gador (+1%). En la clase C09C ganaron participación los laboratorios Casasco (+2%)

²⁵ Sin embargo, esta clase tiene las siguientes características: es de poca facturación –\$46 millones en 2018–, ha habido bastante volatilidad de participaciones, incluyendo además pérdidas por parte de Investi –del Grupo Roemmers– y de Mertens, y ganancias por parte de Andrómaco y Spedrog Caillón.

²⁶ Este incremento de *share* de Gador esconde una dinámica en el mercado: si bien este laboratorio ha liderado el ranking en la clase terapéutica de poca facturación –\$21 millones en 2018–, ha habido bastante volatilidad de participaciones. Por ejemplo, los productos de Bristol Myers representaron 19% en 2011 (6,4% en 2018), un producto de Abbvie representó 12% en 2012 (2,3% en 2018), y Lkm representó 32% en 2013 (0,4% en 2018). Finalmente, el producto líder de Gador en 2011 (Truvada) fue desplazado por otro de la misma empresa (Atripla).

y Elea (+1%). En la clase N06A ganaron participación Casasco (+3%), Roemmers (+2%), Bagó y Elea (+1%, respectivamente), mientras que Gador perdió participación levemente (-1%). En la clase C10A ganaron participación Gador (+4%), Bagó (+2%), Casasco (+3%) y Elea (+1%). En la clase N05B ganaron participación Gador (+22%) y en menor medida Bagó, Elea y Roemmers (siendo Investi el mayor perdedor en este mercado y asomándose otro laboratorio -Elisium- como competidor).

Finalmente, el cuarto grupo del Cuadro 7 muestra las clases terapéuticas que se caracterizaron por ingreso de laboratorios (son 7 clases terapéuticas, que representan 1,2% de la facturación del conjunto de clases analizadas). En las clases C01B y N07X el laboratorio ingresante captura una leve participación de mercado: en el caso C01B, el ingreso de Casasco es marginal (1%) y no altera la participación del otro laboratorio líder; en la clase terapéutica N07X el ingreso de Bagó (2%) tiene un impacto similar al aumento de participación de otro laboratorio existente (Gador, +2%). En el resto de las clases terapéuticas de este grupo, la participación conjunta aumentó en porcentajes que van desde 15% a aproximadamente 97%. Concretamente, en la clase C10B, ingresaron Bagó (13%) y Gador (3%) al tiempo que Elea aumentó su participación en 9 puntos con productos propios.²⁷ En la clase J05B Gador y Bayer ingresan con efecto marginal, mientras que aumenta la participación de Roemmers (en parte, a costa de Investi) y levemente la de Elea. La clase A08A se caracterizó por la salida del laboratorio Roemmers (-17%, como resultado de un producto que salió de circulación) y un aumento de la participación conjunta (+19%), resultante de un aumento en Casasco (+16%), Elea (+12%) y Bagó (+3%).²⁸ En la clase C11A ingresaron Roemmers (11%) y Elea (1%), al tiempo que Casasco aumentó su participación significativamente (+26%); de todas maneras, el primer laboratorio en esta clase sigue siendo Sidus (que no pertenece al grupo de laboratorios líderes) ostentando una participación de 59% en 2018. Por último, la clase A03G es relativamente nueva: las primeras ventas se registran en 2017, y en 2018 superan los \$9 millones (participan Roemmers -con 97% en el sub-período correspondiente- y Raffo).

Hasta aquí, la comparación de las 46 clases terapéuticas en las que los laboratorios líderes tuvieron una participación conjunta superior al 40% de la facturación en al menos un período (2008-2011 ó 2012-2018) no arroja indicios de acuerdos colusivos o de dominancia individual, a nivel de clases terapéuticas individuales, dado que (i) no se detectan aumentos de *market share* sistemáticos (de hecho en varios casos se produce una reducción en los *shares*), y (ii) en la mayoría de los casos en que se observan aumentos en *market share* grupal se trata de mercados de escasa facturación o que muestran un importante dinamismo de entradas y salidas.

Para reforzar esta evidencia se realizó un ejercicio de identificación de cambios significativos en los *market share* de los laboratorios líderes entre los dos sub-períodos analizados intentando detectar si éstos pudieron haber participado de acuerdos de coordinación de especialización en ciertas clases terapéuticas (es decir, saliendo de una clase terapéutica o reduciendo su producción a cambio de

²⁷ Analizando en detalle esta clase terapéutica, la participación de mercado de Elea aumentó de 12% en 2008 a 55% en 2011 (promediando 34% en el sub-período) y luego de 59% en 2012 a 32,8% en 2018 (promediando 43% en el sub-período). El ingreso de Bagó y de Sidus (que no pertenece al grupo de laboratorios líderes) desafió la posición de Elea (y en menor medida de Natufarma, otro laboratorio que no pertenece al grupo de líderes). Entonces, si bien los datos agregados ilustrarían una mejora en la posición de Elea, en los detalles ésta, a su vez, se vio desafiada por la entrada de Bagó.

²⁸ Los valores reportados nuevamente ocultan el dinamismo que caracterizó esta clase terapéutica. Como ya se advirtió, Roemmers había retirado un producto entre 2008 y 2011. En el año 2011, el laboratorio líder había sido Phoenix (34% en dicho año) con un producto que retiró del mercado entre 2016 y 2017. Investi (del Grupo Roemmers) también retiró un producto que había tenido una participación de 16%. Por su parte, Cetus logró un aumento de 5% en su participación, mientras que Novo-Nordisk introdujo un producto en el año 2018 que alcanzó 9,5% de la facturación en dicho año.

aumentar su participación de mercado en otra clase terapéutica en un “movimiento espejo” –en sentido inverso– con uno o más laboratorios líderes). 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 6 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 los dos sub-períodos. En segundo lugar, se eliminaron todas las clases terapéuticas en las cuales (a) el *market share* conjunto de los 6 laboratorios no alcanza el 40%, consistentemente con el ejercicio anterior (Cuadro 7); 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 altos costos de transacción –por ejemplo, riesgos de penalización– de tal tipo de acuerdo, sólo cabe considerar su existencia cuando los mismos fueran 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 8 muestra las variaciones de *market share* de cada uno de los laboratorios líderes en cada una de las 6 clases terapéuticas remanentes, comparando los períodos 2008-2011 vs. 2012-2018.

Cuadro 8. Cambios de *market shares* de laboratorios líderes en las clases terapéuticas con variaciones extremas (exceden 5%) de *market share* de un laboratorio líder.
Períodos 2008-2011 vs. 2012-2018.

Clase terapéutica	Período de comparación: 2008-2011 vs 2012-2018					
	Roemmers	Bayer	Bagó	Casasco	Elea	Gador
A11B	23%	-11%	0%	0%	0%	0%
A05B	3%	0%	-14%	0%	0%	11%
C07A	8%	0%	2%	1%	0%	-6%
C07B	13%	0%	-5%	1%	-4%	3%
N05A	0%	0%	2%	6%	2%	-9%
A08A	-17%	0%	4%	16%	12%	6%

Estos nuevos resultados permiten descartar preocupaciones sobre posibles prácticas de coordinación entre laboratorios líderes. En efecto, se observa que Roemmers gana *market share* en 4 clases terapéuticas y pierde *share* en una; Bayer pierde *market share* en una clase terapéutica pero no gana en el resto; Casasco gana *market share* en 4 casos; Elea gana *market share* en 2 casos y pierde en uno; y Gador gana *market share* en 3 casos y pierde en otros 2 casos. Finalmente, solamente se observa un cruce de participaciones de mercado entre Bagó y Gador en 4 de las 6 clases terapéuticas, pero no son balanceadas (esto es, las pérdidas de Gador son aprovechadas más por otro laboratorio que por Bagó, mientras que en un solo caso –la clase terapéutica A05B– la pérdida de Bagó es capitalizada por Gador).

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 de la clasificación de EphMRA), concentrando el examen en los laboratorios líderes y en 133 de las 161 clases terapéuticas incluidas dentro de los 6 grupos terapéuticos de mayor facturación (excluyendo el grupo R, no analizado en el DT#121, y agrupando las clases terapéuticas de medicamentos anti-diabéticos).

Considerando la industria de medicamentos en su conjunto, la estructura del mercado muestra una muy baja concentración: en el año 2018 la participación de mercado del laboratorio líder (Roemmers) fue 8,4%, el indicador C4 fue de 22,7% y el HHI rondó los 300 puntos contabilizando laboratorios individuales. A su vez, esta estructura poco concentrada ha mostrado un claro 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 2011 y 2018 (por ejemplo, Casasco pasó de la posición 7 a la 2, Bagó pasó de la posición 2 a la 5, y Bayer pasó de la posición 3 a la 9).

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 12,3% 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.

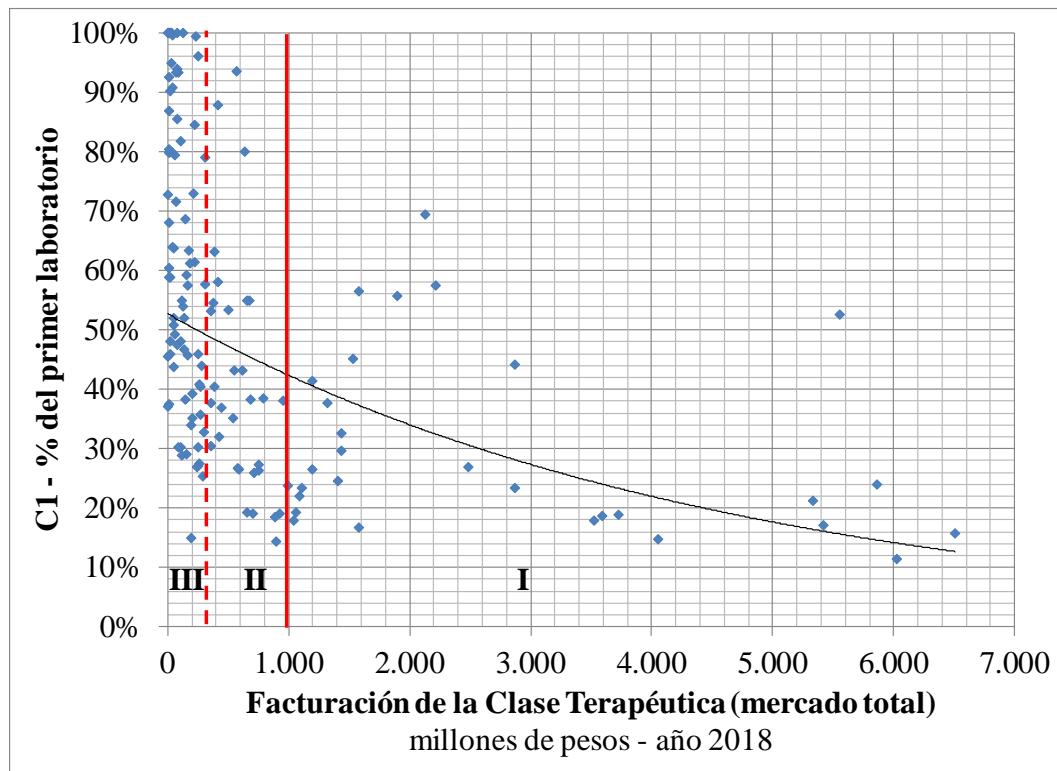
En lo que respecta al análisis al nivel de clases terapéuticas, se seleccionaron los laboratorios que ocuparon las primeras 5 posiciones en el ranking de ventas en al menos uno de los años 2012 a 2018 (en total ello llevó a seleccionar 6 “laboratorios líderes” en el período 2012-2018 –Roemmers, Casasco, Bagó, Bayer, Elea y Gador–, que en conjunto representaron el 30,7% de la facturación total del año 2018). Allí se observó entonces que en el período 2012-2018 sólo en 39 de las 161 clases terapéuticas analizadas participaron 4 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, teniendo presente que la comparación corresponde a las 133 clases terapéuticas de los grupos A, C, J, M y N (los cuales representan más del 66% de la facturación total de medicamentos en el canal farmacias), en primer lugar se observa un ingreso neto de laboratorios, lo que contradice una hipótesis de repartos de mercado o de comportamiento “estable”. En segundo lugar, en 46 clases terapéuticas los laboratorios no registran participación en los períodos 2008-2011 y 2012-2015 (8,8% de la facturación de los grupos terapéuticos A, C, J, M y N en 2018), en 41 clases terapéuticas los laboratorios líderes tienen *market share* conjunto inferior a 40% (43,1% de la facturación de los grupos terapéuticos A, C, J, M y N), y en las 46 clases restantes tienen participación de mercado mayor en alguno o ambos sub-períodos (48% de la facturación de los grupos considerados). En tercer lugar, dentro de estas 46 clases terapéuticas no se detectan aumentos de *market share* sistemáticos, de hecho, en varios casos se produce una reducción en los *shares*. Y en la mayoría de los casos en que se observan aumentos en *market share* grupal se trata de mercados de escasa facturación o que muestran un dinamismo de entradas y salidas. Finalmente, tampoco se detectan cambios en participaciones de mercado de distintos laboratorios líderes que luzcan como repartos de mercados en distintas categorías. A partir de esta evidencia, no se desprende que las empresas estén (i) manteniendo *market shares* en clases terapéuticas ni (ii) coordinando repartos de mercados apuntando a una especialización.

Sección 3: Competencia entre laboratorios a Nivel 3 de la clasificación de EphMRA

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 estudia la evolución de las variables precio, ventas y concentración en cada clase terapéutica (en lugar de acotarse solamente a los laboratorios líderes en dichas clases). El objetivo central en esta sección es analizar el comportamiento competitivo en los mercados relevantes definidos al Nivel 3, tomando especial nota de lo ocurrido en aquellas clases terapéuticas caracterizadas por un alto nivel de concentración en su oferta, característica *a priori* necesaria para la existencia de acuerdos colusivos.

A continuación, se analizan todas las clases terapéuticas a Nivel 3 – mercado total de los grupos terapéuticos A, C, J, M, N y R. Estos 6 grupos terapéuticos representaron el 73% de la facturación total de los laboratorios en 2018 y contienen 161 clases terapéuticas (ver Cuadro 1), de las cuales 140 contienen ventas superiores a los \$ 7 millones en 2018. Las Figuras 2 a 4 presentan una descripción de la participación de mercado del primer laboratorio (C1), la participación conjunta de los primeros 4 laboratorios (C4), y el indicador HHI para el grupo de dichas 140 clases terapéuticas, correspondientes al año 2018. La información de respaldo está disponible en el Cuadro A.2 del Anexo A.

Figura 2. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado del laboratorio más grande (C1). Mercado Total.



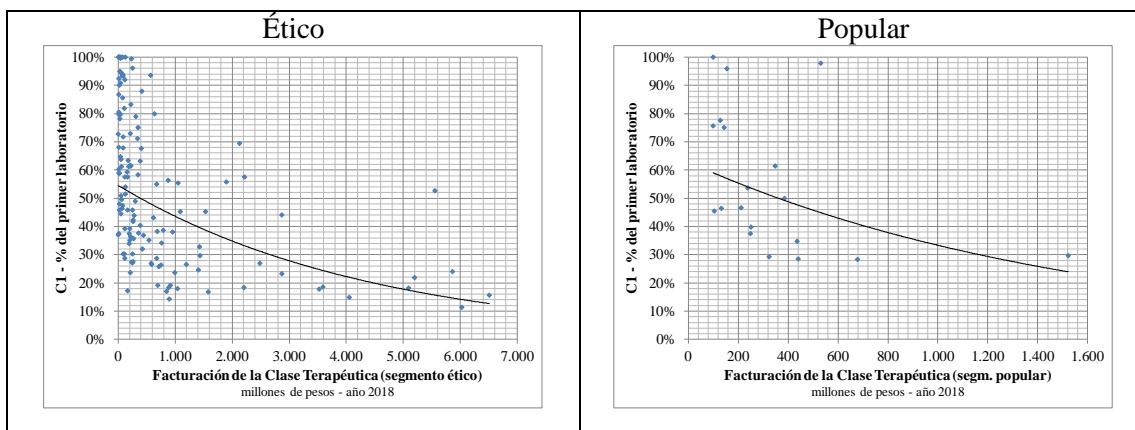
Fuente: Cuadro A.2 del Anexo A.

En la Figura 2 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 \$990 millones y

\$6.509 millones, que se ubican en el lado derecho –panel I– de la Figura 2) representan el 74% de las ventas de la muestra; las siguientes 30 clases terapéuticas con mayor facturación (entre \$356 millones y \$959 millones, ubicadas en la parte central –panel II– de la Figura 2) representan el 17% de las ventas de la muestra; mientras que el resto de las clases terapéuticas (80 clases terapéuticas, con facturación entre \$7 millones y \$354 millones, ubicadas en el lado izquierdo –panel III– de la Figura 2) representan el 9% de las ventas de la muestra.

A continuación, la Figura 2.b repite la Figura 2 para los segmentos ético (medicamentos de venta con receta, que incluye 137 clases terapéuticas) y popular (productos farmacéuticos de venta sin receta, que incluye 35 clases terapéuticas). Esta figura muestra que normalmente también hay una concentración decreciente con el tamaño de mercado considerando ambos segmentos por separado (siendo la concentración promedio mayor en el segmento popular, que contiene mercados con menor tamaño promedio en general).

Figura 2.b. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado del laboratorio más grande (C1). Segmentos ético y popular.

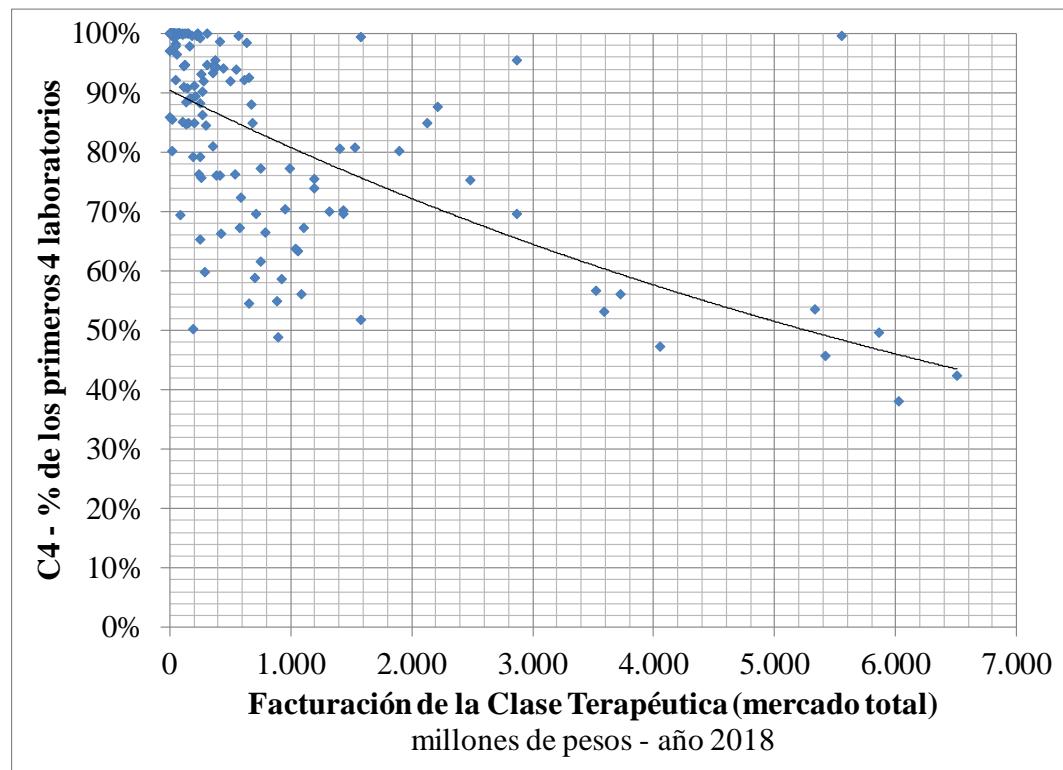


Fuente: Cuadro A.2 del Anexo A.

La Figura 3 presenta la relación entre la participación de mercado de los primeros 4 laboratorios (C4) y la facturación total de cada una de las 140 clases terapéuticas examinadas (la Figura 3.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.

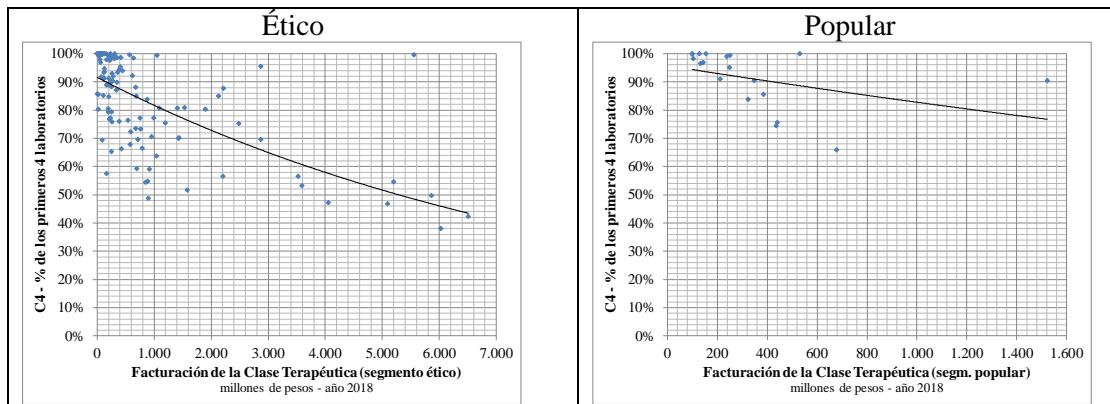
La Figura 4 y la Figura 4.b a su vez presentan la relación entre el indicador HHI y la facturación total para el grupo de 140 clases terapéuticas examinadas, confirmándose nuevamente la relación decreciente entre el nivel de concentración y el tamaño del mercado, cualquiera sea el índice de concentración utilizado.

Figura 3. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado de los 4 laboratorios más grandes (C4). Mercado total.



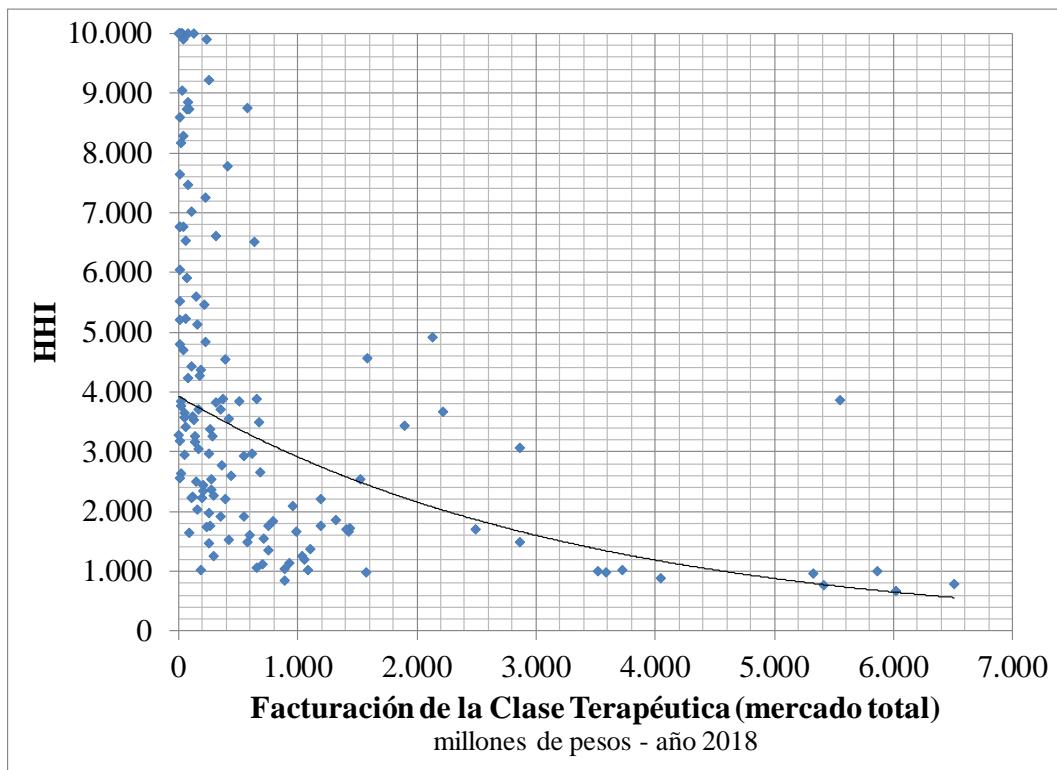
Fuente: Cuadro A.2 del Anexo A.

Figura 3.b. Facturación total de la clase terapéutica y participación de mercado de los 4 laboratorios más grandes (C4). Segmentos ético y popular.



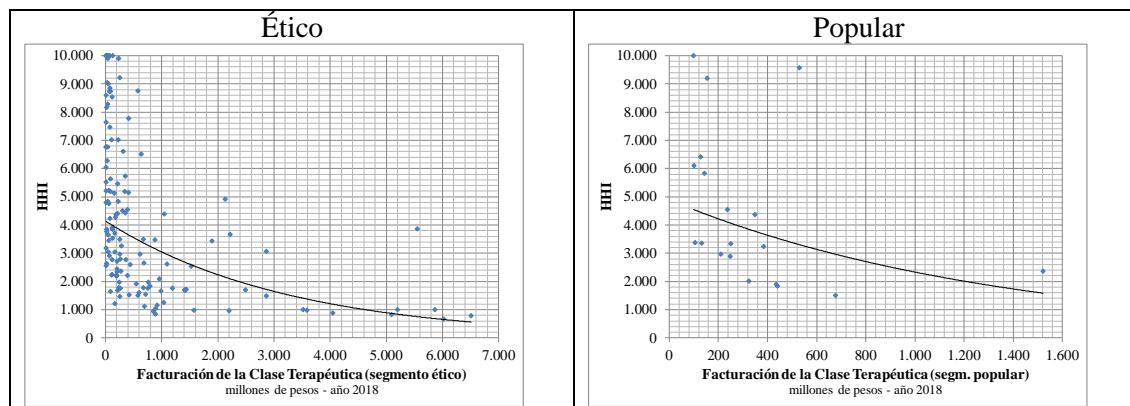
Fuente: Cuadro A.2 del Anexo A.

Figura 4. Facturación total de la clase terapéutica e indicador de concentración HHI. Mercado total.



Fuente: Cuadro A.2 del Anexo A.

Figura 4.b. Facturación total de la clase terapéutica e indicador de concentración HHI. Segmentos ético y popular.



Fuente: Cuadro A.2 del Anexo A.

Ahora bien, tomados en conjunto, los resultados expuestos en las Figuras 2 a 4 señalan que *a priori* sólo un sub-grupo de clases terapéuticas son susceptibles de contener comportamientos colusivos (aquellas 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 140 mercados relevantes definidos al Nivel 3? 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, un umbral de 2.000 puntos del HHI luce como el más prudente para definir un mercado concentrado (tal como lo establecieron los nuevos lineamientos para F&A en Argentina). En lo que respecta al umbral que define una facturación elevada, por ejemplo, un monto de \$700 millones del año 2018 incluye aquellas clases terapéuticas que acumulan cerca del 80% de la facturación total de los grupos terapéuticos considerados.

En tal sentido, la estrategia de análisis consistirá, en primer lugar, en examinar la evolución de precios del sector farmacéutico, haciendo especial énfasis en las 140 clases terapéuticas, y en segundo lugar, considerar la evolución del mercado (en este caso, durante el período 2012-2018) de las clases terapéuticas más representativas (combinando monto de facturación y nivel de concentración en el año 2018). Si no se identifican indicios de prácticas colusivas en los casos analizados es menos probable (o poco probable) que se encuentren en los casos dejados de lado.

3.1. 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 analiza la evolución del precio promedio de los medicamentos como paso previo del análisis detallado para clases terapéuticas, relegando a la Sección 4 un estudio más minucioso de distintas medidas de precios.

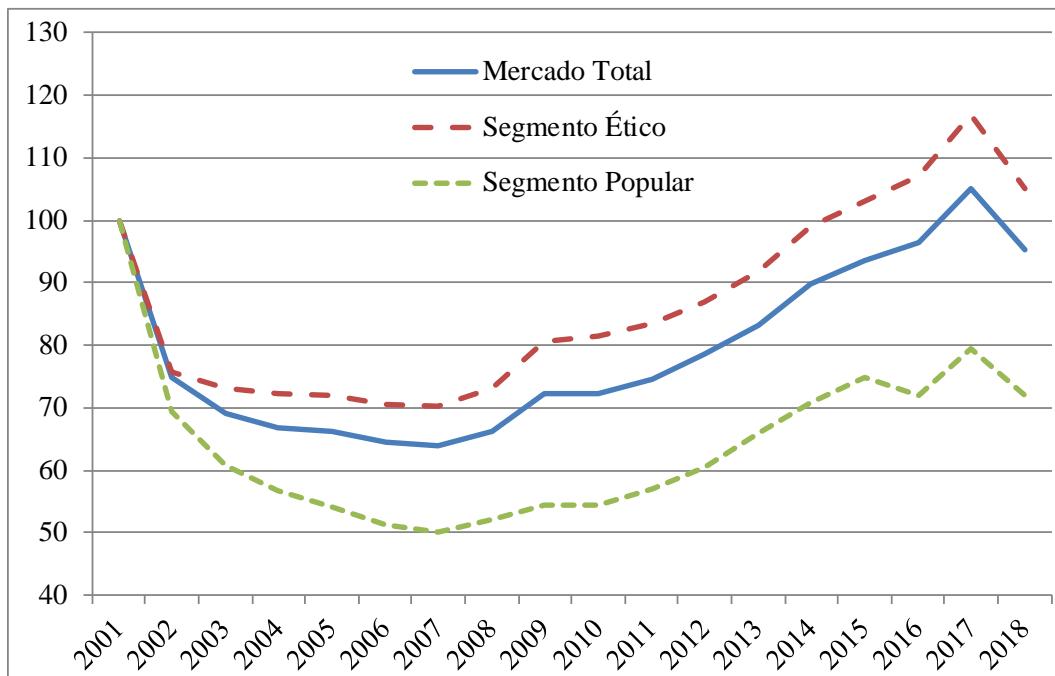
El indicador más básico y tradicional al que suele hacerse referencia en cualquier estudio de precios del sector es el denominado precio medio, computado a partir de dividir el monto de ventas total al mercado interno en moneda local por las unidades comercializadas de todos los medicamentos, de modo tal que en rigor constituye un precio promedio ponderado (por volumen de ventas) de todos los medicamentos comercializados. Cabe anticipar que este precio promedio es susceptible a cambios en los contenidos de cada unidad (caja), tanto a través del tiempo para un mismo medicamento como en la importancia de unidades de distinto tamaño de distintos medicamentos al variar el patrón de consumo de medicamentos, por lo cual se trata de un estadístico de baja calidad informativa (este punto se analiza en la Sección 4).

Este agregado se multiplicó (nominalmente) por 20 entre 2001 y 2018, mientras que el tipo de cambio (entre el peso argentino y el dólar estadounidense) se multiplicó por 29 y el Índice de Precios Mayoristas (IPIM) se multiplicó por 21 en el mismo período. Esto significa una leve caída en términos reales y una caída algo más significativa en dólares entre puntas. Sin embargo, esta comparación entre puntas oculta la evolución temporal de los mismos. La Figura 5 ilustra la evolución del precio real de los medicamentos (utilizando como deflactor el IPIM) desagregando el mercado total en ventas al segmento ético (con receta) y popular (sin receta). La Figura 6 hace lo propio para la comparación del precio de medicamentos en dólares.

Según se observa en la Figura 5, los precios de los medicamentos están en 2018, en promedio, levemente por debajo del nivel global en 2001, pero luego de haber pasado varios años en niveles inferiores, tanto por la devaluación real del peso (2002-2006) como por la regulación de precios máximos (2007-2015) a la que estuvo sujeta toda la economía, y transitoriamente por encima de dicho nivel en 2017. De hecho, los controles gubernamentales han sido un elemento utilizado para limitar el aumento real de los precios que habría acompañado la apreciación real de la moneda (al

cambio oficial) desde 2010.²⁹ Luego del período de control de precios, éstos continuaron la tendencia creciente (excepto los productos populares en 2016) hasta 2017, para luego volver a caer en 2018. Dentro de este patrón de comportamiento, los precios de los productos éticos y populares siguieron la misma tendencia general entre 2001 y 2018, pero en particular, los precios de los productos éticos aumentaron 5% en términos reales (respecto del precio promedio del mercado total), mientras que los precios de los productos populares cayeron 28% en términos reales.

Figura 5. Evolución del precio promedio ponderado de los medicamentos en términos reales. Índices base 2001=100.



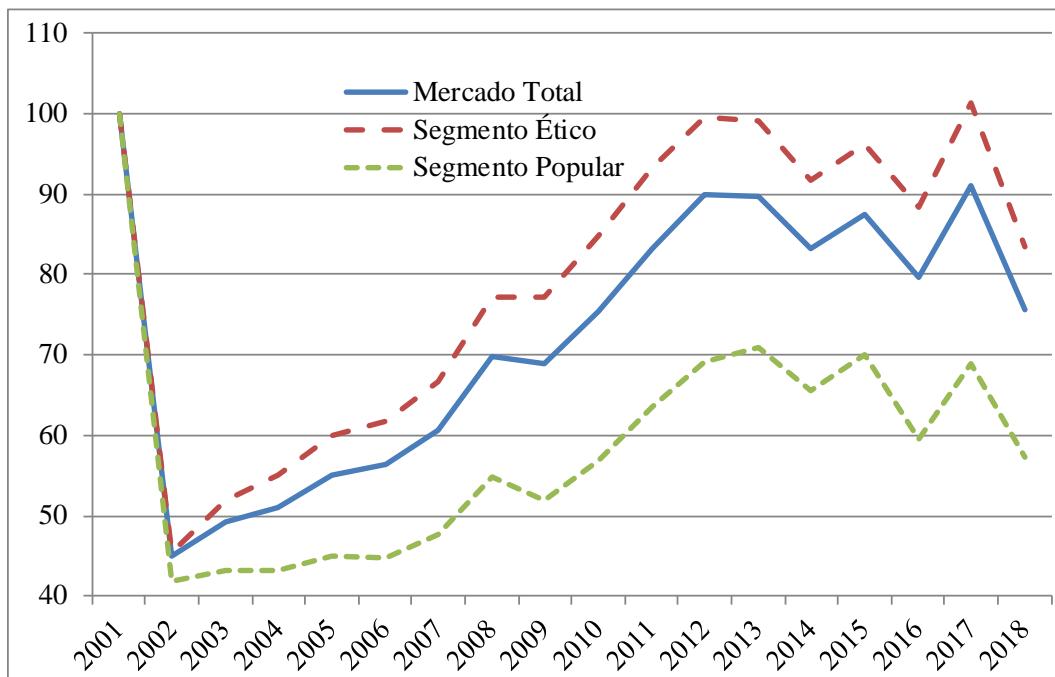
Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado es IPIM.

Por su parte, la Figura 6 muestra la evolución de precios en dólares. Los precios promedio en dólares de los medicamentos en 2018 están 24% por debajo de los niveles de 2001, (especialmente marcado en el caso de productos populares). Así, entre puntas, los precios promedio de los productos éticos están 17% por debajo de su nivel en 2001, mientras que los precios promedio de los productos populares cayeron 43%. Los resultados de la comparación dependen del año elegido. Sin embargo, aún en los años 2012 ó 2017, con excepción de un recupero en dólares de precios en el segmento ético, las conclusiones generales son similares.

Vale decir, sujeto a la calidad informativa limitada del precio promedio del conjunto de medicamentos vendidos por el canal farmacias, los precios en 2018 lucen en promedio inferiores a los del año 2001 (sin siquiera contar la inflación internacional que profundizaría la caída registrada de precios medidos en dólares constantes).

²⁹ El Anexo G presenta la evolución del tipo de cambio y de índices de precios. La Figura G.1 ilustra la evolución del tipo de cambio real.

Figura 6. Evolución del precio promedio ponderado de los medicamentos en dólares. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA, BCRA y Banco Nación.

A continuación, se extiende el análisis de la evolución de precios promedio al nivel de clases terapéuticas. De las 140 clases a Nivel 3– Mercado Total, identificadas al inicio de esta sección, en el año 2001 solamente 126 tenían ventas (124 de 138 en el segmento ético y 27 de 34 en el segmento popular). En términos generales, la evolución de precios promedio para las clases terapéuticas de los grupos A, C, J, M, N y R siguió la tendencia general (de caída real inicial y posterior recuperación parcial, afectada por las fluctuaciones del tipo de cambio), con algunas excepciones (clases terapéuticas que surgieron luego de 2001, clases específicas en las que se liberó una patente, etc.).

El Cuadro 9 muestra el incremento acumulado en los precios promedio de cada clase terapéutica, en términos reales (deflactados por IPIM) y en dólares, entre 2001 y 2018. La variación ponderado del precio real para el mercado total fue una caída de 1% (caída de 24% en dólares) y la categoría mediana registró una caída de 11% (32% en dólares); por su parte, en la clase que registró mayor aumento en el precio promedio real (J06E), éste ascendió a un poco más de 1500% (tratándose de un anti-infeccioso de escasa facturación: \$29,7 millones en 2018), mientras que en la clase que registró la mayor caída (M01C), ésta fue del 70%. De 126 clases, en 78 casos se registraron disminuciones en términos reales (100 casos en dólares), y en 48 casos se registraron aumentos (26 casos en dólares).

En el caso del segmento ético, el incremento en el precio promedio ponderado fue de 8% (caída de 17% en dólares) y la categoría mediana registró una caída de 9% en el precio real (30% en dólares); por su parte, en la clase que registró mayor aumento real (J06E), éste ascendió un poco más de 1500%, mientras que en la clase que registró la mayor caída (M01C), ésta fue de 7%. De 124 clases, se registraron disminuciones en 69 casos y aumentos en 55 casos (92 y 32 casos, respectivamente, en dólares).

Cuadro 9. Evolución de precios reales (deflactados por IPIM) en las clases terapéuticas de los grupos A, C, J, M, N y R entre 2001 y 2018.

	Precios reales (vs IPIM)			Precios en dólares		
	Mercado Total	Segmento Ético	Segmento Popular	Mercado Total	Segmento Ético	Segmento Popular
Aumentos	48	55	6	26	32	2
Disminuciones	78	69	21	100	92	25
Total de casos	126	124	27	126	124	27
Promedio	23%	29%	-18%	-6%	-2%	-37%
Mediana	-11%	-9%	-24%	-32%	-30%	-42%
Prom. ponderado	-1%	8%	-36%	-24%	-17%	-51%
Máximo	1536%	1536%	101%	1153%	1153%	54%
Mínimo	-71%	-71%	-82%	-78%	-78%	-86%

En el caso del segmento popular, la caída en el precio promedio ponderado fue del 36% (51% en dólares) y la categoría mediana registró una caída real de 24% (42% en dólares); por su parte, en la clase que registró mayor aumento real (A07B), éste ascendió al 100%, mientras que en la clase que registró la mayor caída real (A13A), ésta fue del 82%. De 27 clases, se registraron disminuciones en 21 casos (25 casos en dólares) y aumentos en 6 casos (2 casos en dólares).

El Cuadro 10 muestra los precios promedio de cada grupo terapéutico en 2018, en términos reales (deflactados por IPIM) y en dólares, en ambos casos considerando el nivel del año 2001 = 100. Asimismo, se incluye el valor de los respectivos índices para el total de medicamentos (Figura 5 y Figura 6), entre 2001 y 2018. Claramente la dispersión de aumentos y caídas en precios reales y en dólares (documentadas en el Cuadro 9) se ve resumida a nivel de grupos terapéuticos. En promedio, los productos del grupo “N – Sistema nervioso” y grupo “J – Anti-infecciosos”, son los que registraron mayores caídas, mientras que los productos del grupo “A – Sistema digestivo y metabolismo” y grupo “R – Sistema respiratorio” son los que registraron mayores aumentos.

Cuadro 10. Precios reales promedio (deflactados por IPIM) en 2018, con base 2001=100. Total medicamentos y grupos A, C, J, M, N y R - mercado total.

	IPIM	Dólares
Total Medicamentos	95,2	75,5
- A	115,4	88,4
- C	102,9	78,8
- J	63,7	48,8
- M	75,5	57,8
- N	63,7	48,8
- R	109,1	83,5

Fuente: elaboración propia en base a IQVIA. El valor del índice Total Medicamentos corresponde al total de productos farmacéuticos (ver Figura 5), no al de productos seleccionados.

En síntesis, hasta aquí existen clases terapéuticas que registraron incrementos de precios promedio reales y otras que registraron caídas. Por otro lado, al inicio de esta Sección 3 se presentó evidencia (consistente con la reportada en el DT#121) en cuanto a que los mercados con mayor facturación registraban menores niveles de concentración (en promedio). Asimismo, en la Sección 2.3 se analizaron las clases terapéuticas considerando la participación de los 6 laboratorios líderes.

Tomando todos estos elementos en consideración, se puede indagar la importancia de cada uno de dichos determinantes en los aumentos de precios reales verificados entre 2001 y 2018. Para ello se realizó un análisis de regresión para las 126 clases terapéuticas del mercado total y las 151 clases

terapéuticas por segmentos (126 del segmento ético y 27 del segmento popular), utilizando como variable dependiente el cambio real en precios promedio,³⁰ y como variables explicativas (i) el tamaño de mercado, (ii) el nivel de concentración en el mercado, y (iii) el rol de los laboratorios líderes. La ecuación estimada es la siguiente:

$$\Delta p_i = C_1 + C_2 LG + C_3 HHI_i + C_4 HHI_i * LG + C_5 \Delta HHI_i + C_6 \Delta HHI_i * LG + C_7 \ln(Val_i) + C_8 \ln(Val_i) * LG + e_i$$

donde HHI es el nivel de concentración de la clase terapéutica i (puede ser inicial -2001- o final -2018-), ΔHHI es el cambio en la concentración entre el año 2001 y 2018, Val es el valor de la clase terapéutica (facturación en pesos el año 2018), y LG es una variable artificial que toma valor 1 si en la clase terapéutica la participación de mercado de los 6 laboratorios líderes supera el 40% (conforme lo discutido en la Sección 2.3).

El objetivo de esta regresión es entender si los mayores incrementos (menores disminuciones) de precios promedio reales tuvieron lugar en (i) las clases terapéuticas más concentradas (coeficiente C_3), (ii) con mayor crecimiento en la concentración (coeficiente C_5) o de mayor tamaño (coeficiente C_7). Asimismo, se busca indagar si existen efectos diferenciales en aquellas clases terapéuticas en las que el *market share* de los laboratorios líderes excede el 40%, según se definió la variable LG (coeficientes C_2 para un efecto “nivel”, C_4 para un efecto diferencial en el nivel de concentración, C_6 para un efecto diferencial en el cambio en la concentración, y C_8 para un efecto diferencial en el tamaño de mercado). El método utilizado es de estimación robusta (que pondera los errores de la regresión minimizando el efecto de *outliers*). Se presentan dos conjuntos de regresiones, incluyendo y excluyendo la interacción de los efectos tamaño, concentración y cambio en la concentración con el efecto LG . Los resultados se sintetizan en el Cuadro 11, tanto para las 126 clases terapéuticas según la definición de mercado relevante –mercado total– como para las 151 clases terapéuticas según la definición de mercado relevante –segmento ético y popular–.

A partir de las ecuaciones (I) y (III) del Cuadro 11 se concluye que los mayores cambios en los precios promedio no se han dado en las clases terapéuticas más concentradas (coeficiente C_3), ni en las de mayor tamaño (coeficiente C_7), ni en las que mostraron mayor aumento en concentración (coeficiente C_5). En el primer caso, si bien el coeficiente es positivo, éste no es significativo. En los otros dos casos, los coeficientes de las ecuaciones (I) y (III) difieren de signo (nuevamente, con baja significatividad estadística).

Al desagregar las clases terapéuticas entre aquéllas con alta concentración (participación conjunta del 40% o mayor) de los laboratorios líderes, los resultados de todas maneras se mantienen. El “efecto nivel” para las clases con alta concentración de laboratorios líderes es negativo y no significativo (test de coeficientes C_1+C_2). Tampoco son significativos los efectos concentración y tamaño para estas clases (test de coeficientes C_3+C_4 y C_7+C_8), como así tampoco la relación entre cambios en concentración y cambios en precios (test de coeficientes C_5+C_6).³¹

³⁰ Dado que la diferencia entre puntas (2001 y 2018) en los precios mayoristas y en el tipo de cambio es un escalar, los resultados presentados a continuación no se ven modificados si se utilizan los cambios en precios promedio en dólares.

³¹ Las ecuaciones (I) y (III) consideran a todas las clases terapéuticas por igual, mientras que las ecuaciones (II) y (IV) tratan diferencialmente las clases terapéuticas en las que los laboratorios líderes tienen una participación conjunta superior al 40% ($LG=1$) del resto de las clases terapéuticas ($LG=0$). Así, por ejemplo, el coeficiente que relaciona el nivel de concentración con el cambio de precios es $C_3=0,0012$ en la ecuación (I). Cuando se distingue entre clases terapéuticas con alta participación conjunta de laboratorios líderes y resto, el coeficiente C_3 relaciona el nivel de concentración con precios cuando $LG=0$ (es decir, solamente las clases terapéuticas en las que los laboratorios líderes tienen baja participación), tomando un valor de -0,0008,

Cuadro 11. Análisis de regresión. Cambio en precios promedio reales 2001-2018 y factores de mercado (tamaño, concentración, y cambio en la concentración)

Ecuación		Mercado Total				Segmento Ético - Popular			
		(I)		(II)		(III)		(IV)	
	Variable	Coeficiente	desv. est.	Coeficiente	desv. est.	Coeficiente	desv. est.	Coeficiente	desv. est.
C(1)	C	4,3236	52,8647	57,8203	66,8494	-23,6297	48,7498	6,1191	60,0421
C(2)	LG			-88,0757	111,6264			-69,7530	108,2893
C(3)	HHI	0,0012	0,0019	-0,0008	0,0023	0,0014	0,0017	0,0005	0,0020
C(4)	HHI*LG			0,0050	0,0042			0,0037	0,0038
C(5)	DHHI0118	0,0000	0,0017	-0,0007	0,0021	0,0026*	0,0015	0,0033*	0,0019
C(6)	DHHI0118*LG			-0,0004	0,0042			-0,0025	0,0034
C(7)	ln(Val)	-0,9733	2,4789	-3,4610	3,1450	0,4355	2,3048	-0,9477	2,8623
C(8)	ln(Val)*LG			3,9313	5,2518			3,1810	5,0820
	C(1)+C(2)			-30,255	89,396			-63,634	90,119
	C(3)+C(4)			0,004	0,003			0,004	0,003
	C(5)+C(6)			-0,001	0,004			0,001	0,003
	C(7)+C(8)			0,470	4,206			2,233	4,199
	R-squared	0,007		0,015		0,012		0,024	
	Rw-squared	0,017		0,037		0,029		0,059	
	Observaciones	123		123		149		149	

Nota: estimación robusta. “desv. est.” es desvío estándar. * Significativo al 10%.

Por último, cabe notar que el modelo seleccionado, que considera tamaño de mercado, concentración y cambios en concentración (relevantes para la hipótesis general del trabajo), tiene capacidad explicativa baja (en otras palabras, los coeficientes R^2 ajustados, tanto en regresiones simples como en las ajustadas por métodos robustos, son bajos), aunque ello no debe opacar los efectos individuales significativos sí detectados y reportados previamente.

En síntesis, los cambios de precios promedio de cada clase terapéutica observados en este período se han dado para cualquier tamaño y concentración de mercado, por lo cual en los casos en que ha habido aumentos reales éstos *a priori* no pueden ser interpretados como un indicio de que exista algún comportamiento no competitivo. Vale decir, los cambios observados en los precios promedio de los medicamentos a nivel general de la industria y al Nivel 3 para las clases terapéuticas examinadas (aumentos y disminuciones entre 2001 y 2018) no parecen ser el resultado de una conducta coordinada anti-competitiva.

3.2. Análisis de concentración en clases terapéuticas seleccionadas

Si bien en la Sección 3.1 se obtuvieron resultados que no se condicen con un mercado que se comporta coordinadamente de forma anti-competitiva, podrían existir situaciones a nivel de clases terapéuticas que no se pueden identificar en un enfoque que las analiza globalmente (como ocurrió en la Sección 3.1). Por otro lado, en la Sección 2.3 se concluyó sobre una ausencia de evidencia en los casos con mayor potencial para la existencia de acuerdos colusivos en los distintos mercados relevantes a nivel de clases terapéuticas, cuando se enfoca en aquéllas en las que los laboratorios

y la suma de coeficientes C_3+C_4 relaciona el nivel de concentración con precios cuando $LG=1$ (es decir, en las clases terapéuticas en las que los laboratorios líderes tienen alta participación), tomando un valor de 0,004. Alternativamente, el coeficiente C_4 mide el efecto “incremental”, en los mercados con alta participación de laboratorios líderes, de la relación entre concentración y precios. Los otros coeficientes que interactúan con LG tienen la misma interpretación.

líderes tienen, en conjunto, alta participación. En tal sentido, en esta sección se complementan los resultados anteriores, revisando en mayor detalle la evolución de las participaciones de mercado de los laboratorios que compiten en un conjunto de clases terapéuticas. Estas clases terapéuticas se seleccionaron de acuerdo a:

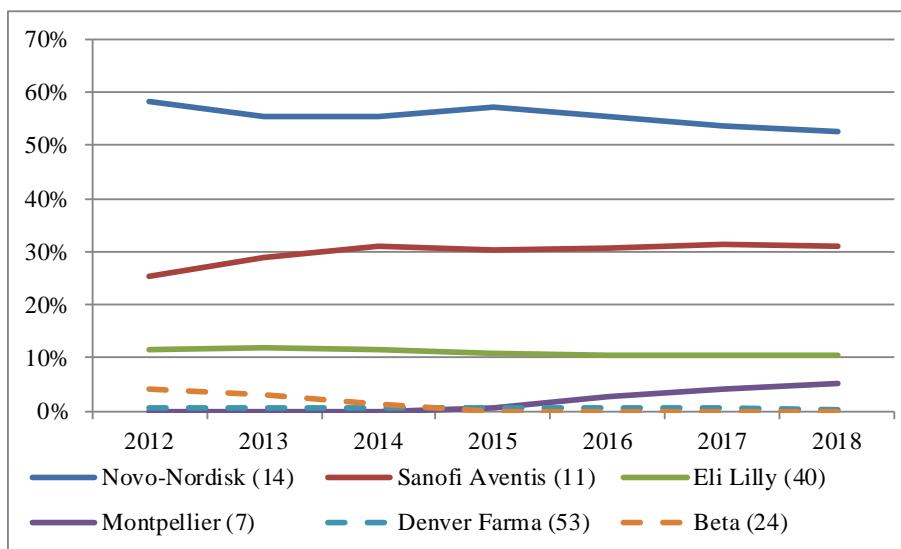
- (i) una combinación de alta facturación y alta concentración (9 casos): A10C, R03F, J01C, A10J, C09A, A03D, N05C, M05X y N02B;
- (ii) variaciones extremas en precios (8 casos): M03A, J06E, J06G, N06B; M01C, N07D, R04A y A13A;
- (iii) alta facturación y baja concentración (4 casos): N03A, C10A, C09C y A02B; y
- (iv) otras clases terapéuticas analizadas explícitamente en el cuerpo principal del DT#121, que difieren de las anteriores (4 casos): N02C, M01A, N05A y C03A.

Estas 25 clases terapéuticas, junto con las 5 discutidas explícitamente en la sección 2.3 (A08A, A11B, C10B, J05C y N07A), totalizan 30 casos, que representan el 46% de la facturación de los 6 grupos terapéuticos del Cuadro 1 y el 40% de la facturación total de medicamentos. Para evitar repetición de conclusiones individuales, en todos los casos se busca evidencia de inestabilidad o estabilidad en las participaciones de mercado de los laboratorios, complementada por actividad innovadora, y en menor medida, por información de precios que resulte útil (dado que la conclusión general sobre los cambios en precios ya fue expuesta en la Sección 3.1), durante el período 2012 – 2018, sintetizando las conclusiones en la Sección 3.3.

Clase terapéutica A10C – Insulinas humanas más análogos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 5.553 millones en el año 2018 (siendo la cuarta clase en tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 3,7% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 53%, y el indicador HHI fue 3.871. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

Figura 7. Participaciones de mercado de la clase terapéutica A10C, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

En el año 2018 hay 4 laboratorios activos productores de insulinas humanas, todos ellos distintos de los laboratorios líderes (ver Figura 7). El laboratorio Novo Nordisk está ubicado en el puesto 14 del ranking de 2018, Sanofi Aventis en el puesto 11, Eli Lilly en el 40 y Montpellier en el puesto 7. En

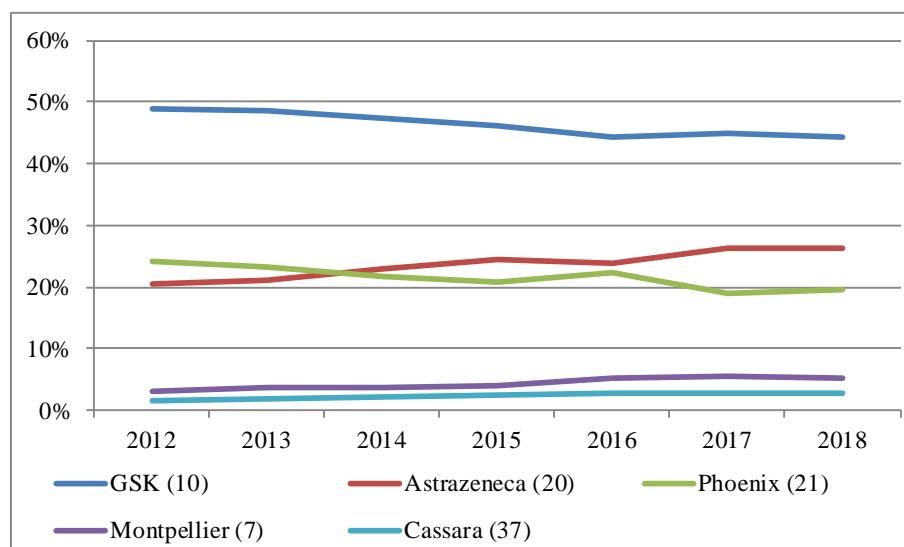
el período 2012-2018 salió Beta (que tenía 4% de participación en 2012) e ingresó Montpellier (alcanzando 5% en 2018). El laboratorio líder –Novo Nordisk– perdió 5 puntos y Sanofi Aventis ganó 6 puntos. Esta clase terapéutica se ubica cuarta en aumentos de precios en el período 2001-2018. En el DT#121 ya se había detallado que en esta clase hay muchas innovaciones que ayudan a explicar el fuerte aumento de precios registrado durante la última parte de la década del 2000. Entre 2012 y 2018, las empresas siguieron introduciendo productos (la insulina Tresiba Flex de Novo-Nordisk lanzada en 2014 alcanzó un share de 14% en 2018, levemente por debajo del share del producto más vendido –Novorapid, de esta misma empresa–; por su parte, en 2017 se lanzaron los productos Toujeo de Sanofi Aventis, con 2,5% de share en 2018, y Basaglar de Eli Lilly, con 0,6% de share en 2018).

Clase terapéutica R03F – Antagonistas combinados corticoides

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 2.868 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 11 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 1,9% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 44%, y el indicador HHI fue 3.068. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

En el año 2018 hay 9 laboratorios activos, de los cuales 6 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes 3 tienen poca presencia. La Figura 8 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 5 laboratorios (incluyendo su ubicación en el ranking global). Ninguno de estos laboratorios pertenece al grupo de laboratorios líderes. Comparando con la situación del año 2012, el laboratorio con mayores ventas en esta categoría, Glaxosmithkline (GSK, ubicado en el puesto 10 del ranking de 2018) perdió 5 puntos de share, AstraZeneca ganó 6 puntos, Phoenix perdió 5 puntos, y Montpellier y Cassara ganaron 2 puntos, respectivamente.

Figura 8. Participaciones de mercado de la clase terapéutica R03F, período 2012-2018.



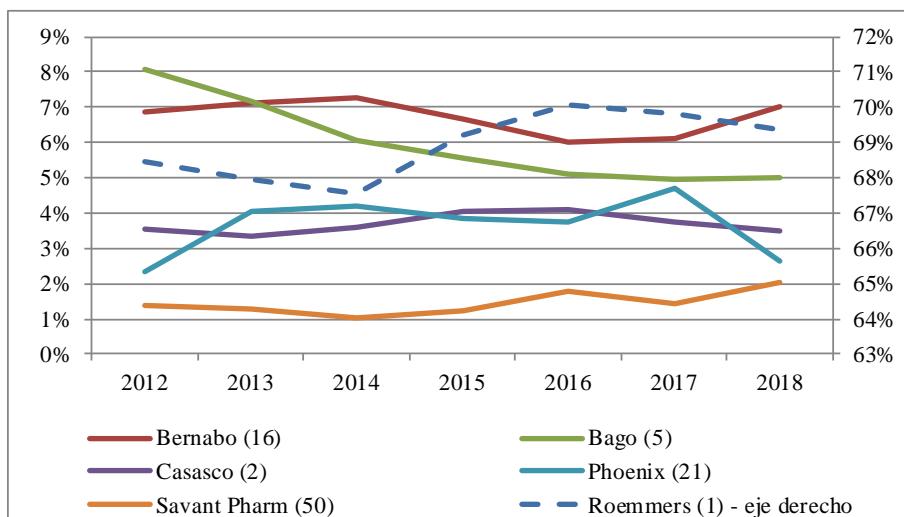
Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica J01C – Penicilinas de amplio espectro

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 2.128 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 15 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 1,4% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 69%, y el indicador HHI fue 4.920. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

El primer laboratorio en este mercado es Roemmers, con una alta participación de mercado (69% de la facturación en 2018, según surge de la Figura 9), lograda con sus productos Optamox y Amoxidal. Dentro del restante 30%, Bernabó pasó del tercer al segundo lugar entre 2012 y 2018 (7% de la facturación en 2018), desplazando a Bagó. Este último laboratorio tuvo una participación de 5% en 2018, luego de haber perdido su posición histórica (había alcanzado 22% con sus productos Trifamox, Trifamox IBL y Trifacilina en la década pasada). Por su parte, Casasco mantuvo una participación cercana al 4% (este laboratorio ingresó a la clase terapéutica en 2007).

Figura 9. Participaciones de mercado de la clase terapéutica J01C, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis. La participación de mercado de Roemmers se representa en el eje derecho. La banda en ambos ejes es la misma para que los cambios de participación estén graficados en la misma escala.

Más allá de que este mercado de penicilinas ha presentado históricamente poca actividad en innovaciones, en el período 2012-2018 se han observado nuevos lanzamientos, aunque en este caso con baja repercusión (Savant Pharm hizo 2 lanzamientos en 2013, Fecofar hizo un lanzamiento en 2014, Bagó hizo un lanzamiento en 2016, Microsules hizo un lanzamiento en 2017, Klonal realizó tres lanzamientos entre 2016 y 2017, Bagó lanzó un producto en 2014 y Casaco lanzó uno en 2018, en todos los casos alcanzando participaciones marginales).

Por último, esta categoría mantuvo los precios por debajo del promedio de medicamentos. (Según se ilustró en la Figura 5, el índice de precios de medicamentos éticos fue 105 en 2018, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 84 en 2018).³²

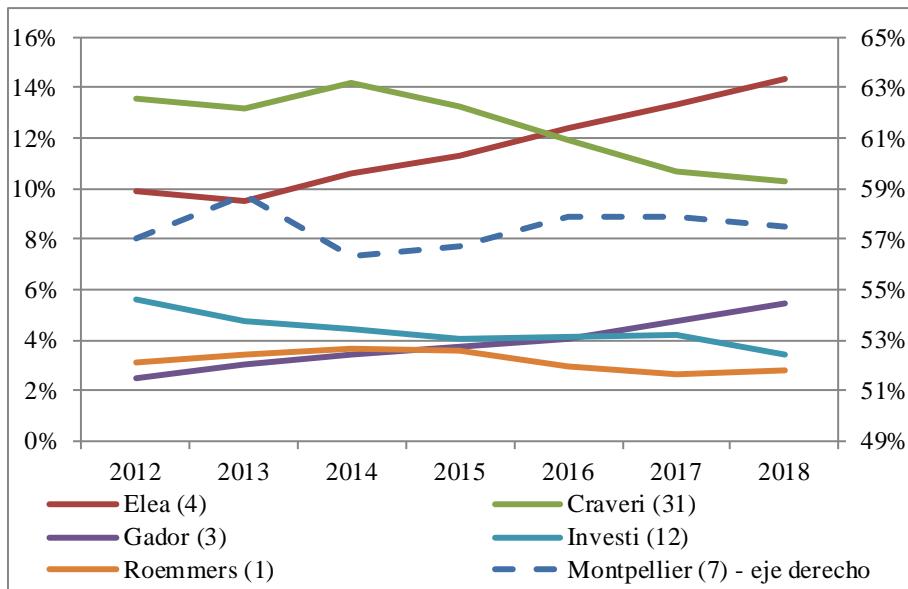
Clase terapéutica A10J – Antidiabéticos biguanidas

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 2.216 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 14 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 1,4% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 58%, y el indicador HHI fue 3.677. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

³² Salvo que se considere relevante, en todos los casos ilustrados dentro de la esta Sección 3.2 se hace referencia a los índices de precios entre 2001 y 2018 (comparando, en general, la Figura 5 con los cuadros del Anexo B).

En el año 2018 hay 18 laboratorios activos, de los cuales 8 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes 10 tienen menor presencia. La Figura 10 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios (incluyendo su ubicación en el ranking global). El primer laboratorio en este mercado es Montpellier (posición 7 en el ranking de laboratorios), con una alta participación de mercado (58% de la facturación en 2018, habiendo oscilado entre 56% y 59% en el período de análisis). El segundo es Elea, con una participación de 14% (este laboratorio ganó 4 puntos entre 2012 y 2018). Craverí ostentó una participación de 10% en 2018 (habiendo perdido 4 puntos desde 2014), Gador tuvo una participación de 5% (habiendo ganado 3 puntos desde 2012), Investi perdió 3 puntos en el período para quedarse con 3% en 2018, y Roemmers tuvo una baja participación, oscilando entre 3% y 4%.

Figura 10. Participaciones de mercado de la clase terapéutica A10J, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis. La participación de mercado de Montpellier se representa en el eje derecho. La banda en ambos ejes es la misma para que los cambios de participación estén graficados en la misma escala.

Además de contar con un número importante de laboratorios, este mercado se caracteriza por la oferta de múltiples productos por parte de cada uno de ellos (Montpellier: 5; Elea: 7; Craverí: 5; Gador: 5). En este contexto, en el período 2012-2018 se han producido nuevos lanzamientos, aunque con baja repercusión (Gador introdujo un producto en 2013, Teva, Beta, Sanofi y Savant Pharm hicieron lanzaron un nuevo producto cada uno en 2014).

Por último, esta categoría mantuvo los precios por debajo del promedio de medicamentos (según se ilustró en la Figura 5, el índice de precios de medicamentos éticos fue 105 en 2018, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 97 el mismo año).

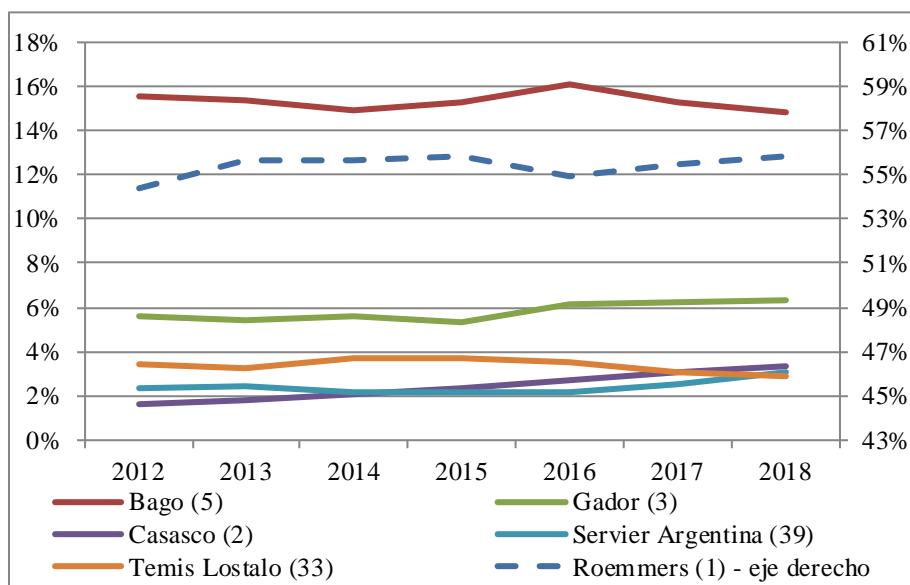
Clase terapéutica C09A – Inhibidores ECA solos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 1.899 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 16 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 1,3% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 56%, y el indicador HHI fue 3.427. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

En el año 2018 hay más de 20 laboratorios activos, de los cuales 12 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. La Figura 11 ilustra la evolución de la

participación de mercado de los primeros 6 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Roemmers, con una participación de mercado de 56% de la facturación en 2018 (la misma osciló entre 54% y 56% en el período de análisis). El segundo es Bagó, con una participación de 15%, seguido por Gador, con una participación de 6%. Sanofi Aventis, Temis Lostaló y Casasco tuvieron una participación de 3%, cada uno. Si bien en esta clase terapéutica se identifican pocas oscilaciones en las participaciones de mercado en el período de análisis (el mayor cambio fue de 2 puntos), por otro lado, se registró una caída de precios en términos reales (según se ilustró en la Figura 5, el índice de precios de medicamentos éticos fue 105 en 2018, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 71 en el mismo año).

Figura 11. Participaciones de mercado de la clase terapéutica C09A, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis. La participación de mercado de Roemmers se representa en el eje derecho. La banda en ambos ejes es la misma para que los cambios de participación estén graficados en la misma escala.

Clase terapéutica A03D – Antiespasmódicos / Analgésicos combinados. Mercado total y segmentos ético y popular

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 1.581 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 17 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 1,0% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 56%, y el indicador HHI fue 4.571. El segmento ético representa un 66% de la clase terapéutica (\$ 1.051 millones). La participación del laboratorio más grande es 55% y el HHI es 4.396. Por su parte, el segmento popular representa un 34% de la clase terapéutica (\$ 530 millones). La participación del laboratorio más grande es 98% y el HHI es 9.563.

La Figura 12 ilustra las participaciones de mercado de los principales laboratorios en esta clase terapéutica, para dos definiciones posibles de mercado del producto (mercado total y segmento ético).³³

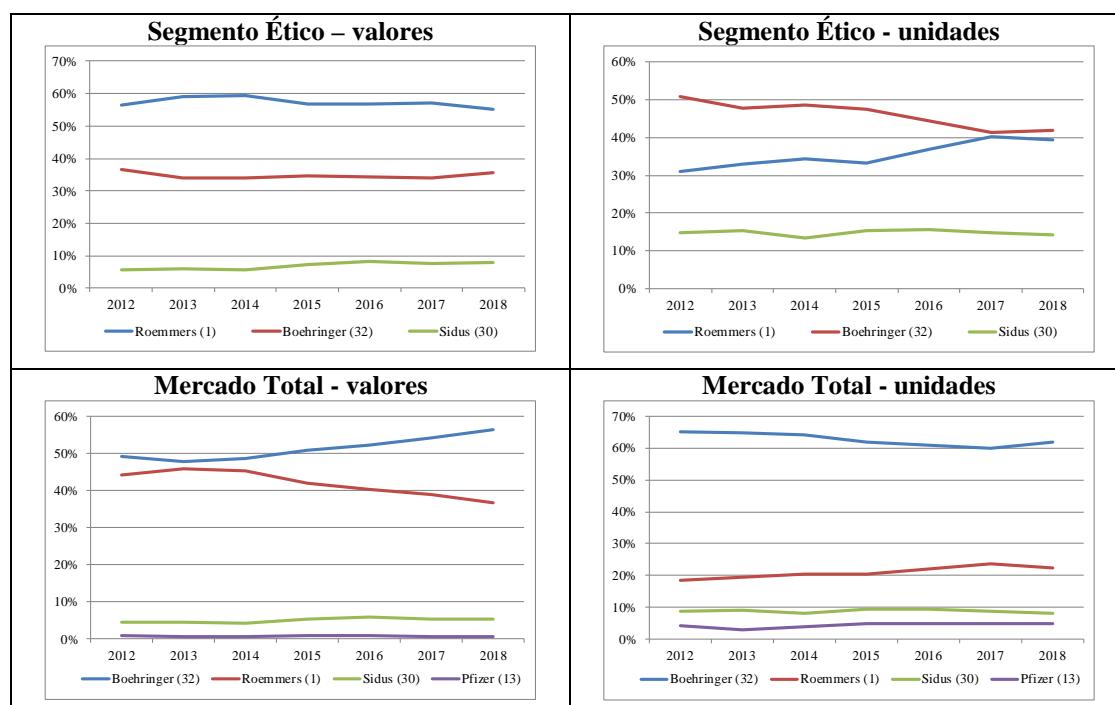
³³ La situación del segmento popular es relativamente estable. La participación de Boehringer fue creciente de 93% a 98% entre 2012 y 2018, y la del segundo laboratorio, Pfizer, cayó del 5% en 2012 al 2% en 2018.

Los laboratorios participantes en esta clase terapéutica son Roemmers (número 1 del ranking), Boehringer (32), Sidus (30) y, en menor medida, Pfizer (13). Tanto en el segmento ético como en el segmento popular, los *market shares* en valores han sido relativamente estables en el período de análisis (ver panel superior izquierdo de la Figura 12 y observaciones en la nota al pie 33).

Sin embargo, al analizar en mayor detalle esta clase terapéutica, el principal producto de Boerhinger (Buscapina Compuesta) tiene presencia en ambos segmentos mientras que el principal producto de Roemmers (Sertal Compuesto) se comercializa por el canal ético. Si se consideran ambos segmentos en una definición de mercado relevante de producto, se observa un incremento en la participación de Boerhinger de 7 puntos acompañado por una caída en la participación de Roemmers de 7 puntos, entre 2013 y 2018 (ver panel inferior izquierdo de la Figura 12).

Complementando esta evidencia, vale la pena destacar que el precio de los productos más importantes de Boerhinger se multiplicó por un factor entre 7,1 y 6,6 entre 2012 y 2018 (y, en particular, aumentaron entre 216% y 272% entre 2015 y 2018), mientras que el precio del Sertal Compuesto de Roemmers se multiplicó por 3,9 (y, en particular, aumentó 139% entre 2015 y 2018). Consecuentemente, este fuerte cambio en precios relativos tuvo efecto en las cantidades. Así, por ejemplo, la brecha de cantidades entre Boerhinger y Roemmers se redujo, como es esperable en un contexto competitivo (en el segmento ético, ésta disminuyó de 20 puntos en 2012 a casi nula 2018 – ver panel superior derecho de la Figura 12 – mientras que, en el mercado total, ésta se redujo en 8 puntos –ver panel inferior derecho de la Figura 12).

Figura 12. Participaciones de mercado en la clase terapéutica A03D (segmentos ético y popular, y mercado total), período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

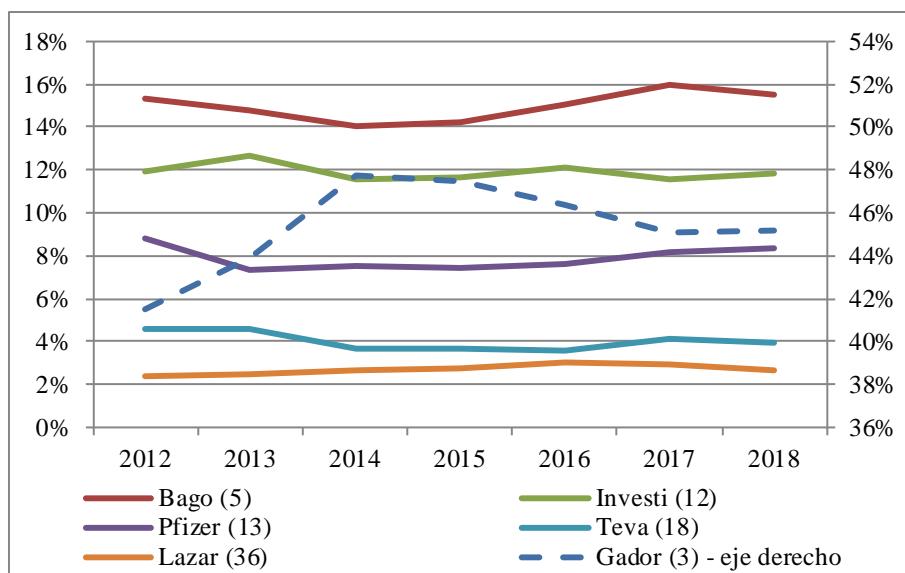
Clase terapéutica N05C - Tranquilizantes

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 1.528 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 19 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 1,0% de las ventas

totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 45%, y el indicador HHI fue 2.535. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

En el año 2018 hay más de 25 laboratorios activos, de los cuales 12 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen una presencia menor. La Figura 13 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Gador, con una participación de mercado de 45% de la facturación en 2018 (la misma osciló entre 42% y 48% en el período de análisis). El segundo es Bagó, con una participación de 15%, seguido por Investi (participación de 12%), Pfizer (participación de 8%), Teva (participación de 4%) y Lazar (participación de 3%). Los cambios en las participaciones de los laboratorios corresponden a ganancias o pérdidas de ventas de sus productos existentes (no se observan innovaciones recientes). Por último, la variabilidad en *shares* se dio en un contexto de leve caída de precios reales (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, el de todos los medicamentos fue 95, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 91).

Figura 13. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N05C, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis. La participación de mercado de Gador se representa en el eje derecho. La banda en ambos ejes es la misma para que los cambios de participación estén graficados en la misma escala.

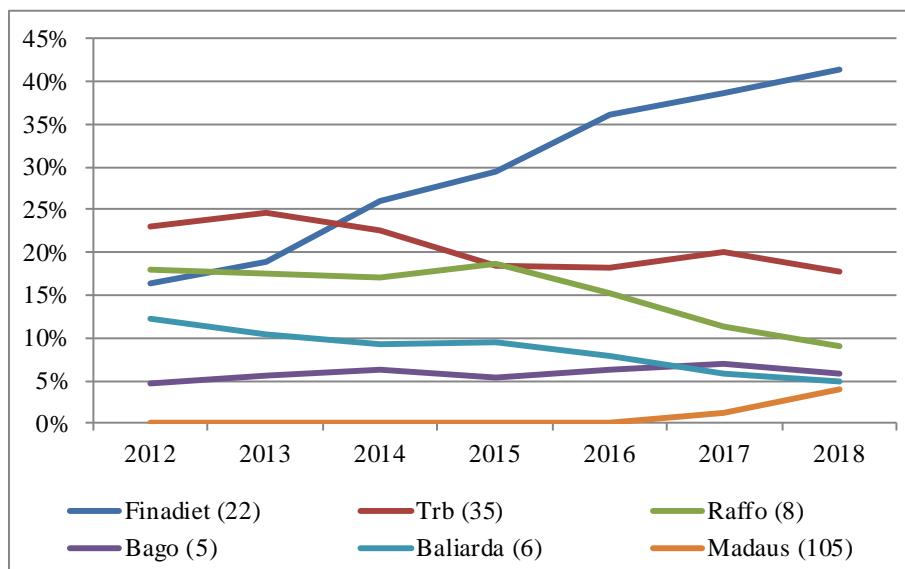
Clase terapéutica M05X – Otros productos músculo-esqueléticos – Segmento ético³⁴

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 1.197 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 24 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 0,8% de las ventas totales de medicamentos). El segmento ético registró ventas por \$ 1.092 millones (91% de la clase terapéutica). En este segmento, la participación del laboratorio más grande fue de 41% y el indicador HHI fue 2.215.

³⁴ Esta clase terapéutica registra ventas en el segmento popular, pero de escaso monto (\$ 105 millones en 2018). La participación del laboratorio más grande fue de 45% y el indicador HHI fue 3.367. En el texto principal se analiza solamente el segmento ético.

En el año 2018 hay más de 20 laboratorios activos, de los cuales 12 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. La Figura 14 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Finadiet (22 en el ranking de laboratorios), quien aumentó significativamente su participación de 16% en el 2012 a 41% en 2018, a través de mayores ventas de su producto Derrumal 300, pero también con innovaciones de los productos Cruzal y Cruzal L20 (conjuntamente, 8,4% en 2018). El segundo laboratorio es Trb (35), con una participación de 18%, quien perdió 5 puntos entre 2012 y 2015 y ganó esporádicamente 2 puntos en 2017. Parte del sostenimiento de su *share* se puede explicar por el cambio de productos (el Maxiostenil Plus aumentó su participación de 2% en 2012 a 6% en 2018, mientras que Maxiotensil la redujo de 11% a 3%). Por su parte, Raffo (8) perdió 10 puntos de participación desde su pico de participación de 19% en 2015 a 9% en 2018; Baliarda (6) perdió 7 puntos entre 2012 y 2018, logrando 5% en el último año; y Madaus (105) ganó 4 puntos desde su ingreso en 2016. En cambio, la participación de Bagó (5) fue oscilando entre 5% y 7%, para ubicarse en 6% en 2018.

Figura 14. Participaciones de mercado de la clase terapéutica M05X – segmento ético, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

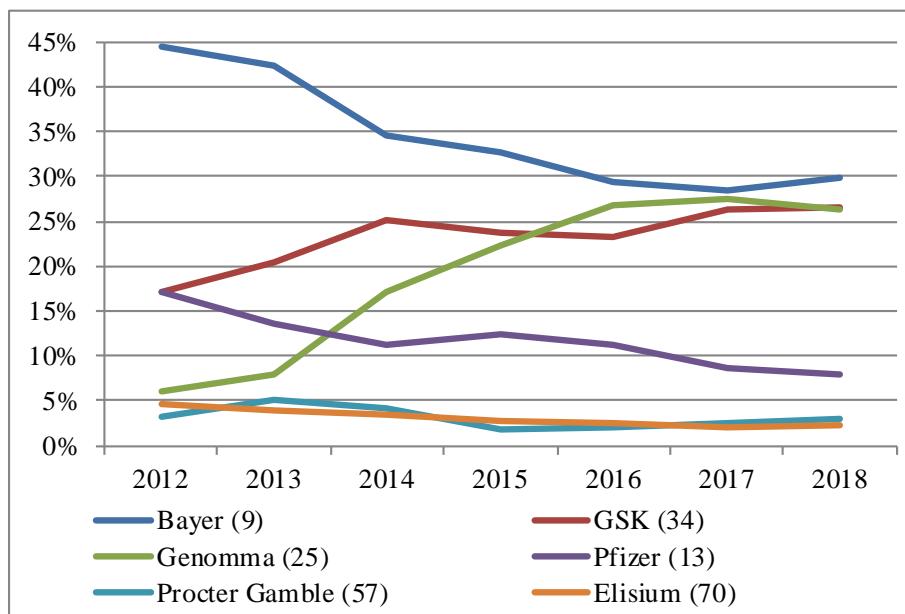
Clase terapéutica N02B – Analgésicos no narcóticos / Antipiréticos – Segmento popular

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 3.723 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 8 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 2,5% de las ventas totales de medicamentos). El segmento ético representa el 59% de la clase terapéutica (\$ 2.202 millones) y está muy desconcentrado (HHI de 967). El segmento popular representó 41% de la clase terapéutica (\$ 1.331 millones), y es el segmento de mayor facturación entre los medicamentos sin receta. A su vez, la participación del laboratorio con mayores ventas fue 30% y el indicador HHI ascendió fue de 2.360.

En el año 2018 hay más de 20 laboratorios activos en el segmento popular de la clase N02B, de los cuales 7 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen una presencia menor. La Figura 15 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Bayer (9 en el ranking de laboratorios), quien disminuyó significativamente su participación de mercado de 44% en el 2012 a 30% en 2018. Por su parte,

GSK (34) aumentó su participación de 17% a 26%, ubicándose en el segundo lugar, combinando mayores ventas de productos existentes y la introducción de Ibu Evanol Max. Con una participación casi similar, se ubica en tercer lugar Genomma (25), quien ganó 20 puntos, con una combinación de mayores ventas de su principal producto -Tafirol- y la introducción de los productos Matrix y Bengue en 2014. Pfizer (13), en cambio, perdió 9 puntos, para ubicarse en el cuarto lugar con 8% de participación. La participación de mercado de los otros laboratorios de la figura –Procter & Gamble (57) y Elisium (70)– osciló entre 2% y 5% en el período analizado.

Figura 15. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N02B – segmento popular, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

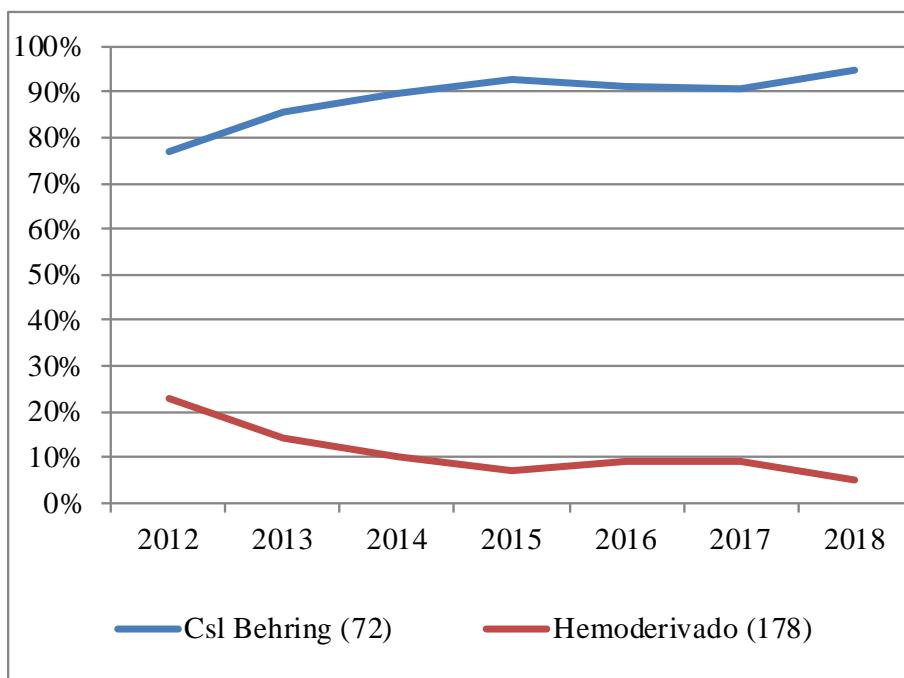
Clase terapéutica J06E – Inmuno-globulina polivalente

Esta clase es la que registró el mayor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 1.636).

Las ventas del año 2018 ascendieron a \$ 30 millones, correspondiendo solamente en el segmento ético, de modo que se trata de un mercado muy pequeño. La participación del laboratorio más grande fue de 95%, y el indicador HHI fue 9.037.

La Figura 16 ilustra la evolución de la participación de mercado de los dos laboratorios activos entre 2012 y 2018. En este caso, el laboratorio líder CSL Behring aumentó su participación en 18 puntos para lograr un share de 95% en 2018, vs. el otro laboratorio que compite en la clase terapéutica, Hemoderivado. En este mercado, el laboratorio líder en el año 2001 fue Gador, con un producto de bajo precio; en 2008-2011 el laboratorio líder fue Hemoderivado (Inmuno en ese período) con un producto de bajo precio –\$ 360 en 2018–; y luego de ingresar en 2012, en la actualidad el líder es CSL Behring con un producto de mayor precio relativo –\$ 11.160 en 2018–. En conclusión, el incremento en el precio promedio de esta clase terapéutica de baja facturación resulta de un efecto mix (por la introducción de un producto caro), sin evidencia consistente con la existencia de un acuerdo entre laboratorios.

Figura 16. Participaciones de mercado de la clase terapéutica J06E, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica M03A – Miorrelajantes actividad periférica

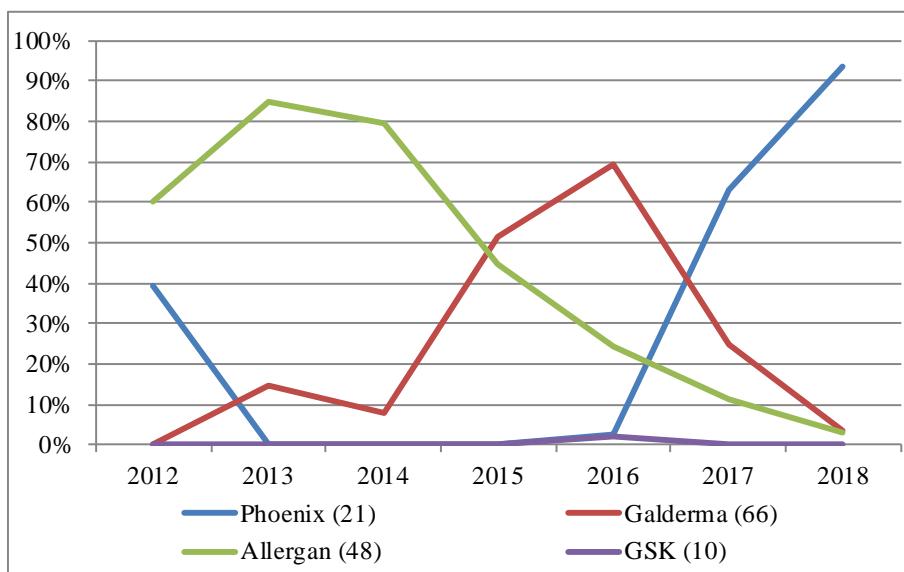
Esta clase es la que registró el segundo mayor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 1.040).

Las ventas del año 2018 ascendieron a \$ 91 millones, correspondiendo solamente al segmento ético, de modo que se trata de un mercado muy pequeño. La participación del laboratorio más grande fue de 93%, y el indicador HHI fue 8.733.

La Figura 17 ilustra la evolución de la participación de mercado de los laboratorios activos entre 2012 y 2018. Se observan cambios significativos en los participantes de este mercado. Por ejemplo, Phoenix (21 en el ranking de laboratorios) ocupaba el segundo puesto en el 2012, para luego dejar de vender su producto por 3 años, reintroducirlo en 2016, y ubicarse en el primer puesto en 2018 (93% de participación). Por su parte, Galderma (66) introdujo un producto en 2013, logró un máximo de participación de 70% en 2016, y luego prácticamente la perdió hasta llegar al 4% en 2018. Allergán (48) tuvo una alta participación (85%) en 2013, que luego fue perdiendo hasta llegar al 3% en 2018. Por otro lado, los productos individuales tienen precios muy diferentes (por ejemplo, el precio de Xeomin de Phoenix fue \$ 5.391 en 2018, mientras que el precio de Dysport de Galderma fue \$ 12.593 en 2018, y el precio de Tracrim de GSK –que era el producto líder en 2001– fue \$ 190 en 2018), de modo que el incremento de precios incluye un fuerte efecto *mix*.³⁵

³⁵ Dada la magnitud del mercado (menos de \$ 100 millones en 2018) no se considera importante indagar en este efecto *mix*.

Figura 17. Participaciones de mercado de la clase terapéutica M03A, período 2012-2018.

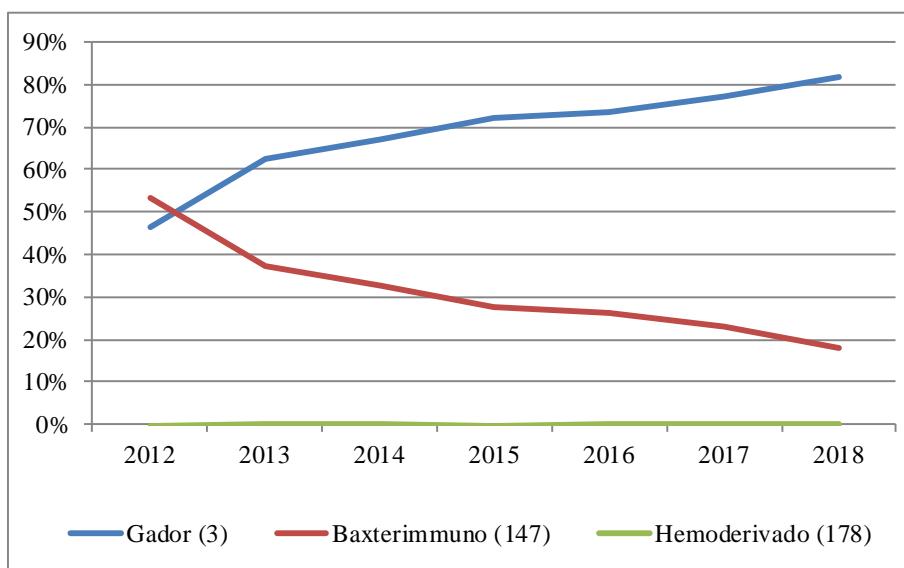


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica J06G – Inmunoglobulinas Específicas - antibacterianos

Esta clase es la que registró el tercer mayor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 382). Las ventas del año 2018 ascendieron a \$ 110 millones, correspondiendo solamente al segmento ético. La participación del laboratorio más grande fue de 82%, y el indicador HHI fue 7.025.

Figura 18. Participaciones de mercado de la clase terapéutica J06G, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

La Figura 18 ilustra la evolución de la participación de mercado de los laboratorios activos entre 2012 y 2018. En este caso, partiendo de una situación en 2012 en la cual los laboratorios Gador (3)

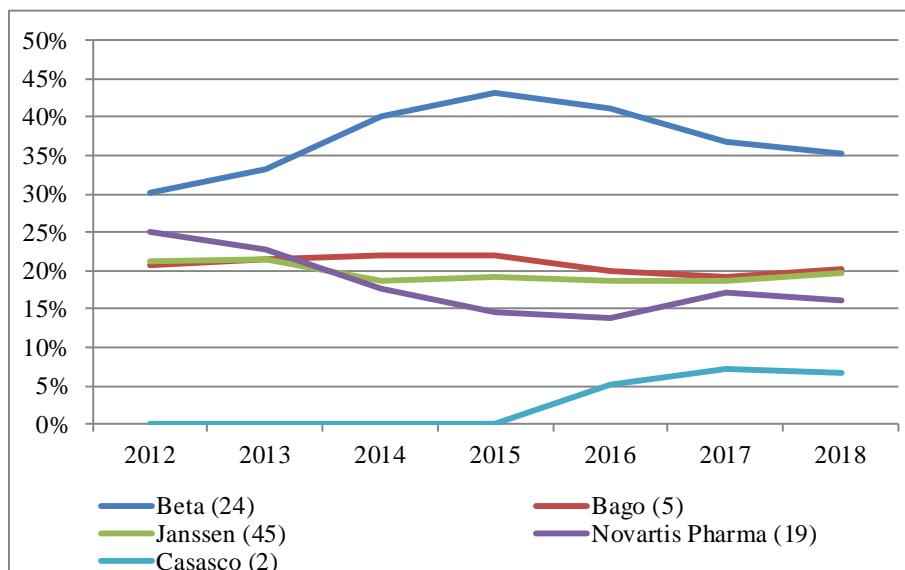
y Baxterinmuno (147) representaban aproximadamente 50% cada uno, luego de 6 años el actual laboratorio líder (Gador) representa 82% del mercado. El reciente ingreso de Hemoderivado (178) no ha alterado esta situación. Por otro lado, si bien no se ilustra en la Figura 18, vale la pena destacar que la participación del laboratorio Gador previa al período de análisis fue 54% en 2001, 84% en 2004, 58% en 2008 y 33% en 2011, para luego retomar la tendencia creciente que se resume en dicha Figura. Esta evidencia más amplia sugiere una situación de competencia entre ambos laboratorios.

Clase terapéutica N06B – Psicoestimulantes

Esta clase es la que registró el quinto mayor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 294).³⁶ Las ventas del año 2018 ascendieron a \$ 208 millones, correspondiendo solamente al segmento ético. La participación del laboratorio más grande fue de 35%, y el indicador HHI fue 2.339.

La Figura 19 ilustra la evolución de la participación de mercado de los laboratorios activos entre 2012 y 2018. El laboratorio Beta (24) se mantuvo como líder en el período analizado, iniciando con share de 30% en 2012, aumentando 13 puntos en 3 años, y luego perdiendo 8 puntos, para obtener 35% en 2018. Bagó (5) y Janssen (45) se mantuvieron oscilando en participaciones entre 19% y 22%. Novartis (19) perdió casi 10 puntos de participación, para obtener 16% en 2018. Por último, Casasco ingresó en 2016, y logró 7% de share al cabo de dos años.

Figura 19. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N06B, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica M01C – Agentes Anti-reumáticos específicos

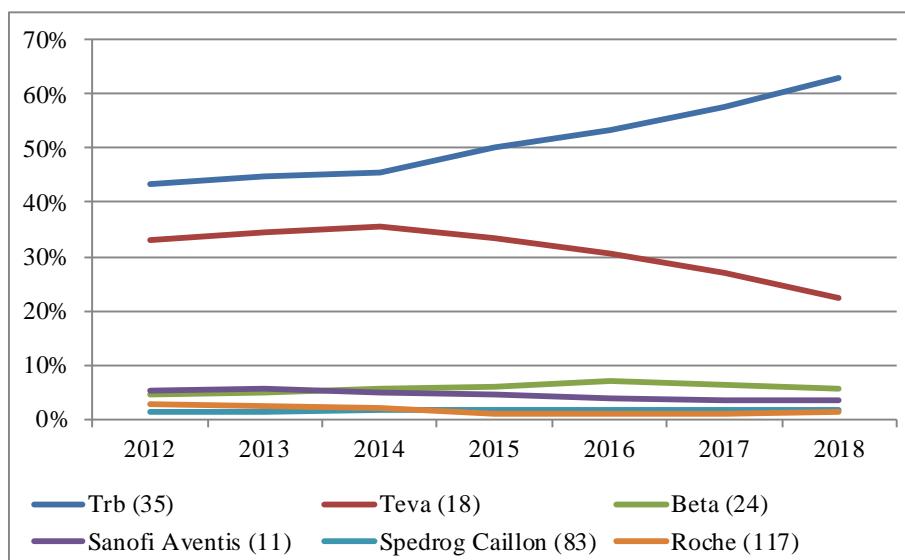
Esta clase es la que registró el menor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 29). Las ventas del año 2018 ascendieron a \$

³⁶ La clase que registró el cuarto mayor aumento entre 2001 y 2018 fue la A10C, ya analizada.

391 millones, correspondientes al segmento ético. La participación del laboratorio más grande fue de 63%, y el indicador HHI fue 4.541.

La Figura 20 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios entre 2012 y 2018. El primer laboratorio en este mercado es Trb (35 en el ranking de laboratorios), quien aumentó significativamente su participación de mercado de 43% en el 2012 a 63% en 2018. Por su parte, Teva (18) disminuyó su participación de 33% a 22%, para ubicarse en el segundo lugar. Los laboratorios Beta, Sanofi Aventis, Spedrog Caillón y Roche, si bien tienen menor participación (entre 5% y 1%), también muestran variaciones del orden del 2% (entre sus máximos y mínimos en el período).³⁷

Figura 20. Participaciones de mercado de la clase terapéutica M01C, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica A13A – Segmento popular – Tónicos

Esta clase es la que registró el menor aumento de precios en el segmento popular entre 2001 y 2018 (tomando una base 100 en el año 2001, el precio promedio del segmento popular de la clase A13A fue 18 en 2018 vs 72 para el todo el segmento popular, mientras que el precio promedio del segmento ético de esta clase fue 70 vs 105 para todo el segmento ético).

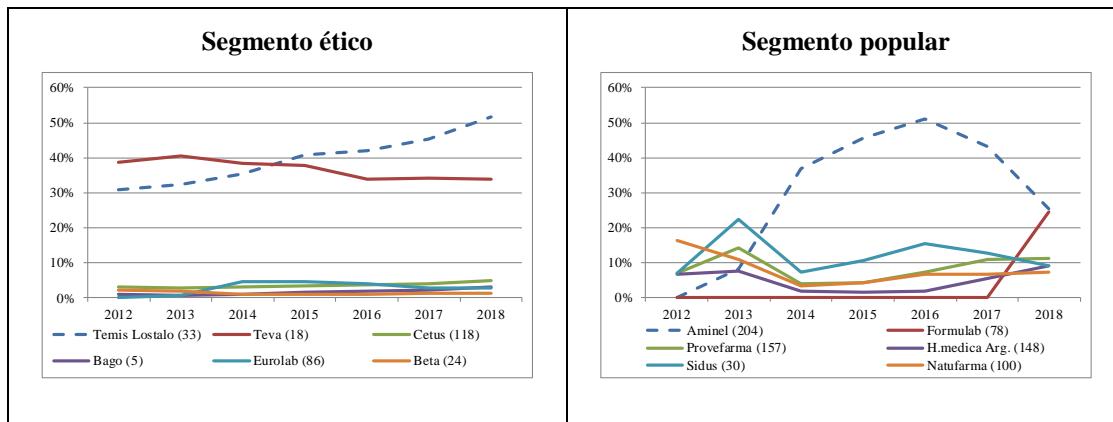
Las ventas totales ascendieron a \$ 141 millones en 2018, de las cuales \$ 128 millones corresponden al segmento ético, y \$ 13 millones al segmento popular (este último mercado es muy pequeño). En el segmento ético, la participación del laboratorio más grande fue de 52% y el indicador HHI fue 3.847, mientras que en el segmento popular, participación del laboratorio más grande fue de 25% y el indicador HHI fue 1.633.

La Figura 21 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios en cada segmento de la clase terapéutica, entre 2012 y 2018. En ambos casos se observan modificaciones importantes en las participaciones de mercado de los laboratorios. Por ejemplo, en el segmento ético se produce un cambio en el ranking entre Temis Lostaló (33) y Teva (18). Por su

³⁷ En el Anexo B del DT 121 este caso ya mostraba un atraso en precios entre 2001 y 2011), situación que se extendió al período 2012-2018.

parte, en el segmento popular, el ingreso de Aminel (204 en el ranking de laboratorios) en 2013, y el ingreso posterior de Formulab (78) en 2018, desplazaron a Sidus, Provenfarma y otros.

Figura 21. Participaciones de mercado de la clase terapéutica A13A – segmento popular, período 2012-2018.

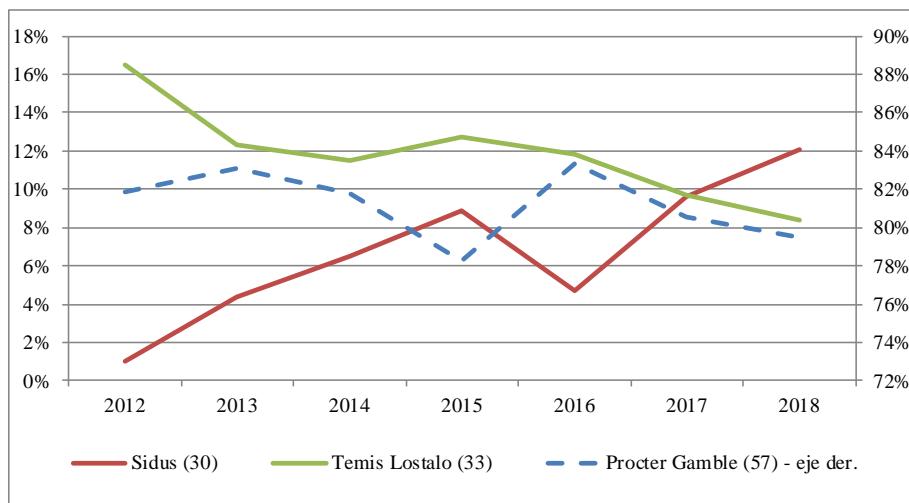


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica R04A – Descongestivos nasales y de pecho

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 56 millones en el año 2018, prácticamente correspondiendo al segmento popular. La participación del laboratorio más grande fue de 79%, y el indicador HHI fue 6.598. La misma registró el segundo menor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos populares fue 72, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 43). El laboratorio líder es Procter & Gamble (57), con una participación de 79% (la misma osciló entre 83% y 78%). El segundo laboratorio es Sidus (30), quien aumentó su participación de 1% en 2012 a 12% en 2018, y el tercero es Temis Lostaló (33), quien disminuyó su participación de 17% en 2012 a 8% en 2018.

Figura 22. Participaciones de mercado de la clase terapéutica R04A, período 2012-2018.

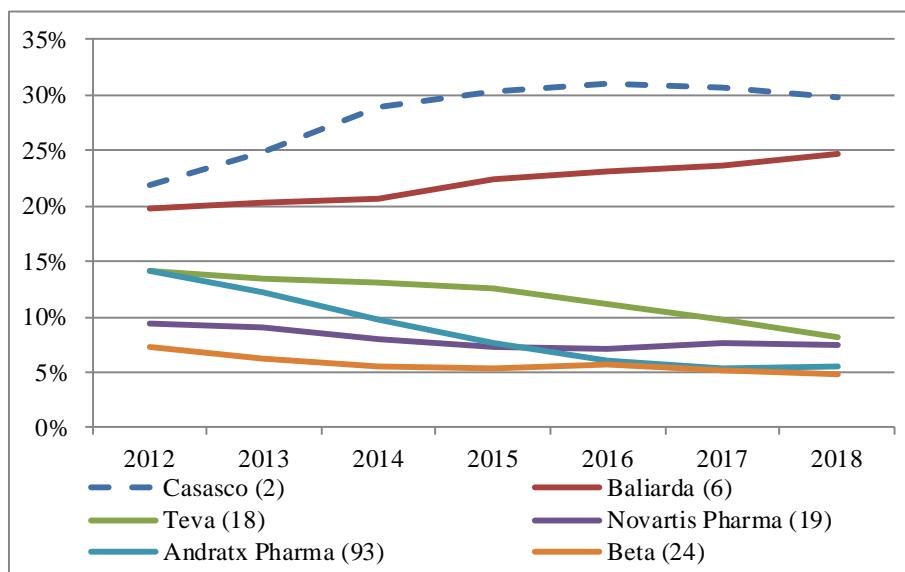


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica N07D – Productos Anti-Alzheimer

Esta clase es la que registró el tercer menor aumento de precios entre 2001 y 2018 (según se ilustró en la Figura 5, en el año 2018 el índice de precios de medicamentos éticos fue 105, y según se reporta en el Anexo B, el índice de precios de esta categoría fue 46). La misma registró ventas por \$ 1.434 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 20 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 0,9% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 30%, y el indicador HHI fue 1.721. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos. El laboratorio líder es Casasco (2) quien aumentó su participación de 22% en 2012 a 31% en 2016, para luego descender a 30% en 2018. Bialiarda (6) aumentó 5 puntos de participación entre 2012 y 2018 para obtener 25% de share en el último año. Los mayores perdedores son Andratx (93) y Teva (18) quienes redujeron sus participaciones en 8 y 6 puntos, respectivamente.

Figura 23. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N07D, período 2012-2018.



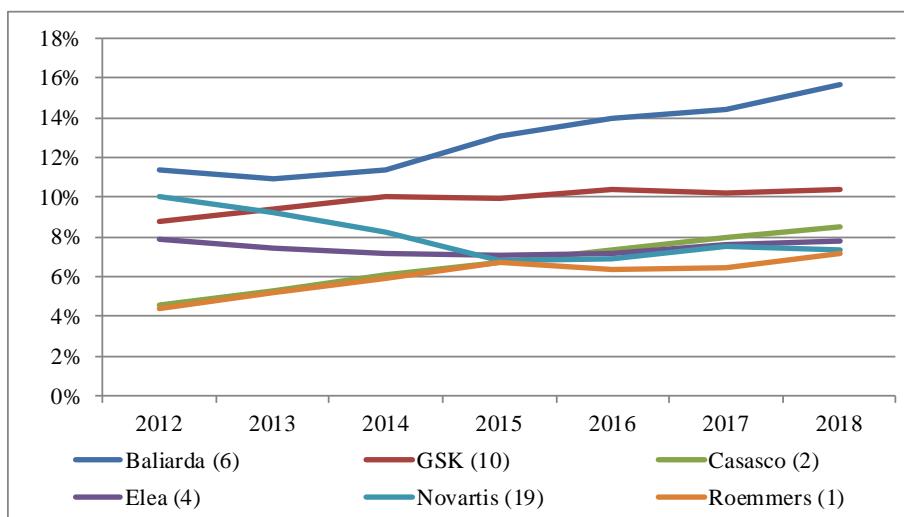
Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica N03A – Antiepilepticos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 6.509 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 1 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 4,3% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 16%, y el indicador HHI fue 787. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

En el año 2018 hay más de 40 laboratorios activos, de los cuales 15 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. La Figura 24 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios (incluyendo su ubicación en el ranking global). El primer laboratorio es Bialiarda (posición 6 en el ranking de laboratorios), quien aumentó 5 puntos de participación desde 2012, para alcanzar un 16% en 2018. GSK (10), el segundo en este ranking, ganó un sólo punto obteniendo 10%. Casasco (2) ganó 4 puntos para alcanzar un 9%. Elea (4) se mantuvo estable con un share oscilando entre 7% y 8%. Novartis (19) perdió 3 puntos desde 2012, para obtener un share de 7% en 2018. Por último, el sexto laboratorio es Roemmers (1) quien también logró 7% en 2018 (aumentando desde 4% en 2012).

Figura 24. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N03A, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Además de contar con un número importante de laboratorios, este mercado se caracteriza por la oferta de múltiples productos y de frecuentes lanzamientos, por parte de cada uno de ellos (Baliarda: 7 productos, de los cuales 3 fueron introducidos entre 2012 y 2014 y lograron un share conjunto de 2,3% en 2018–; GSK: 3 productos; Casasco: 8 productos, de los cuales 3 fueron lanzados entre 2012 y 2016 y lograron un share conjunto de 1,0% en 2018–; Elea: 6 productos, de los cuales 2 fueron lanzados entre 2014 y 2016 y obtuvieron un share conjunto de 0,4% en 2018–).

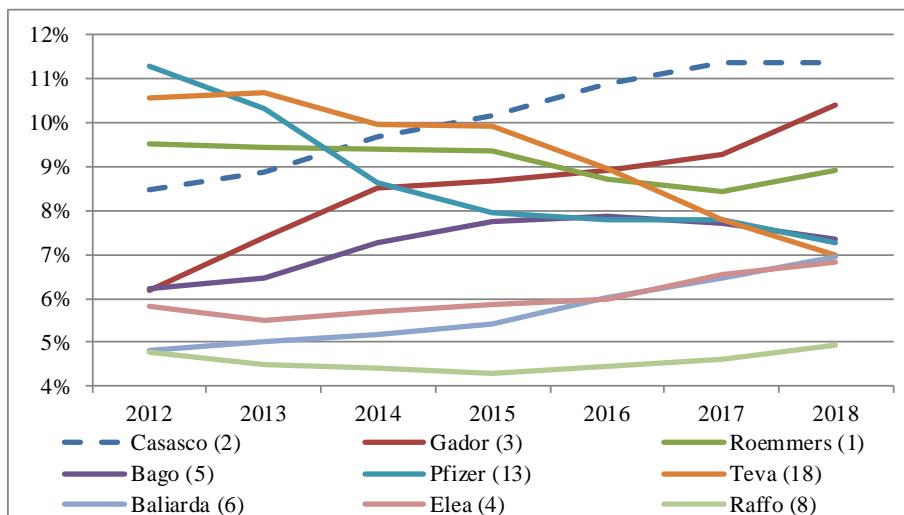
Clase terapéutica C10A – Preparados reguladores de colesterol / triglicéridos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 6.023 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 2 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 4,0% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 11%, y el indicador HHI fue 660. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

En el año 2018 hay aproximadamente 50 laboratorios activos, de los cuales 19 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. La Figura 25 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 9 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Casasco (2), quien ganó 3 puntos de participación desde 2012 para alcanzar un 11% en 2018. Gador (3), el segundo en este ranking, ganó 4 puntos y actualmente tiene un 10% de *share*. Roemmers (1), por su parte, perdió 1 punto, y ocupó el tercer lugar en 2018 con un 9% de *share*. Bagó (5) ganó 1 punto, y ocupó el cuarto lugar en 2018 con un 7% de *share*. Teva (18) y Pfizer (13) perdieron 4 puntos cada uno, de modo que su *share* en 2018 fue de 7%. El resto de los laboratorios de la figura ganaron o perdieron algún punto entre 2012 y 2018, para alcanzar *shares* entre 5% y 7%.

Además de contar con un número importante de laboratorios, este mercado se caracteriza por la oferta de múltiples productos y de frecuentes lanzamientos por parte de cada uno de ellos (Casasco: 4 productos, de los cuales 2 fueron lanzados entre 2013 y 2015 logrando un *share* conjunto de 1,7% en 2018; Gador y Roemmers: 3 productos cada uno; Bagó: 3 productos, de los cuales lanzó uno en 2012 logrando un *share* de 0,5% en 2018; Teva: 6 productos, de los cuales lanzó uno en 2017; Pfizer: 3 productos, de los cuales lanzó uno en 2018; Elea: 4 productos, de los cuales lanzó uno en 2012 logrando un *share* de 1,7% en 2018).

Figura 25. Participaciones de mercado de la clase terapéutica C10A, período 2012-2018.

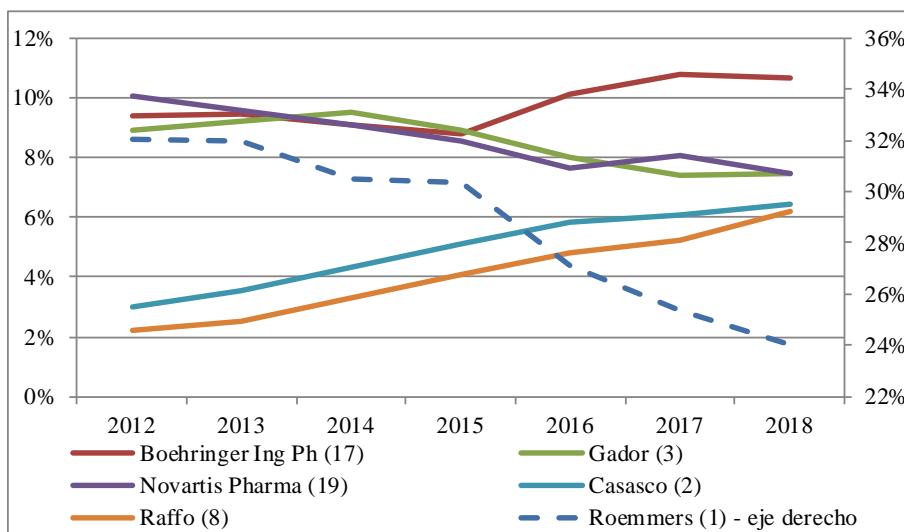


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica C09C – Angiotensina-ii Antagonista solo

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 5.859 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 3 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 3,9% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 24%, y el indicador HHI fue 1.000. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

Figura 26. Participaciones de mercado de la clase terapéutica C09C, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis. La participación de mercado de Roemmers se representa en el eje derecho. La banda en ambos ejes es la misma para que los cambios de participación estén graficados en la misma escala.

En el año 2018 hay más de 40 laboratorios activos, de los cuales 18 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. La Figura 26 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Roemmers (1), quien perdió 8 puntos de participación desde 2012 obteniendo un *share* de 24% en

2018. Gador (3) perdió 2 puntos y se ubicó en el tercer lugar con 7%. Por otro lado, los laboratorios que capitalizaron estas pérdidas de *share* fueron Boehringer (17), ubicándose en segundo lugar en 2018 con 11% de *share*, Casasco (2), con 6% de *share*, y Raffo (8), con 5% de *share*.

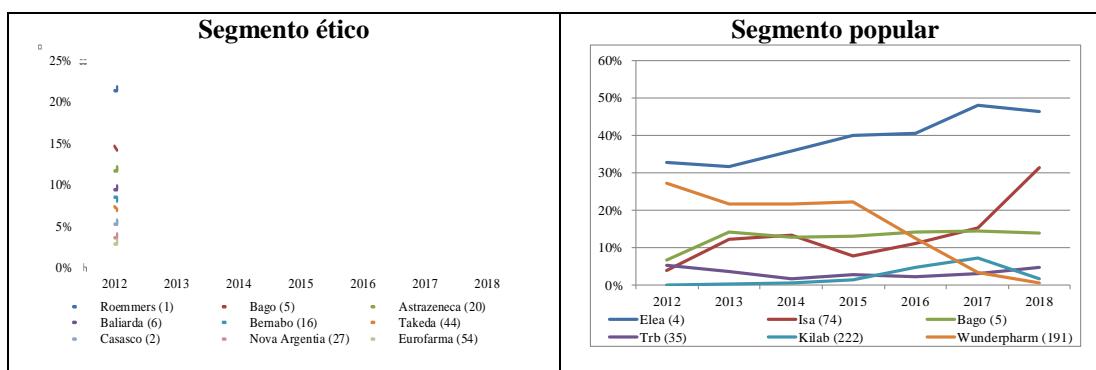
Si bien este mercado se caracteriza por pocas innovaciones, Casasco lanzó un producto en 2013 que logró un *share* de 2,1% en 2018, Elea lanzó un producto en 2012 que logró un *share* de 1,0% en 2018, Pfizer lanzó un producto en 2015 que logró un *share* de 0,4% en 2018, y Gador lanzó un producto en 2016 que logró un *share* de 0,4% en 2018.

Clase terapéutica A02B – Antiulcerosos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 5.331 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 6 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 3,5% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 21%, y el indicador HHI fue 956. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos. El segmento ético representa un 97,5% de la clase terapéutica (\$ 5.198 millones). La participación del laboratorio más grande es 22% y el HHI es 993. Por su parte, el segmento popular representa un 2,5% de la clase terapéutica (\$ 132 millones). La participación del laboratorio más grande es 46% y el HHI es 3.362.

En el año 2018 hay 50 laboratorios activos en el segmento ético, de los cuales 18 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. El panel izquierdo de la Figura 27 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 9 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Roemmers (1), quien ganó 2 puntos en 2018 luego de mantener su participación relativamente estable durante varios años (22% en 2018). El segundo laboratorio, Bagó (5), perdió 2 puntos desde 2012 y retuvo 13% en 2018. Astrazeneca (20) osciló entre 10% y 12%, para lograr 10% en 2018. Bialiarda (6) ganó 2 puntos desde 2012 y obtuvo 10% en 2018. Bernabó (6) y Takeda (44) perdieron dos puntos cada uno desde 2012 para ubicarse quinto y sexto, con 6% y 5% en 2018, respectivamente. Nova Argentia (27) ganó 2 puntos para ubicarse en el puesto 8 del ranking. Casasco ganó 2 puntos entre 2012 y 2016 y perdió uno al cabo de dos años, para lograr 5% en 2018. Eurofarma (54) ganó 1 punto desde 2012 para obtener 3% en 2019.

Figura 27. Participaciones de mercado de la clase terapéutica A02B, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Además de la actividad en esta clase terapéutica a nivel de laboratorios, también se observan innovaciones de productos. Roemmers (1) lanzó un producto en 2012 que logró un *share* de 4,6% en 2018 (compensando así la pérdida de ventas en dos de sus otros 3 productos), Bialiarda (6) lanzó un producto en 2014 y otro en 2017 logrando un *share* de 0,8% en 2018, Takeda lanzó 3 productos entre 2014 y 2017 que le permitieron obtener un *share* de 1,8% en 2018 (recordando que perdió un

punto a nivel global). Lepetit, Raffo, Lazar y Denver Farma (de menor tamaño, no ilustrados en la figura) también realizaron lanzamientos.

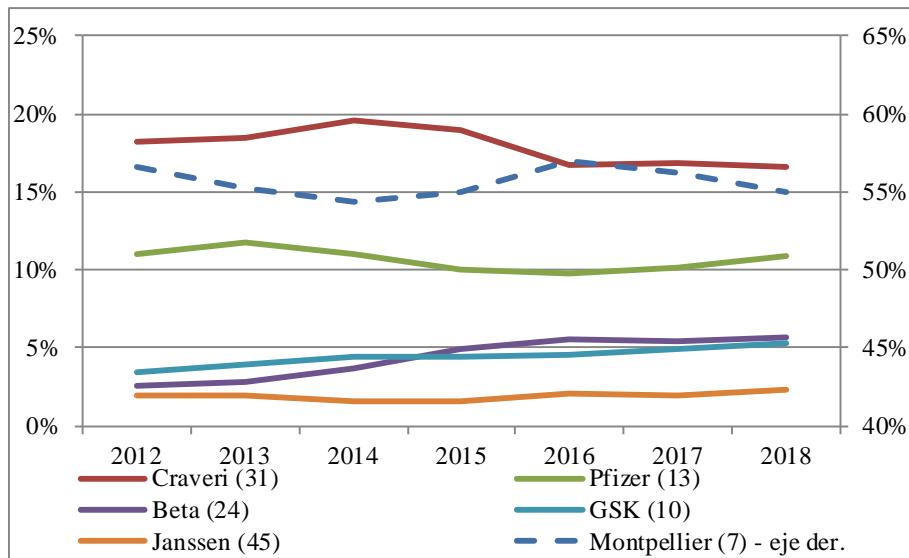
En cuanto al segmento popular, en el año 2018 hay 11 laboratorios activos, de los cuales 5 tienen participación de mercado mayor a 1% y los restantes tienen menor presencia. El panel derecho de la Figura 27 ilustra la evolución de la participación de mercado de los primeros 6 laboratorios. El primer laboratorio en este mercado es Elea (4), quien ganó 13 puntos desde 2012, para obtener un 36% en 2018. Isa (74), por su parte, ganó 27 puntos desde 2012 (16 de ellos en el último año) y logró 31% en 2018. Bagó (5) ganó 7 puntos, logrando 14% en 2018. Kilab (222) ingresó en 2013, alcanzó 7% en 2017, pero perdió 5 puntos en el último año. El mayor perdedor fue Wunderpharm (191), quien pasó de 27% en 2012 a 1% en 2018, y Boehringer (30, no ilustrado), quien pasó de 13% en 2012 participación casi nula en 2018.

Clase terapéutica N02C - Antimigrañosos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 672 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 41 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 0,5% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 55%, y el indicador HHI fue 3.486. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

La Figura 28 muestra oscilaciones en los *market shares* del laboratorio Montpellier (7), de 57% en 2012 a 54% en 2014, luego a 57% en 2016 y finalmente a 55% en 2018, Craverí (31), de 18% en 2012, a 20% en 2014, a 17% en 2018, y Pfizer (13) de 11% en 2012, a 12% en 2014, a 10% en 2017, y finalmente a 11% en 2018. Beta (24) ganó 3 puntos desde 2012, para obtener 6% en 2018, mientras que GSK (10) ganó 2 puntos desde 2012, para obtener 5% en 2018.

Figura 28. Participaciones de mercado de la clase terapéutica N02C, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

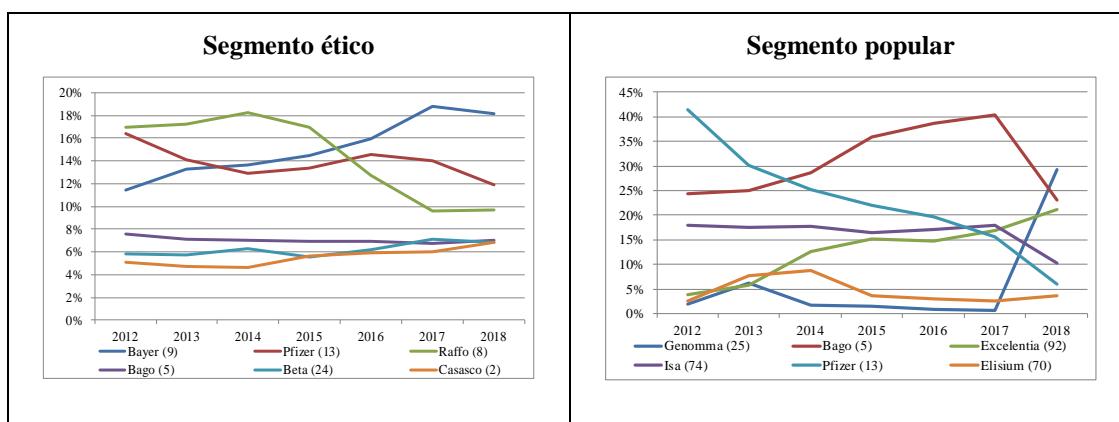
Clase terapéutica M01A – Antirreumáticos no esteroides

La clase terapéutica M01A registró ventas por \$ 5.417 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 5 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 3,6% de las ventas totales de medicamentos). El segmento ético registró ventas por \$ 5.093 millones y está desconcentrado (el HHI fue 829 en 2018). El segmento popular registró ventas por \$ 324 millones, y se caracteriza por estar levemente concentrado: la participación del laboratorio más grande fue de

29%, y el indicador HHI fue 2.011. La Figura 29 ilustra la evolución de participaciones de mercado en ambos segmentos (en el DT#121 solamente se analizó el segmento popular).

En cuanto al segmento ético, se reiteran conclusiones ya observadas en otros mercados desconcentrados: los laboratorios compiten por participaciones de mercado (entre 2012 y 2018, Bayer ganó 7 puntos, Raffo perdió 7 puntos, Pfizer perdió 4 puntos, Casasco ganó 2 puntos). En el segmento popular puede observarse un resultado similar: el primer laboratorio en 2012 (Pfizer) perdió 35 puntos de participación y pasó a ubicarse quinto en 2018 (con 6%). El segundo laboratorio en 2012 (Bagó) aumentó su participación en 16 puntos entre 2012 y 2017 (liderando la clase terapéutica), pero luego pierde posición (frente a Genomma), obteniendo 23% en 2018 año. Por su parte, Genomma introdujo el producto Tafirol Plus a inicios de 2018 y pasó a liderar el mercado (29%). Excelentia (93), por su parte, ganó 17 puntos desde 2012, ubicándose tercero en 2018 (con 21%).³⁸

Figura 29. Participaciones de mercado en la clase terapéutica M01A, período 2012-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

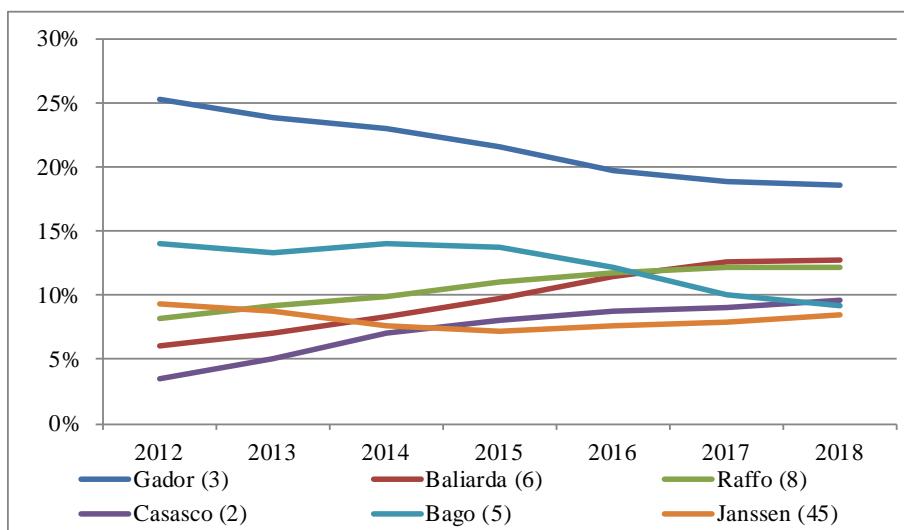
Clase terapéutica N05A - Antipsicóticos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 3.588 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 9 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 2,4% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 19%, y el indicador HHI fue 983. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

Esta clase terapéutica también muestra características ya observadas en otros mercados desconcentrados (Figura 30): los laboratorios han competido por participaciones de mercado entre 2012 y 2018. Gador (3) perdió 6 puntos y sigue siendo el primer competidor (19% de *share* en 2018), Baliarda (6) ganó 7 puntos y es el segundo competidor (13% de *share* en 2018), Raffo (8) ganó 4 puntos y es el tercero (12% de *share* en 2018), Casasco (2) ganó 7 puntos ascendiendo al cuarto lugar (10% de *share* en 2018), y Bagó (5) perdió 5 puntos, pasando del segundo al quinto lugar (9% de *share* en 2018).

³⁸ IQVIA reasignó ciertos productos de Bayer que anteriormente estaban en el segmento popular de la clase M01A al segmento popular de la clase N02B. Según se analizó en el DT 121, el laboratorio líder del segmento popular en la clase M01A había sido Bayer, seguido por los laboratorios listados en la Figura 29. La reasignación realizada por IQVIA, de cualquier manera, no tiene efectos sobre las conclusiones generales arribadas en esta sección (dado que, como ya se vio en la clase N02B, Bayer era el líder de mercado –como lo había sido cuando estaba imputado en esta clase terapéutica– y perdió una significativa participación de mercado; ver Figura 15).

Figura 30. Participaciones de mercado en la clase terapéutica N05A, período 2012-2018.

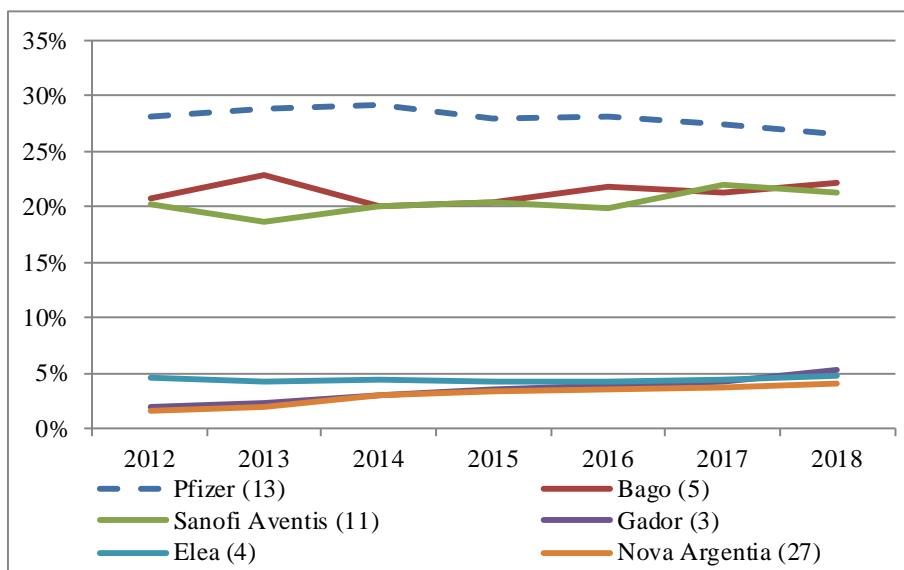


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

Clase terapéutica C03A - Diuréticos

Esta clase terapéutica registró ventas por \$ 1.195 millones en el año 2018 (ubicándose en el puesto 25 según tamaño dentro de las 140 analizadas en esta sección, representando 0,8% de las ventas totales de medicamentos). La participación del laboratorio más grande fue de 27%, y el indicador HHI fue 1.755. En esta clase terapéutica solamente se registran ventas de productos éticos.

Figura 31. Participaciones de mercado en la clase terapéutica C03A, período 2001-2011.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. El ranking de cada laboratorio se reporta entre paréntesis.

La Figura 31 ilustra la evolución de las participaciones de mercado de primeros 6 laboratorios. Si bien las participaciones de los tres primeros laboratorios (Pfizer, Sanofi Aventis y Bagó, de los cuales solamente uno pertenece al grupo de los laboratorios líderes) lucen “estables” –situación que no se identificó en ninguno de los otros casos–, de todas maneras se ven cambios puntuales (como

en 2013 y 2016), y también un ascenso de los laboratorios de Gador y Nova Argentia (quienes ganaron 3 y 2 puntos, respectivamente). Vale la pena notar también que el ingreso de Gador y Nova Argentia a estas posiciones significó la pérdida de posiciones de MSD y Novartis (quienes, según se discutió en la Figura 20 del DT#121, habían logrado participaciones 15% y 10%, respectivamente, a principios de la década del 2000).

3.3. Conclusiones

En esta sección se complementó el análisis realizado en la Sección 2.3, considerando la evolución de un conjunto de clases terapéuticas (140 clases terapéuticas de los grupos A, C, J, M, N y R), en lugar de la evolución de los laboratorios líderes en dichas clases. En primer lugar, se realizó un seguimiento del nivel general de los precios promedio de los medicamentos (desagregando por segmentos ético y popular) para concluir que luego de un largo período de rezago de precios reales, los precios promedio de los medicamentos en 2018 se encuentran en niveles similares a los del año 2001 medidos respecto del índice de precios mayoristas (con recuperos parciales y transitorios en años puntuales intermedios), e inferiores a los del año 2001 medidos en dólares corrientes. Vale la pena destacar que la consideración de la inflación internacional (que acumuló más de 40% en el período 2001-2018 en Estados Unidos) en tal ejercicio llevaría a registrar una reducción de los precios medidos en dólares constantes mucho mayor.

En segundo lugar, se estudió si ciertos determinantes relacionados con el tamaño de los mercados y su concentración tienen alguna relación con la evolución de precios promedio de los medicamentos, concluyendo que los cambios de precios observados en este período se han dado para cualquier tamaño y concentración de mercado. De esta forma, en las clases terapéuticas en que ha habido aumentos promedio reales, éstos *a priori* no pueden ser interpretados como un indicio de que exista algún comportamiento no competitivo.

En tercer lugar, se realizó un seguimiento de clases terapéuticas seleccionadas tanto según tamaño de mercado y alta concentración como en base a los cambios en los precios, que junto con casos puntuales analizados en la Sección 2.3, totalizan 30 clases terapéuticas que representan 46% de la facturación de los 6 grupos terapéuticos del Cuadro 1 y 40% de la facturación total de medicamentos. La conclusión general es que ni la evolución de los *market shares* ni de los precios promedio lucen consistentes con la hipótesis de existencia de un acuerdo colusivo en las clases terapéuticas analizadas (en la Sección 6 se verifica que algo similar ocurre respecto de las actividades de innovación). En muchos casos son evidentes los cambios en *shares*; en algunos casos estos cambios son menores, pero están acompañados por una evolución de precios promedio por debajo del promedio global de los precios de los medicamentos; en otros se producen cambios en precios relativos de productos con efectos sobre los *shares* de facturación y de cantidades que son incompatibles con una situación de colusión; en otros casos, los mercados están desconcentrados y muestran un dinamismo competitivo entre los laboratorios.

En tal sentido, las observaciones que surgen a partir del estudio de estos casos, junto con la evidencia de inexistencia de relación de cambios de precios promedio con el tamaño del mercado y su concentración, permiten concluir sobre una menor probabilidad de que se encuentre alguna evidencia de falta de competencia en los casos no analizados explícitamente.

Sección 4: Contexto competitivo y precios de los medicamentos

4.1. *El marco regulatorio*

Tal como se señaló en la Sección 1, el marco regulatorio de la industria farmacéutica sufrió una fuerte transformación en las últimas tres décadas. Entre 1992 y 2005 las regulaciones sectoriales tendieron a la desregulación y desarrollo de un proceso competitivo dinámico, primero al abandonar el histórico modelo de sustitución de importaciones y estricto control de precios de los medicamentos al simplificar, transparentar y agilizar el registro de productos a cargo de la ANMAT, y luego al reconocer la patentabilidad de los productos farmacéuticos desde fines de 2000, y luego al profundizar la capacidad de sustitución de medicamentos por parte de la demanda con la sanción de la Ley de Prescripción de Medicamentos por su Nombre Genérico en agosto de 2002, según la cual toda receta médica debe efectuarse expresando en primer término el nombre genérico del medicamento, con potestad del médico de indicar una marca comercial en la receta, recayendo sobre el profesional farmacéutico la responsabilidad de informar al público de todas las marcas comerciales que se ajusten a lo prescripto y la obligación –si el consumidor lo solicita– de sustituir cualquier sugerencia de marca del médico recetante por otra presentación que tuviera los mismos principios activos, concentración, forma farmacéutica y similar cantidad de unidades, en la medida que sean intercambiables según normas sanitarias. Entre 2006 y 2015, sin embargo, hubo una nítida reversión hacia un esquema de control de precios por medio de las intervenciones del gobierno.³⁹ Finalmente, a partir del año 2016, junto con el cambio del gobierno nacional, se restableció la libertad de los laboratorios para fijar los precios de sus productos según sus propios criterios de competencia (en tanto ello no signifique una violación de la legislación de defensa de la competencia vigente, naturalmente).

Es en este contexto cambiante que debe examinarse la evolución de los precios de los medicamentos, considerando las complejidades de medición que encierran los datos disponibles y explorando la validez de las conclusiones alternativas que podrían emerger.

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 entre los años 2001 y 2018 con el objeto de evaluar la robustez de las distintas medidas de precios, complementando el desarrollo del estudio en el DT#121. La información utilizada para este análisis es la que elabora IQVIA, que excluye las ventas por el canal institucional.

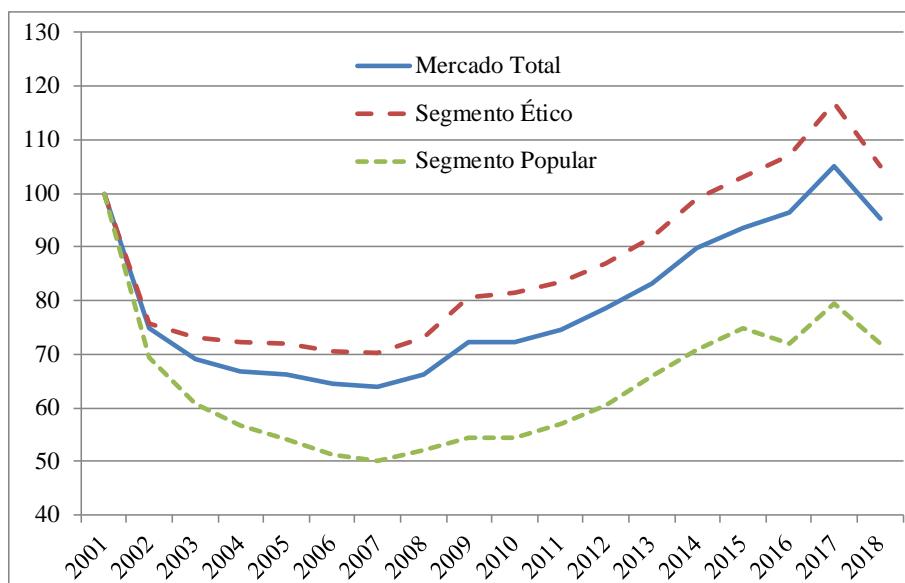
³⁹ En lo que concierne a la política de precios, si bien en el año 2004 las cámaras empresarias de los laboratorios firmaron acuerdos con las autoridades nacionales para mantener transitoriamente rebajados en un 10% los precios de un conjunto de productos, el período donde la política oficial claramente consistió en el abandono de la libertad de fijación que había prevalecido desde inicios de los '90 abarcó desde el momento en que vencían tales acuerdos –a mediados de 2006– hasta 2015 inclusive. En dicho período, la libre fijación de precios fue reemplazada 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. En este contexto, no debería sorprender que la aplicación efectiva de la Ley de Genéricos hubiera perdido importancia de manera paulatina en los últimos años, como lo señalan algunos observadores referidos previamente, ya que la creciente intervención regulatoria entre 2006 y 2015 significó de hecho abandonar la competencia como instrumento central para disciplinar a los laboratorios y formadores de precios del sector.

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 1.950% entre 2001 y 2018, lo que significa que en términos reales (utilizando como deflactor el IPIM) disminuyó entre puntas aproximadamente 5%. La evolución en ese lapso muestra una brusca caída en moneda constante en el año 2002 (25%), una suave tendencia declinante desde entonces hasta 2007, y un incremento posterior hasta 2017 para luego caer nuevamente en 2018 a un valor de 95,2, con base 2001 = 100 (ver Figura 32, que es la Figura 5 replicada aquí por conveniencia).

Al evaluar el comportamiento del precio promedio ponderado por segmentos, la Figura 32 muestra en ambos segmentos un comportamiento cualitativamente similar al del mercado total, aunque con variaciones de diferente magnitud: la contracción inicial en términos reales (año 2002) resultó ser levemente menor en el segmento ético, alcanzando un mínimo también en 2007. Pero en este caso, el precio real recuperó el nivel de 2001 en el año 2015, superándolo desde entonces, alcanzando un nivel 17,5% por encima en el año 2017 para luego ubicarse a 5% por encima en 2018 (el índice fue 105,2 con base 2001 = 100). Por su parte, la contracción inicial de precios en el segmento popular fue mayor (alcanzando un nivel cercano a 50 en el año 2007), sin lograr recuperarse luego de 17 años (el nivel real de precios fue 72 en el año 2018).

Figura 32. Evolución del precio promedio ponderado de los medicamentos en términos reales. Índices base 2001=100.

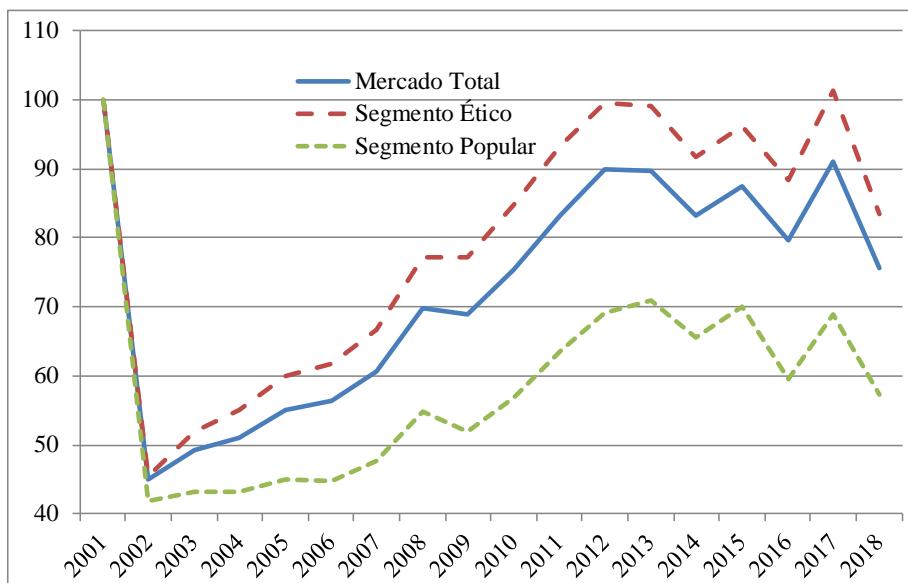


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado es IPIM.

Medidos en dólares estadounidenses corrientes (esto es, sin corregir la inflación acumulada en EE.UU. entre 2001 y 2018, superior al 40%), este agregado disminuyó aproximadamente un 24,5% entre 2001 y 2018, luego de transitar una caída brusca en 2002 y posteriormente recuperarse parcialmente (acusando los impactos de devaluaciones) durante el período (ver Figura 33, que es la Figura 6 replicada aquí por conveniencia).

Al evaluar el comportamiento del precio promedio ponderado por segmentos, la Figura 33 también muestra en ambos un comportamiento cualitativamente similar al del mercado total, aunque con variaciones de diferente magnitud: luego de la contracción inicial dólares (año 2002), el precio promedio del segmento ético recuperó el nivel de 2001 transitoriamente en 2012 y 2013, y luego en 2017, para ubicarse finalmente en un nivel de 83,4 (con base 2001 = 100) en el año 2018. Por su parte, el precio del segmento popular en el año 2018 sólo logró alcanzar el 57% del precio promedio de 2001, con recuperos transitorios mayores primero en 2012 y 2013 y luego en 2017.

Figura 33. Evolución del precio promedio ponderado de los medicamentos en dólares. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA, BCRA y Banco Nación.

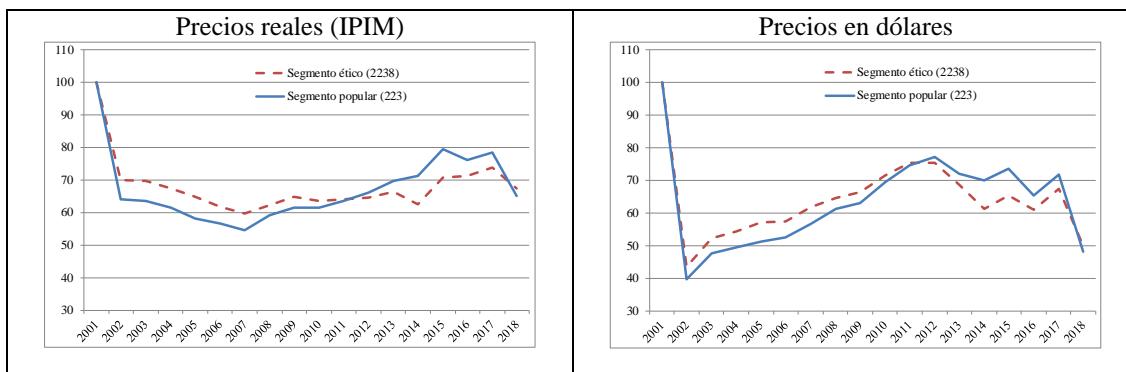
Como ya se adelantó en la Sección 3, debe destacarse que existen diversos factores que tornan compleja la interpretación del precio promedio ponderado de la industria. En primer lugar, las unidades registradas por IQVIA (“cajas” o “envases”) no son homogéneas (como sí lo serían mg., ml., dosis, etc.). En segundo lugar, en comparaciones de largo plazo pueden producirse modificaciones en el *mix* de productos consumidos (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 de suministro (por ejemplo, inyectables por comprimidos), concentración de la droga, etc. En tercer lugar, los laboratorios pueden introducir innovaciones que reemplacen viejos medicamentos, o innovaciones que sustituyan terapias alternativas (quirúrgicas, internaciones clínicas, etc.) o que permitan tratar cierta enfermedad (que previamente no se trataban).

Contemplar el último factor es una tarea compleja (requiriendo de un análisis del tipo costo-efectividad que escapan el objetivo de este estudio). Las comparaciones a continuación toman en cuenta los primeros dos factores.

A continuación, se evalúa la evolución de diversos indicadores de precios entre 2001 y 2018, 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 primera variante 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 2001-2018 (que denominaremos “canasta común” del período 2001-2018), un total de 2.461 presentaciones de productos (2.238 del segmento ético y 223 del segmento popular). Este ejercicio (Figura 34) arroja un deterioro en el precio medio de los fármacos en el segmento ético del 30% en términos reales y de 56% en dólares en el año 2002, y una posterior recuperación parcial. De ese modo, el precio de los medicamentos éticos existentes en toda la muestra se situó todavía por debajo del nivel del año 2001, un 26% en términos reales y un 32% en dólares corrientes en 2017 y 32% en términos reales y un 50% en dólares corrientes en 2018 (al no haberse trasladado plenamente la devaluación de dicho año a precios). En el segmento popular, el ciclo de precios (en ambas unidades) fue relativamente similar al de los precios del segmento ético, y al año 2018 el precio de los medicamentos populares existentes en toda la muestra se situó por debajo del nivel del año 2001, un 35% en términos reales y un 52% en dólares corrientes.

Figura 34. Evolución del precio medio lineal de la canasta común 2001-2018, en términos reales y en dólares. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA (precios en pesos y en dólares) e INDEC (IPIM). Nota: el deflactor utilizado para el precio real es IPIM.

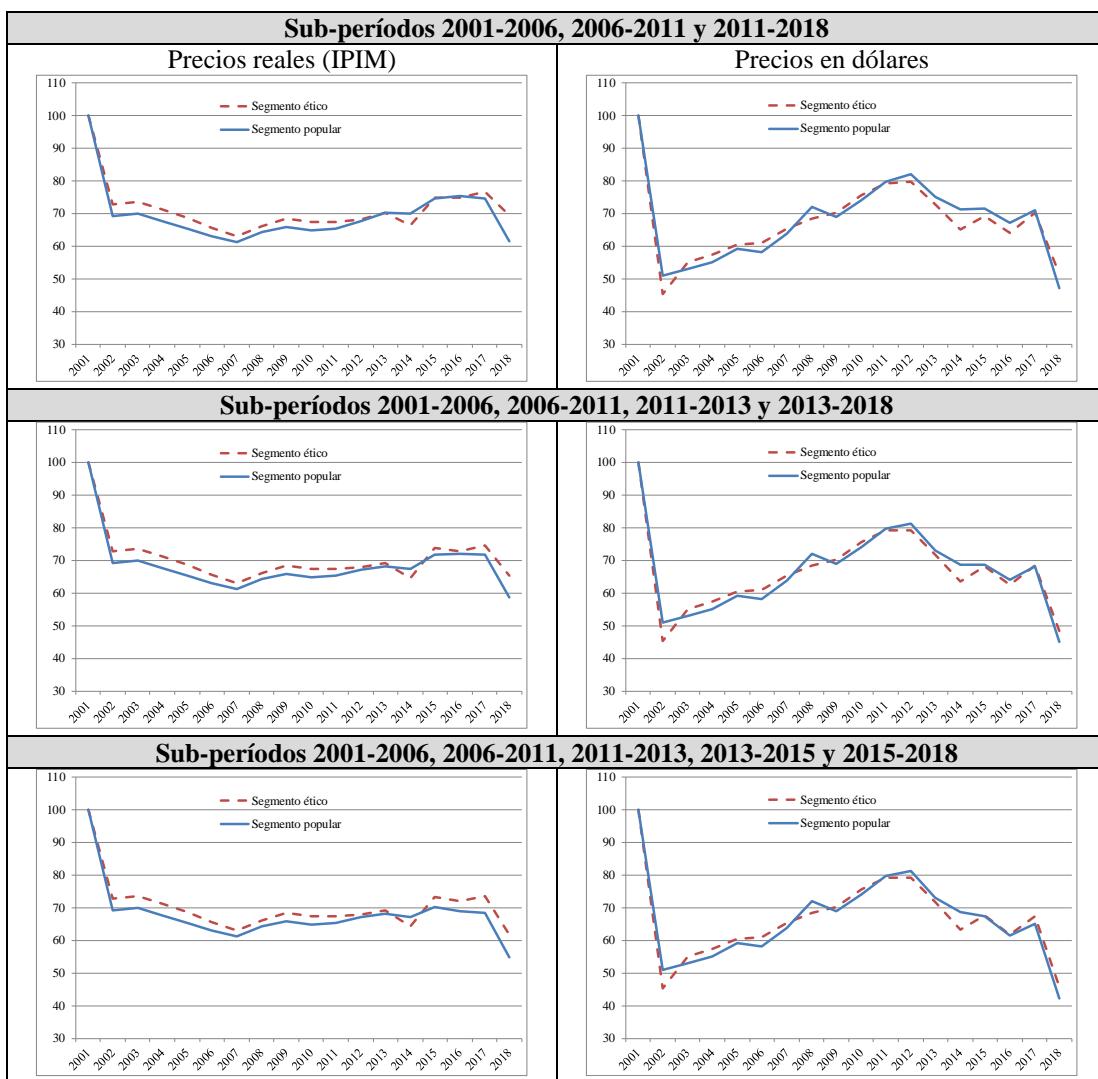
Si bien este método tiene como ventaja el seguimiento de exactamente las mismas presentaciones durante 18 años, también enfrenta desafíos. Por un lado, asigna igual importancia a medicamentos / presentaciones que tienen distinta participación en las ventas y, obviamente, no permite captar el impacto del lanzamiento de nuevos productos al mercado. Por otro lado, dependiendo de la dinámica del mercado, el número de presentaciones puede ser poco representativo del sector (por ejemplo, las 2.461 presentaciones representaron un 23% de las 10.793 presentaciones comercializadas en el año 2001 y un 19% de las 12.943 presentaciones comercializadas en el año 2018).

Un segundo ejercicio, con características similares al anterior, resulta de computar la evolución del precio medio simple de una “canasta común” de productos por sub-períodos. Aprovechando que en el DT#121 se realizó una comparación empalmando los períodos 2001-2006 (6.408 productos, de los cuales 5.524 eran éticos y 884 eran populares) y 2006-2011 (6.793 productos, de los cuales 5.805 eran éticos y 988 eran populares), se puede empalmar esta serie histórica con la que se obtiene para el período 2011-2018. Para realizar este empalme cabe considerar 3 posibilidades. La primera consiste en calcular los precios de los productos que están vigentes en todo el sub-período (7.186 productos, de los cuales 5.987 son éticos y 1.199 son populares); la segunda consiste en empalmar los períodos 2011-2013 (10.327 productos, de los cuales 8.285 son éticos y 2.042 son populares) y 2013-2018 (9.704 productos, de los cuales 7.625 son éticos y 2.079 son populares); y la tercera consiste en empalmar 2011-2013 con 2013-2015 (11.703 productos, de los cuales 9.017 son éticos y 2.686 son populares) y 2015-2018 (11.195 productos, de los cuales 8.637 son éticos y

2.558 son populares). Estas variantes permiten trabajar con canastas más amplias que la que resulta de considerar los fármacos que se mantuvieron en el mercado durante los 18 años que van desde 2001 a 2018.

Los resultados de este ejercicio no difieren entre sí, ni con el caso anterior, excepto porque la caída inicial es menos pronunciada en ambos precios medios y la trayectoria posterior es similar (ver los tres casos analizados en la Figura 35). Así, el precio medio en moneda constante de los productos de venta bajo receta cae entre 23% y 26% entre 2001 y 2017, y entre 30% y 38% entre 2001 y 2018, mientras que en el segmento popular la caída real es entre 25% y 31% al 2017 y entre 38% y 45% al 2018. En dólares corrientes, la caída al 2017 oscila entre 29% y 35%, y entre puntas oscila entre 48% y 48%, respectivamente.

Figura 35. Evolución del precio medio lineal de canastas superpuestas, en términos reales y dólares. Índices base 2001=100.

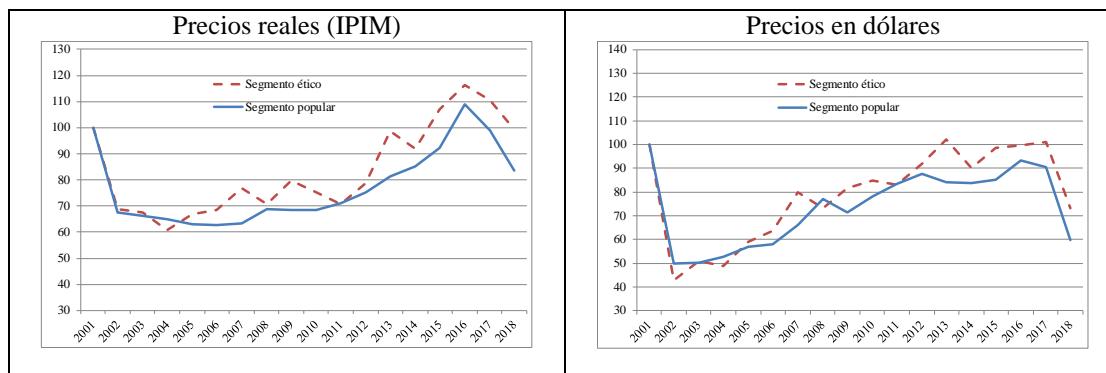


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA (precios en pesos y en dólares) e INDEC (IPIM).
 Nota: el deflactor utilizado para el precio real es IPIM.

Todos los cómputos efectuados para distintos períodos aplicando esta metodología de evolución de precios de la “canasta común” se resumen en los Cuadros C.1 y C.2 del Anexo C.

Una medición interesante resumida en dichos cuadros es 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. 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 (ver Figura 36).⁴⁰ El resultado de esta medición es que la secuencia de precios se asemeja a la de precios promedio ponderado ilustrada en la Figura 32 (precios reales) y la Figura 33 (precios en dólares corrientes). Esto es, ambos grupos de productos –éticos y populares– reflejan una fuerte caída en el precio medido en términos reales y en dólares corrientes. Los precios promedio del segmento ético se recuperan transitoriamente durante los años 2016 y 2017, para luego caer en 2018. Los precios en el último año analizado quedan por debajo del nivel de 2001 tanto en términos reales (1% inferior, vs. 5% superior según la medición de precio promedio ponderado) como en dólares corrientes (27% inferior, vs. 17% inferior según la medición de precio promedio ponderado).

Figura 36. 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 IQVIA (precios en pesos y en dólares) e INDEC (IPIM).
Nota: el deflactor utilizado para el precio real es IPIM.

Por su parte, los precios del segmento popular no logran recuperar los niveles de 2001 (en términos reales quedan 17% por debajo del nivel de 2001 vs. la caída de 28% según la medición de precio promedio ponderado, mientras que terminan 40% por debajo del nivel de 2001 en dólares corrientes, vs. aproximadamente 43% por debajo según la medición de precio promedio ponderado).

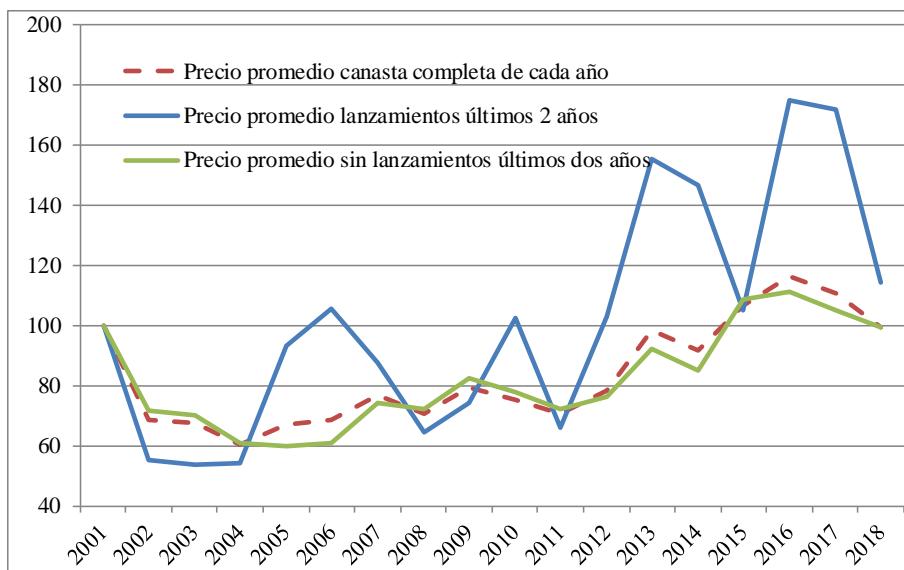
De la comparación de precios promedio de los productos que se mantienen durante toda la muestra con los precios de los productos cuyas canastas se actualizan anualmente es posible inferir que se han producido lanzamientos de nuevos productos al mercado con distinta intensidad (no contemplado en las mediciones con la metodología de “canasta común”), con precios relativos superiores.

Una forma de verificar este resultado es comparar la evolución de precios de productos nuevos (por ejemplo, considerando los productos lanzados en los últimos 2 años) con los productos ya instalados en el mercado (aquellos que tienen más de 2 años en el mercado). La Figura 37 muestra la evolución de los precios de canasta completa, lanzamientos y productos existentes en el segmento ético; la Figura 38, por su parte, muestra el precio relativo de productos lanzados vs. productos existentes. Las dos figuras indican, en primer lugar, que el precio relativo de las novedades es superior a 100 (esto es, los precios de productos nuevos exceden -en promedio- el nivel de precios

⁴⁰ De todos modos, esta medida no permite distinguir si las variaciones encontradas responden efectivamente a cambios en los precios o a la introducción de nuevas presentaciones y/o nuevos fármacos.

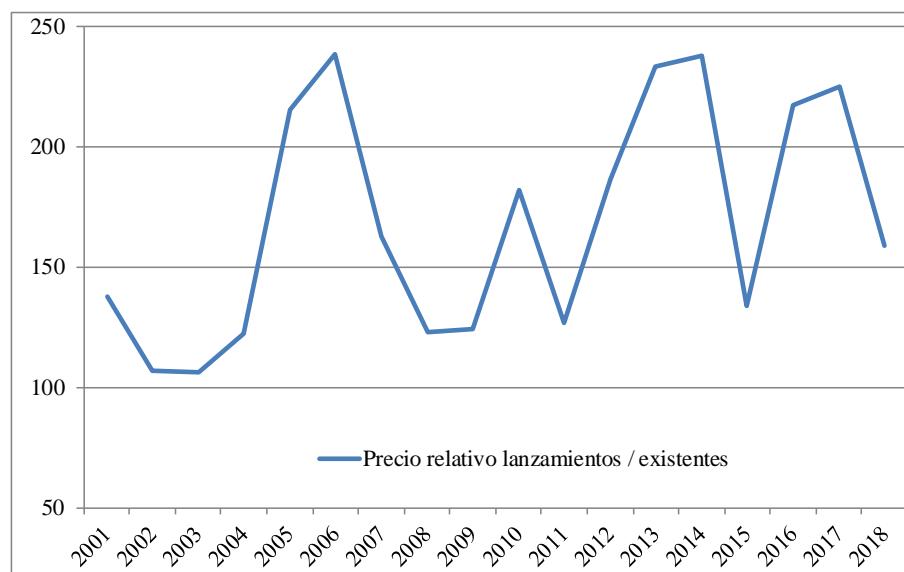
de productos existentes), y en segundo lugar que se produce una brecha más amplia en dos subperiodos, especialmente entre 2004 y 2008 y desde 2010 en adelante.⁴¹

Figura 37. Evolución del precio medio lineal de lanzamientos, productos existentes, y canasta completa del segmento ético, en términos reales. Índices base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA e INDEC. Nota: el deflactor utilizado para el precio promedio real es IPIM.

Figura 38. Precio relativo de lanzamientos últimos dos años y productos existentes en el segmento ético, período 2001-2018.



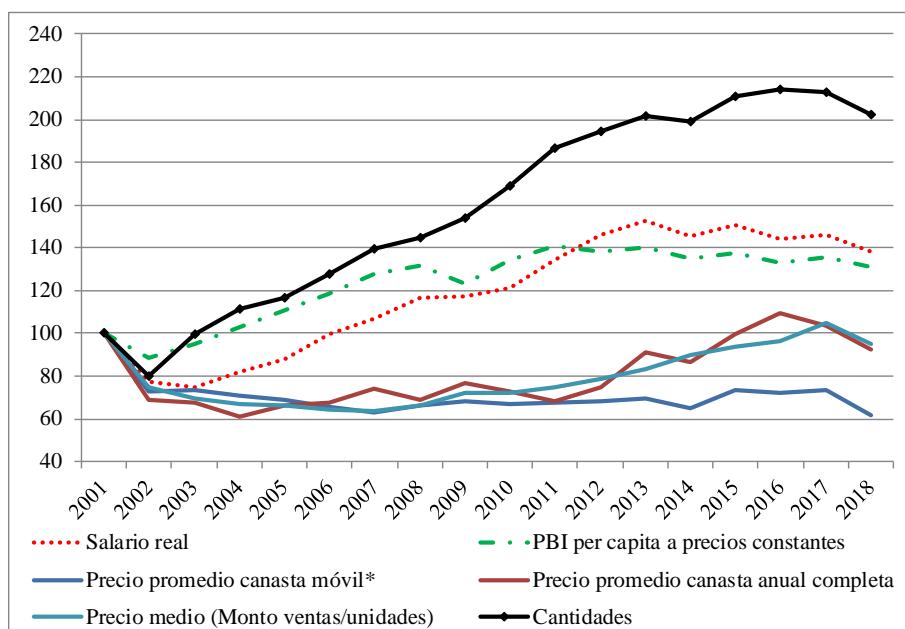
Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA.

⁴¹ Naturalmente, durante el período 2006-2015 el lanzamiento de nuevos productos podría reflejar una estrategia de los laboratorios para evitar la regulación de precios. Sin embargo, como se observa en la Sección 6, dichos lanzamientos fueron permanentes durante todo el período de la muestra, por lo cual tal tipo de estrategia no puede ser captada por los datos observados.

En síntesis, la evidencia hasta aquí aportada muestra –a través de diversos indicadores evaluados– que los precios de los medicamentos sufrieron un severo deterioro tanto en términos reales como en dólares corrientes a partir del año 2002, del que se pudieron recuperar sobre el final del período analizado por medio del lanzamiento de productos de mayor precio. Los segmentos ético y popular muestran distintos niveles de recuperación (superando levemente los niveles de 2001 en el caso de medicamentos recetados), pero quedando fuertemente rezagados los medicamentos sin receta en general y los medicamentos recetados con presencia histórica en el mercado. Medidos en dólares, los precios lograron recuperos temporarios en los años 2012, 2013 y 2017, lo que significa un retraso en la mayor parte del período analizado.

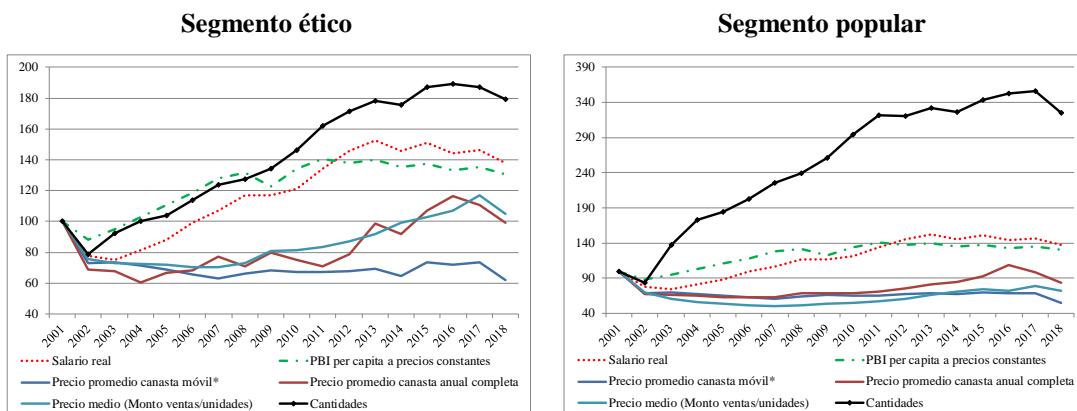
La última comparación corresponde a la evolución de precios (promedio ponderado, de productos comercializados cada año y con superposición de sub-períodos) con el PBI per cápita y el salario real de la economía. En el período bajo análisis el PBI per cápita en moneda constante se contraíó un 12% en el 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 41%, estancándose desde entonces (oscilando entre 34% y 38% por encima del nivel de 2001), y con una leve caída en años recientes, alcanzando un 31% en 2018. Por su parte, el salario real de la economía se contraíó en los años 2002 y 2003, acumulando una caída de 25%, y posteriormente se recuperó hasta superar en más de 50% el nivel de 2001 en el año 2013. Durante los últimos cuatro años del período analizado, el salario real osciló entre el 43% y el 50% por encima del nivel de 2001, también mostrando una caída en el año 2018, ubicándose un 38% por encima del nivel de 2001. 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 dicho volumen creció con una tendencia sostenida hasta 2017, para luego caer en 2018, en consonancia con la evolución de la economía. En este último año, las ventas -en unidades- superaron en un 102% (un 79% en el segmento ético y 226% en el popular) los niveles de 2001 (ver Figuras 39 y 40).

Figura 39. Mercado total: Índices reales base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a IQVIA, INDEC y FIEL. * Se seleccionó la serie de precios que superpone los períodos 2001-2006/2006-2011/2011-2013/2013-2015/2015-2018).

Figura 40. Segmentos ético y popular: Índices reales base 2001=100.



Fuente: elaboración propia en base a IQVIA, INDEC y FIEL. * Se seleccionó la serie de precios que superpone los períodos 2001-2006/2006-2011/2011-2013/2013-2015/2015-2018).

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 –aproximada por el PBI per cápita o el salario real de la economía– hubiera superado aquel valor) y más bien es consistente con la existencia de un proceso competitivo dinámico en el sector. En el caso del segmento ético, los precios pudieron recuperarse varios años después de que la capacidad de gasto se stabilizó en niveles muy superiores a los vigentes en 2001, y con transacciones que también excedieron holgadamente el nivel de la economía. En el segmento popular, estos resultados son más acentuados.

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 cobertura limitada. Efectuar comparaciones más representativas –cualquiera sea el método aplicado para fijar los criterios de semejanza entre productos– implica 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 una muestra de países de Latinoamérica. En función de las consideraciones metodológicas señaladas se ha optado por presentar diversas mediciones alternativas. Dos mediciones se basan en criterios relativamente laxos de semejanza de productos, en tanto que un tercer criterio toma en cuenta en la comparación sólo fármacos idénticos.

5.1. Aclaraciones sobre la información utilizada

La nómina de países incorporados en el análisis se modificó respecto a los considerados en el DT#121. En ese documento se comparó Argentina con Brasil, Colombia, Ecuador, México, Perú y Venezuela. En el presente documento se incorporó Chile y se descartó Venezuela.⁴²

Para realizar los ejercicios de comparación de precios de medicamentos de la Argentina en relación a los otros países incorporados en la muestra, utilizamos información de unidades y valores de los productos comercializados en todas las clases terapéuticas a Nivel 3 dentro de los grupos terapéuticos A, C, J, M, N y R (los 6 grupos estudiados en la Sección 2), correspondiente al mes de diciembre de 2018 en el caso de Argentina y al mes de diciembre de 2017 en el resto de los países (con excepción de Chile, cuyos precios corresponden al año 2017).⁴³ La fuente de datos es IQVIA.

De igual modo que en el DT#121, los datos utilizados en la comparación internacional corresponden a precios de compra de las farmacias (que es la medición estándar de IQVIA),⁴⁴ en dólares estadounidenses (al tipo de cambio oficial). Por ende, las diferencias de precios que pudieran existir por distintos márgenes del canal de comercialización minorista (farmacias) y/o por impuestos no son computadas.

Tomando como referencia la importancia de los distintos productos en la facturación de medicamentos en Argentina, se seleccionaron dentro de cada uno de los 6 grupos terapéuticos señalados las 3 principales clases terapéuticas (Nivel 3) y, dentro de cada clase terapéutica se consideraron los 3 principios activos más importantes. A su vez, para cada principio activo se

⁴² La evolución de la inflación y la brecha de tipo de cambio en aquel país en los últimos años genera fuertes distorsiones de la información de base. De esta forma, los datos de Venezuela carecen de valor en la comparación internacional.

⁴³ Naturalmente, la comparación es válida en tanto los precios en dólares de los medicamentos en el resto de los países de la región no se hubieran modificado entre 2017 y 2018. En todo caso, debido a que la base de datos de países nos fue provista durante el año 2018, no nos fue posible realizar su actualización, y supondremos por tanto que los cambios durante dicho año en dichos países fueron poco relevantes.

⁴⁴ 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.

tomaron los 3 principales productos en cada principio activo evaluado. Si bien se consideran, entonces, 6 grupos terapéuticos, 18 clases terapéuticas y un máximo de 54 drogas y 162 productos,⁴⁵ procurando captar los medicamentos 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 12 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 D).

Cuadro 12. Clases terapéuticas, principios activos y productos comparables.

Grupo (5)	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Perú
- Clase terapéutica: (máx 18: 6x3)	18	18	18	18	18	18	18
- Principio activo (máx 54: 6x3x3)	54	53	51	54	50	54	51
- Producto (máx 162: 6x3x3x3)	153	135	129	142	137	145	135

Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA.

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 (9 principios activos compuestos de los 54 seleccionados), el criterio elegido fue ponderar cada principio activo simple en partes iguales. Por último, cuando un producto incluye presentaciones heterogéneas (tabletas y solución jarabe), las mismas se convirtieron a unidades 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 cociente 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 13 presenta la transformación de las unidades y cálculo de precio por unidad de principio activo para el primer producto de Argentina (Losacor) y Brasil (Aradois) que utiliza el principio activo Losartan (dentro de la clase terapéutica C09A).

En este caso, el producto Losacor tiene distintos precios según su presentación, promediando US\$ 11,10 por caja en Argentina, mientras que el producto equivalente en Brasil, el Aradois promedia un precio por caja de US\$ 11,80. De acuerdo a estos valores, el Losacor en Argentina sería un 6% más barato que el Aradois en Brasil, conteniendo ambos productos el mismo principio activo, y correspondiendo ambos a la misma clase terapéutica. En cambio, cuando la comparación se realiza a partir de la conversión de unidades a miligramos de principio activo (unidades equivalentes), el precio de un mg de Losacor es US\$ 0,0055 en Argentina, mientras que en Brasil el precio de un mg

⁴⁵ Puede ser que no todas las clases terapéuticas tengan tres drogas y que no todas las drogas tengan tres productos en el mercado.

de Aradois es US\$ 0,0077. Así, la diferencia de precios en miligramos muestra un valor 29% más bajo en nuestro país.

Cuadro 13. Ejemplo de conversión de unidades y cálculo de precio por unidad de principio activo: Grupo terapéutico C / Clase terapéutica C09A / Principio activo Losartán

Producto / Presentación	Unidades	Valores US\$	mg	uni	Unidades equivalentes	Precio unitario US\$	Precio unitario US\$ x mg
Losacor – Argentina	339.895	3.772.770			691.150.500	11,10	0,005
Losacor Tabl Recubie 50 Mg X 30	219.023	2.070.643	50	30	328.534.500	9,45	0,006
Losacor Tabl Recubie 100 Mg X 30	48.221	862.340	100	30	144.663.000	17,88	0,006
Losacor Tabl Recubie 50 Mg X 60	72651	839.785	50	60	217.953.000	11,56	0,004
Aradois – Brasil	998.094	11.774.286			1.536.110.250	11,80	0,0077
ARADOIS CPR REVEST 50 MG x 30	897.596	10.415.641	50	30	1.346.394.000	11,60	0,008
ARADOIS CPR REVEST 50 MG x 60	19.546	380.073	50	60	58.638.000	19,45	0,006
ARADOIS CPR REVEST 25 MG x 60	27.842	340.311	25	60	41.763.000	12,22	0,008
ARADOIS CPR REVEST 25 MG x 30	40.731	324.939	25	30	30.548.250	7,98	0,011
ARADOIS CPR REVEST 50 MG x 90	6.108	155.450	50	90	27.486.000	25,45	0,006
ARADOIS CPR REVEST 100 MG x 60	4.156	112.619	100	60	24.936.000	27,10	0,005
ARADOIS CPR REVEST 100 MG x 30	2.115	45.253	100	30	6.345.000	21,40	0,007

5.2 Comparaciones de precios de canastas representativas

El punto de partida de la comparación internacional, antes de realizar el análisis más detallado a nivel de clases terapéuticas, es la comparación de un indicador sintético de los precios de los medicamentos comercializados en cada uno de los países seleccionados. El indicador se presenta en la Figura 41, y muestra el precio promedio ponderado para el total del mercado (panel izquierdo) y para el segmento ético (panel derecho), según IQVIA (en dólares por unidad, normalizado a Argentina = 100). Considerando el los medicamentos sin distinguir entre recetados y populares (panel izquierdo), el precio medio de los productos farmacéuticos comercializados en Argentina resulta superior al precio medio en Chile, Colombia, Ecuador y Perú, similar al de Brasil, e inferior al de México. Los precios más bajos en relación a los vigentes en Argentina corresponden a Chile y Colombia. Sin embargo, esta medición tiene el problema que compara canastas muy diferentes.

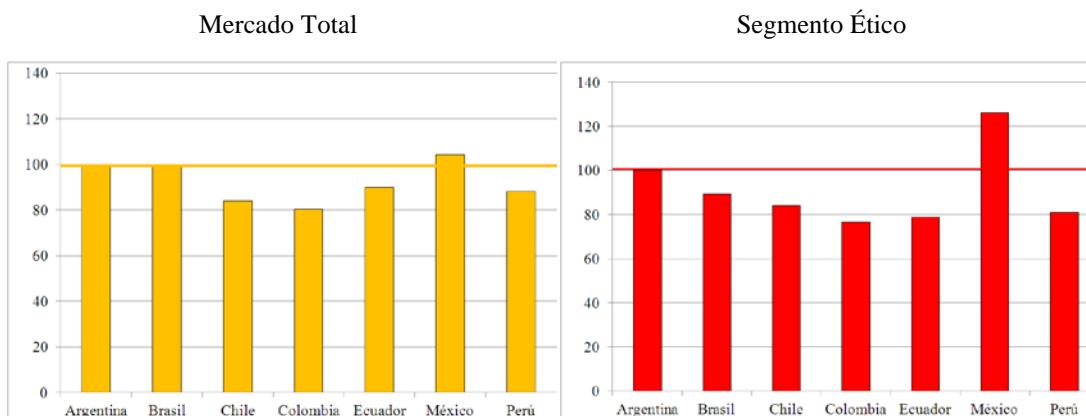
El panel derecho de la Figura 41 presenta el mismo indicador de precio implícito en dólares para la canasta de medicamentos del segmento ético (también normalizado a base Argentina = 100). Como puede observarse, en este segmento Argentina continúa teniendo los precios más elevados, aunque hay cambios en la comparación de los países. La brecha de precios se amplía respecto de los casos de Brasil, Colombia, Ecuador y Perú, se reduce respecto a Chile, y aumenta en la dirección opuesta respecto de México (es decir, los productos de México se encarecen relativos a los de Argentina).

En relación con los resultados presentados en el DT#121, donde se analizó el segmento ético, se observa una disminución en el precio relativo de Argentina respecto de los países comparados: el índice para Colombia aumenta 64 en 2011 a 76 en la comparación actual, en el caso de Ecuador de 49 a 79, en el caso de México de 120 a 126, y en el de Perú de 80 a 81. La excepción es Brasil, cuyo índice desciende de 98 en 2011 a 89 en la comparación actual).⁴⁶ Así, la brecha de precios disminuyó entre 2011 y el período de comparación actual, producto de atrasos en precios relativos al dólar en la Argentina en comparación con los otros países.⁴⁷

⁴⁶ El Anexo E incluye la Figura del DT#121 con la que se realizan las comparaciones en esta sección.

⁴⁷ Este tipo de comparaciones es dependiente del momento en que se realizan. En el caso particular de la Argentina, los precios a diciembre de 2018 adicionan un nuevo retraso respecto del dólar estadounidense (luego de las dos devaluaciones fuertes sufridas en dicho año).

Figura 41. Facturación promedio de laboratorios (total de mercado y segmento ético). Diciembre de 2017/8, base Argentina = 100.



Sin embargo, como se señaló anteriormente, las comparaciones globales tienen como mayor debilidad la consideración de canastas de productos heterogéneas entre países. Para resolver este problema, a continuación se realizan dos ejercicios basados en los precios por miligramo calculados según se explicó en la Sección 5.1, exponiéndolos a una comparación en dólares y a otra que corrige por el poder adquisitivo en distintos países.

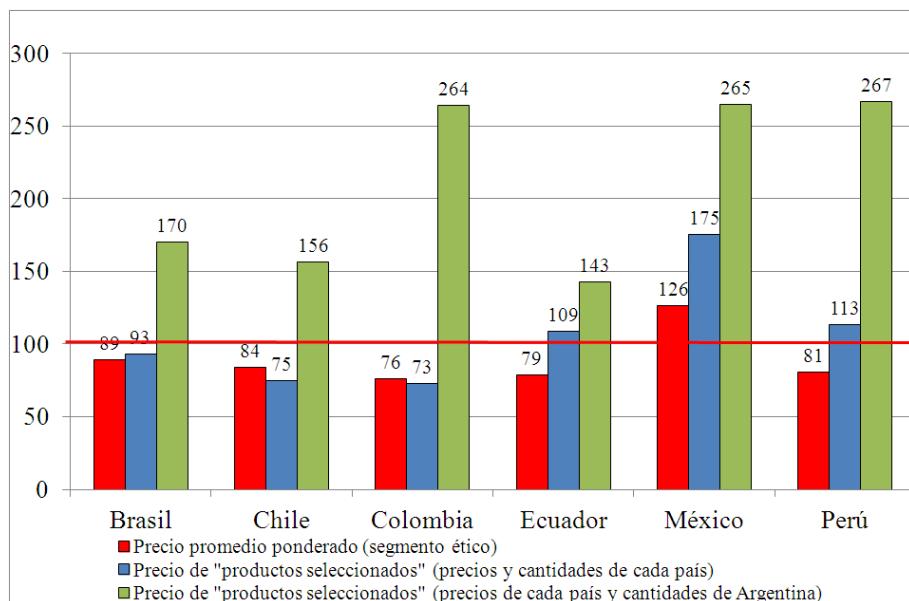
El primer ejercicio, reflejado en la Figura 42, calcula el precio promedio de los productos del Cuadro 12, en dólares por mg de droga, utilizando como ponderador las cantidades de cada país (normalizado a Argentina = 100).⁴⁸ La barra roja muestra los precios del panel derecho de la Figura 41; la barra azul muestra el precio relativo de cada país vs. Argentina (la barra verde se explica más adelante con el segundo ejercicio). La homogeneización de unidades (en cada país) tiende a abaratar el precio de Chile y Colombia relativo al de Argentina, y a encarecer el precio relativo de Brasil, Ecuador, México y Perú. Se destacan de esta comparación los casos de Ecuador, que se encarece respecto de Argentina (el precio relativo según el indicador agregado es 79, pero comparando productos de esta manera el precio relativo asciende a 109), y de Perú (el precio relativo según el indicador agregado es 81, pero comparando productos de esta manera el precio relativo asciende a 113).⁴⁹

En relación con los resultados presentados en el DT#121 (ver Figura en Anexo E), se observa un descenso en el precio relativo de Brasil vs. Argentina (desde 126 en 2011 a 93 en el cálculo actualizado). En los casos de Perú y Ecuador se observa un encarecimiento y, además, una reversión en los precios relativos (Perú: desde 47 en 2011 a 113 en la comparación actual; Ecuador: desde 59 en 2011 a 109 en la comparación actual). En el caso de México, la diferencia se mantiene y se ubica por encima de Argentina (desde 177 en 2011 a 175 en la comparación actual). Por último, en Colombia se produce un leve encarecimiento relativo (desde 67 en 2011 a 73 en la comparación actual).

⁴⁸ Por ejemplo, en el caso de Argentina el precio promedio del mg de droga calculado corresponde a la facturación de los 153 productos considerados dividido los mg de droga equivalentes. En el caso de Brasil, se repitió el cálculo para los 132 productos disponibles, etc.

⁴⁹ Como el número de productos de cada país difiere (según se detalló en el Cuadro 12), 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.

Figura 42. Precio relativo de medicamentos seleccionados (Cuadro 12) entre cada país y Argentina. Diciembre 2017/8.



Nota aclaratoria: los “productos seleccionados” corresponden a los del Cuadro 12.

El segundo ejercicio, también presentado en la Figura 42, calcula el precio promedio de los productos seleccionados (del Cuadro 12) utilizando las cantidades de Argentina (barra verde). 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 el país de comparación. Así, se construye un precio para Argentina y cada país (de a pares) respetando el número de productos que hay en cada país (cabe notar en el Cuadro 12 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 los otros países requiere de un mayor gasto para el consumidor. Tomando los precios de Colombia, México o Perú este mayor gasto es de aproximadamente 165%, mientras en con los precios de Brasil, Chile y Ecuador este mayor gasto es de hasta 70% mayor. Esto puede deberse a varias razones, pero anticipando los resultados que se analizan a continuación, un factor importante tiene que ver con que el primer producto en otros países suele tener un precio muy elevado (pocas unidades) mientras que los siguientes productos suelen tener precios muy bajos (y muchas cantidades) respecto de lo que ocurre en Argentina. Así, al reemplazar la canasta de Argentina con los precios de otro país, el precio promedio ponderado aumenta significativamente.

Estos dos ejercicios, en principio, muestran resultados bien dispares. Por un lado, cuando se comparan los precios de cada país con la canasta de cada país, los precios de medicamentos son -en promedio- mayores en Argentina que en los países de la región (con excepción de México). Ello es así debido a que se ponderan distintas drogas y distintos productos dentro de una misma droga según las preferencias locales (es decir, el primer, segundo y tercer medicamento que utilizan cierta droga no son los mismos, como así tampoco la importancia de cada droga en la canasta de medicamentos de cada país). Sin embargo, cuando se valorizan las cantidades consumidas en Argentina a los precios de distintos países (suponiendo que el primer, segundo y tercer producto de cierta droga en Argentina tienen el precio del primer, segundo y tercer producto del país con que se

compara), la canasta de productos consumida en la Argentina representa un gasto para el consumidor mucho menor que dicha canasta valorizada a los precios de los países. Como se explicó, ello se debe a que en varios países los principales productos corresponden a medicamentos con precio muy alto y pocas cantidades, y los siguientes productos corresponden a medicamentos con precios muy bajos y ventas masivas. A continuación, se analiza más en detalle esta afirmación y, posteriormente, la Sección 5.3 revisa la robustez del segundo resultado (que la canasta de consumo en Argentina representa un gasto muy superior cuando se valoriza con precios de otros países) al comparar productos idénticos.

El siguiente ejercicio investiga las divergencias de precios de los productos seleccionados (Cuadro 12), contabilizando el número de principios activos que tienen mayor o menor precio en la Argentina respecto de los países de la comparación. Este ejercicio se presenta en el Cuadro 14 para dos definiciones de “precio”:

- El precio del producto más vendido de cada droga (medido por la facturación).
- El precio promedio ponderado de los 3 productos más vendidos de cada droga.

Cuadro 14. 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	Chile	Colombia	Ecuador	México	Perú
Mayor	11	24	12	14	8	13
Menor	42	27	40	36	46	38
n.d.	1	3	2	4	0	3

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

3 productos	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Perú
Mayor	12	22	18	16	9	19
Menor	41	29	34	34	45	32
n.d.	1	3	2	4	0	3

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, independientemente de la elección del “producto” (esto es, el medicamento de mayor facturación o una canasta de tres medicamentos de mayor facturación), es que en todos los países hay, simultáneamente, productos más caros y más baratos que en Argentina. El número de casos con precio inferior en Argentina es mayor que el número de casos con precio superior en Argentina en todos los países.

Al mismo tiempo, con la excepción del caso de Chile, puede verse que se reduce el número de casos de precios más caros en Argentina al pasar del primer producto al promedio de 3 productos.

El Cuadro 15 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). En el cuadro vuelven a mostrarse resultados similares a los alcanzados en el DT#121: la dispersión de precios señalada en el Cuadro 14 es tal que 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 15) y comparando con

Perú, de los 51 principios activos comparables (19 con mayor precio y 32 con menor precio), en 36 casos la diferencia de precios excede el 50% (en más -10 casos- o en menos -26 casos-) y en 8 casos la diferencia de precios está entre 20% y 50% (5 casos con mayor precio y 3 casos con menor precio). Es decir, en el 86% de los principios activos la dispersión de precios excede el 20% (y en el 70% de los casos la dispersión excede el 50%). Comparando con Colombia, de los 52 principios activos comparables (18 con mayor precio y 34 con menor precio), en 40 casos la diferencia de precios excede el 50% (en más -12 casos- o en menos -28 casos-) y en 6 casos la diferencia de precios está entre 20% y 50% (4 casos con mayor precio y 2 con menor precio). Es decir, en el 88% de los principios activos la dispersión de precios excede el 20% (y en el 77% de los casos la dispersión excede el 50%). Un fenómeno similar se observa en México. En la comparación con Ecuador, Brasil y Chile la distribución de frecuencia de casos entre los rangos de diferencias de precios resulta menos sesgada hacia los extremos, pero sigue siendo importante.

Cuadro 15. 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	Chile	Colombia	Ecuador	México	Perú
Mayor	11	24	12	14	8	13
0-10%	3	0	2	1	2	1
10-20%	1	2	1	2	1	0
20-50%	4	4	1	3	3	4
50%+	3	18	8	8	2	8
Menor	42	27	40	36	46	38
0-10%	5	2	1	1	1	2
10-20%	1	2	0	3	1	0
20-50%	7	5	3	4	4	2
50%+	29	18	36	28	40	34

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

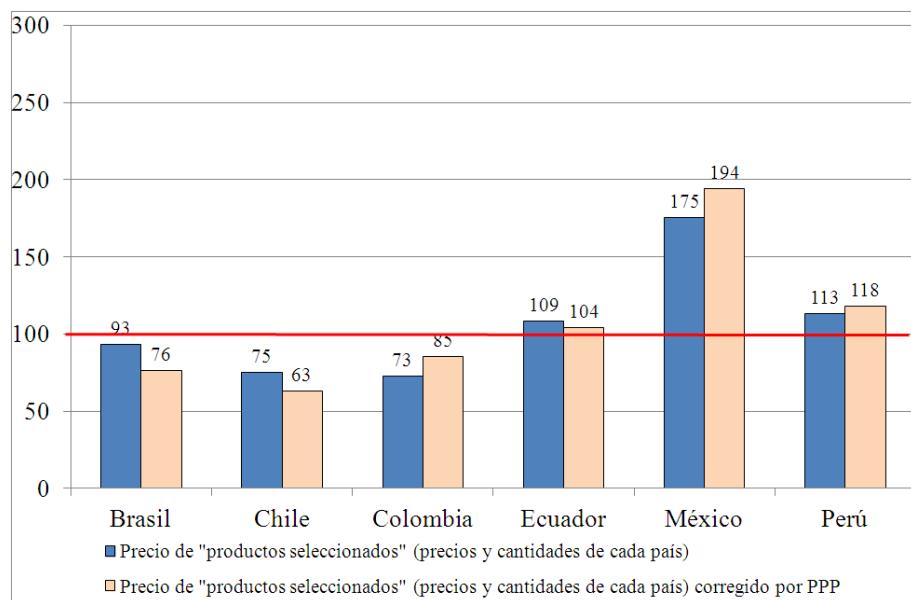
3 productos	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Perú
Mayor	12	22	18	16	9	19
0-10%	6	3	1	1	1	2
10-20%	0	3	1	3	1	2
20-50%	2	7	4	6	4	5
50%+	4	9	12	6	3	10
Menor	41	29	34	34	45	32
0-10%	4	2	1	1	2	2
10-20%	3	2	3	3	4	1
20-50%	6	7	2	8	4	3
50%+	28	18	28	22	35	26

Por último, a continuación se toman en cuenta las diferencias en el poder de compra de los consumidores en los distintos países. Tal como se mencionó en el DT#121, diversos factores pueden explicar los diferenciales de precios en dólares de productos entre mercados, comenzando por la divergencia en las paridades de poder de compra (PPP) entre países. En dicho documento se

había concluido que esta corrección no generaba resultados significativamente distintos.⁵⁰ En esta oportunidad, nuevamente se revisan las diferencias en las paridades relativas entre países para obtener una comparación actualizada de precios corregidos por poder adquisitivo. Para ello, a los fines de comparar el valor de los medicamentos en dólares de igual paridad de compra, se corrigieron los precios de cada país por el coeficiente de PPP implícito en las mediciones de PBI realizadas por el FMI en su *World Economic Outlook*. Es de esperar que aquellos países con un dólar con mayor poder de compra posean precios de productos imperfectamente transables más bajos relativamente, de modo que, en términos de moneda comparable, los precios de los medicamentos resulten más elevados.

La Figura 43 a continuación informa el precio relativo de los medicamentos seleccionados en cada país respecto de la Argentina, medidos en dólares (barra azul, que es la barra azul de la Figura 42) y corregidos por PPP (barra naranja). Se observa que al corregir por el poder de compra del dólar en cada país, los precios se “abaratán” relativamente en nuestro país en 3 de los 6 casos comparados (Colombia, México y Perú).⁵¹ En la comparación individual, se observa que la brecha de precio relativo se amplifica en Brasil y Chile respecto a la Argentina, mientras que en el caso de Ecuador los precios en ese país disminuyen relativamente, pero siguen ubicándose por encima de los de Argentina. Por su parte, los precios en Colombia se encarecen relativamente, pero se mantienen por debajo de los de Argentina. Finalmente, los precios en México y Perú se encarecen relativamente, alejándose aún más de los de Argentina.

Figura 43. Precio relativo de medicamentos seleccionados entre cada país (Dic-2017) y Argentina (Dic-2018), en USD y USD corregidos por PPP.



⁵⁰ Ver DT#121, nota al pie 52.

⁵¹ Estas diferencias también se presentan en la comparación global de precios (Figura 41), en el ejercicio de canastas comparables que se discute a continuación (barras verdes de la Figura 42), y en el ejercicio de comparación de productos idénticos (Figura 44). Para no generar repeticiones, se presentará también la comparación por PPP solamente en el último ejercicio.

5.3 Comparaciones de precios de productos idénticos

En esta sub-sección 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 12, para este ejercicio se consideraron 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 16 (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 135, pero de éstos sólo 16 son de la misma marca comercial. Estos 16 productos, a su vez, se comercializan bajo diferentes presentaciones, alcanzando a 45 las que son idénticas entre ambos mercados. Algo similar ocurre respecto de otros países, siendo Ecuador –con un total de 137 presentaciones correspondientes a 23 marcas comerciales– el mercado con la mayor canasta de productos idénticos a los de la plaza local.

Cuadro 16. Comparación internacional de precios de productos farmacéuticos idénticos

	Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México	Perú
Nº de productos comparables	153	135	129	142	137	145	135
Nº de productos idénticos	62	16	21	19	23	16	22
Nº de productos/presentaciones idénticos	166	45	76	77	83	48	76
Nº productos/presentaciones con precio mayor en Argentina		10	16	19	14	7	11
% productos/presentaciones con precio mayor en Argentina		22%	21%	25%	17%	15%	14%
Nº productos/presentaciones con precio mayor en Argentina (PPP)		15	22	10	15	3	11
% productos/presentaciones con precio mayor en Argentina (PPP)		33%	29%	13%	18%	6%	14%

Los resultados de este ejercicio de comparación (Cuadro 16, filas 4 y 5) revelan que, en dólares corrientes, en la comparación actualizada, los laboratorios fijaban en la Argentina precios que normalmente están por debajo de los que establecen en el resto de los países de la región considerados aquí.⁵² Para el promedio de países incluidos en la comparación, en nuestro país un 80% de los medicamentos analizados resultan más baratos (este porcentaje fue superior en 2011, dado el atraso que evidenciaban los precios en Argentina en dicho año). En un extremo se encuentra Perú, con medicamentos que resultan más caros que en nuestro país en el 86% de los casos, mientras que en el otro extremo se encuentra Colombia, donde un 75% de las presentaciones comparadas posee precios más altos que en nuestro país. En el Anexo F se detallan la totalidad de los productos/presentaciones evaluados y los precios medios en dólares vigentes en cada país.

Del mismo modo que se realizó en la sección anterior, aquí también se procedió a corregir los precios en dólares de los productos / presentaciones idénticos, de acuerdo a los factores de paridad de poder de compra (PPP) correspondiente a cada país. Los resultados de esta corrección se sintetizan en las filas 6 y 7 del Cuadro 16, y muestran –en consistencia con los de la sub-sección anterior– que depende del país con el que se realice la comparación para determinar si en nuestro país se comercializan medicamentos a menor o mayor precio medido en moneda comparable. En efecto, luego de la corrección por PPP de los precios, el porcentaje de casos con precios más bajos en nuestro país se reduce en la comparación con Brasil, Chile y Ecuador, pero aumenta en la comparación con Colombia y México. Adicionalmente, en el Cuadro 16 puede observarse que la mayor corrección en el número de casos en los que un medicamento (presentación) se vende a un

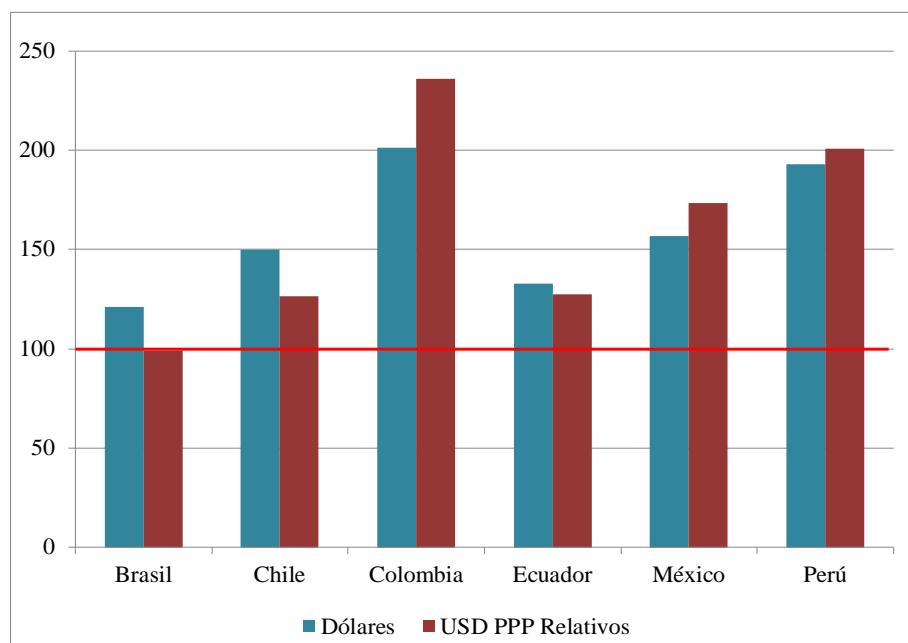
⁵² En la mayoría de los casos, el producto es elaborado por el mismo laboratorio en uno y otro país, mientras que en otros casos si bien la marca comercial es la misma, el laboratorio es diferente.

precio superior en nuestro país se da en la comparación con Brasil, pasando de 22% de los casos en la medición a precios corrientes al 33% de los casos cuando la medición se realiza con dólares de igual poder de compra. En cambio, en la comparación con respecto a Perú, prácticamente no existen modificaciones y sólo un producto deja de resultar más caro en nuestro país.

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 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, cada precio relativo corresponde de comparar Argentina con el respectivo país, para la canasta de presentaciones que tienen en común.

Este ejercicio agregado se presenta en la Figura 44 donde se muestra la canasta compuesta por los productos / presentaciones de la muestra que son idénticos en la Argentina respecto de cada país considerado. En la figura puede observarse que con la excepción de Brasil en la medición en dólares PPP, todos los países cobran precios más caros que en Argentina. Adicionalmente, la corrección de dólares corrientes a dólares PPP muestra una reducción del gasto relativo en medicamentos idénticos en el caso de Brasil, Chile y Ecuador. En los casos de Colombia, México y Perú la corrección muestra un incremento respecto a la medición en dólares corrientes. En el caso de Colombia, la corrección por dólares PPP arroja un alza del 17% respecto a la medida de dólares corrientes, llevando la canasta hasta un 135% más cara que en Argentina.

Figura 44. 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 en un mayor número de casos a un nivel que en términos generales resulta más bajo, ya sea que se comparan precios en dólares o que se corrijan tales dólares por su poder adquisitivo diferencial en cada país.

Sección 6: Innovación a través del lanzamiento de nuevos productos

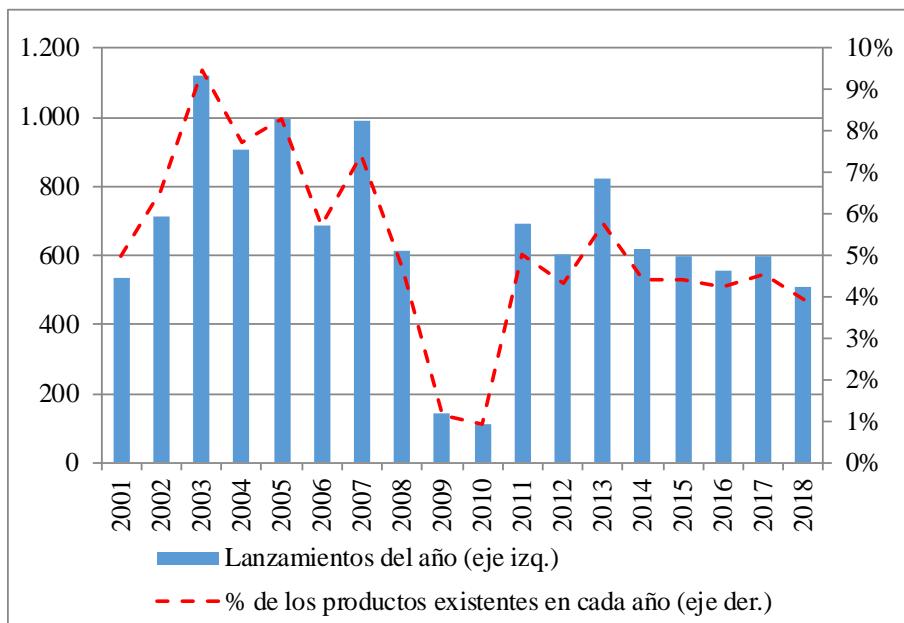
En esta sección completamos el análisis de la competencia en el mercado de medicamentos haciendo referencia a esfuerzos competitivos no necesariamente identificables en los cambios en las participaciones de mercado ni en la evolución de precios de los distintos laboratorios activos en el país y que además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

Según se argumentó en el DT#121, en el hipotético caso de que el mercado esté 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 que no se verifica en 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 los últimos 15 años al menos, inconsistentes con acuerdos de no-competencia.

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. Sin embargo, en países con regulaciones estrictas de precios suele suceder que los laboratorios tienden a dedicar menos esfuerzos en realizar lanzamientos de nuevos medicamentos en comparación con los mercados en que tales restricciones no existen (ver, por ejemplo, Danzon y Furukawa, 2008). 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.

La información elaborada por IQVIA permite aproximar esta variable competitiva de los laboratorios calculando la cantidad de productos que son lanzados anualmente al mercado local (ver Figura 45): luego de un par de años con baja actividad de lanzamientos (532 en 2001 y 715 en 2002) se inicia un período de alta actividad entre 2003 y 2008, promediando 886 lanzamientos que representan cerca de 7% de la cartera de fármacos comercializados en ese lapso. En los años 2009 y 2010, en un contexto en el que el control de precios al que fueron sometidas las empresas del sector se fue intensificando, se observa un cambio notable en la actividad innovadora de los laboratorios: el promedio de productos nuevos lanzados al mercado doméstico se redujo drásticamente a menos de 130 por año (apenas 1% de la cantidad de fármacos colocados en el mercado doméstico). Luego, a partir de 2011 se observa un nuevo quiebre: los laboratorios reinician su actividad de lanzamientos, promediando 667 nuevos productos por año (4,8% de la cantidad de fármacos) entre 2011 y 2015. Finalmente, durante los tres últimos años –en los que se eliminaron los controles de precios sobre medicamentos– aún no se detectan cambios significativos en esta actividad: los laboratorios lanzaron, en promedio, 554 productos por año (4,2% de la cantidad de fármacos).

Figura 45. Lanzamiento de nuevos productos, 2001-2018

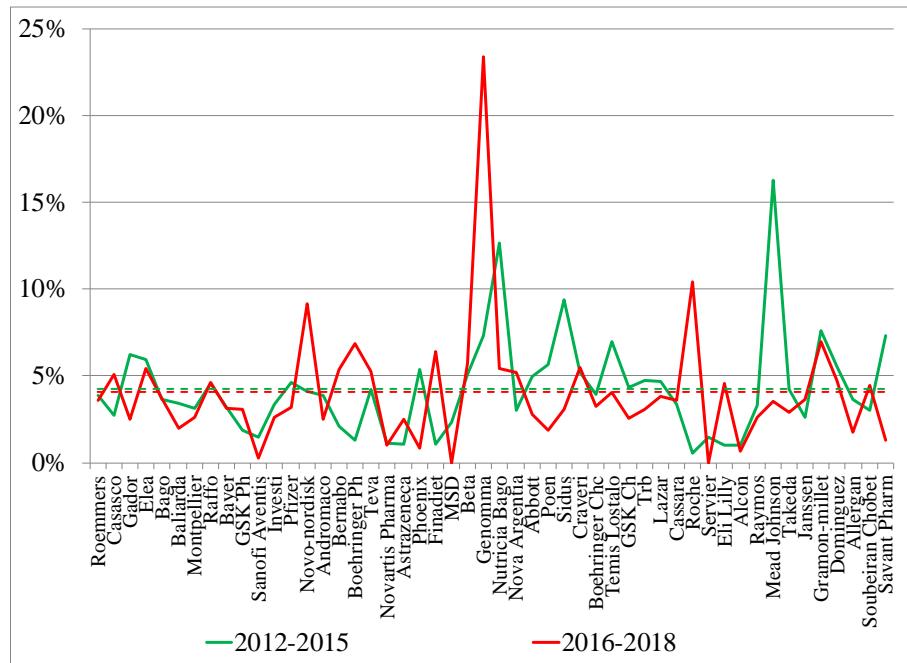


Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA. Se actualizaron los datos de lanzamientos del año 2011 respecto del DT#121.

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 IQVIA, los lanzamientos de nuevos productos de los 50 primeros laboratorios (según el ranking por ventas de 2018), acotado solamente al período 2012-2018 (similar al considerado a nivel de clases terapéuticas en la Sección 3.2). La Figura 46 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 cada año en cualquiera de los dos sub-períodos considerados. 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.

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.

Figura 46. Lanzamiento de nuevos productos de los principales laboratorios (% de carteras respectivas). Períodos 2012-2015 y 2016-2018.



Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA.

Sección 7: Conclusiones

El objetivo de esta investigación ha sido ampliar el análisis de la hipótesis de la existencia de acuerdos colusivos entre los laboratorios activos en la Argentina al período 2001-2018. La verificación de dicha hipótesis 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 coinciden cualitativamente con los obtenidos al examinar el período 2001-2011 en el DT#121. Los mismos 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. 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, en función de: (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 – aunque con posibles retrocesos en los últimos años– las escasas barreras a la entrada existentes; (ii) el consecuentemente elevado número de oferentes activos en el mercado (incluso si se consolidan los laboratorios en grupos económicos bajo un control accionario común o compartido), además agrupados en varias cámaras diferentes que se han enfrentado entre sí en distintos conflictos históricos;⁵³ (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 y adquisición (F&A) analizada; y (iv) distintas características propias de los oferentes y de los productos (heterogeneidad de los productos, asimetría entre laboratorios de distinto tamaño, origen y objetivos, etc.).
2. De hecho, el mercado de medicamentos continúa poco concentrado y con participaciones de mercado y ubicaciones en el ranking inestables. Definiendo los mercados de medicamentos al Nivel 3 de la clasificación anatómica realizada por EphMRA, luego de analizar 161 clases terapéuticas pertenecientes a 6 grupos anatómicos, se sigue verificando que si bien la concentración de mercado aumenta al fragmentar la industria en varios mercados relevantes (esto es, los laboratorios tienen mayores *market shares* en los segmentos y especialidades donde efectivamente ofrecen sus productos), hay situaciones donde la inestabilidad de dichas participaciones es mucho más importante.

⁵³ 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. Por otro lado, los precios de los medicamentos sufrieron un severo deterioro a partir del año 2002, del que se pudieron recuperar –en términos reales– recién sobre el final del período analizado (en términos reales), a través del lanzamiento de productos de mayor precio, sufriendo un nuevo deterioro en 2018. Medidos en dólares, los precios solamente lograron un recupero temporario en los años 2012, 2013 y 2017, por lo que, en general, se mantuvieron retrasados respecto del nivel de 2001. Además, si bien los precios de los medicamentos tienen alta visibilidad en la caracterización del proceso competitivo, ellos sólo representan una de las dimensiones en las que compiten los distintos laboratorios entre sí (como los esfuerzos promocionales, de comercialización, innovación, etc.).
4. La dimensión de innovación a través del lanzamiento de nuevos productos, aunque menos visible, continuó reflejando comportamientos competitivos.
5. La comparación internacional de precios (en dólares) muestra evidencia variada en lo que hace a la evaluación del precio de los productos en la Argentina respecto de varios otros países de América Latina (Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México y Perú). Por un lado, comparaciones amplias –gasto por medicamentos– muestran precios más elevados, excepto en México; pero considerando las canastas de los productos más vendidos de cada clase y principio activo se obtienen resultados diversos, con precios más elevados en Argentina que en Brasil, Chile y Colombia, y precios más bajos vs. Ecuador, México y Perú, y a la vez gran dispersión de precios de productos individuales (considerando los productos más vendidos en cada país, en Argentina existe un mayor número de productos con precios más bajos que productos con precios más altos). Por otro lado, las diferencias desfavorables se revierten cuando los ejercicios se acotan a productos comparables, o cuando se toma como base las cantidades consumidas en la Argentina. En estos casos, los precios domésticos lucen más en línea con, y en la mayoría de los casos son inferiores a, los de los países comparados.

En síntesis, la evidencia analizada permite verificar que el dinamismo en el proceso competitivo se ha mantenido post 2011, observándose importantes variaciones en las participaciones de mercado de los distintos laboratorios, tanto a nivel global, como en las clases terapéuticas más importantes. Por su parte, la caída de precios, tanto en términos reales como en dólares, continuó por varios años incluyendo 2018, registrándose un recupero real recién en los últimos años, y un recupero en dólares transitoriamente en 2012, 2013 y 2017. Este recupero se logró a través de la introducción de nuevos productos, etc., que a su vez se traducen en una comparación internacional de precios relativamente favorable al realizar los ejercicios más razonables, todos elementos incompatibles con una hipótesis de cartelización.

Anexo A. Información de IQVIA utilizada en las Secciones 2 a 6.

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

1. Ventas en volumen y facturación, por año desde 2001 hasta 2018 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, incluidas en los Grupos Anatómicos A, C, J, M, N y R, para laboratorios y productos, 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 2018 inclusive, identificando la clase terapéutica (Nivel 3) 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, N y R, a diciembre de 2017, identificando el grupo terapéutico (Nivel 1), la clase terapéutica (Nivel 3), el principio activo, el laboratorio, el producto y sus presentaciones, en los siguientes países: Argentina, Brasil, Chile, 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 2012 a 2018, información que se utiliza en la Sección 2.

El Cuadro A.2 sintetiza la información al año 2018 de las 140 clases terapéuticas analizadas en las Secciones 2 y 3. Los Cuadros A.2(1) a A.2(3) sintetizan la información *market shares* de los 6 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: 2012 a 2018.

	Uni 2012	Val \$ 2012		Uni 2013	Val \$ 2013		Uni 2014	Val \$ 2014		Uni 2015	Val \$ 2015
Total laboratorios	676,7	29.140,2	Total laboratorios	706,6	36.493,6	Total laboratorios	691,8	49.076,5	Total laboratorios	733,9	62.534,2
Roemmers	8,2%	9,1%	Roemmers	8,0%	9,1%	Roemmers	8,1%	9,1%	Roemmers	8,3%	9,1%
Bago	4,1%	4,7%	Bago	4,0%	4,5%	Bago	3,9%	4,5%	Bago	4,0%	4,6%
Gador	4,7%	4,4%	Gador	4,7%	4,3%	Gador	4,7%	4,5%	Casasco	3,1%	4,5%
Elea	4,5%	4,3%	Elea	4,3%	4,2%	Elea	4,3%	4,3%	Elea	4,4%	4,4%
Bayer	6,8%	3,9%	Casasco	2,7%	3,9%	Casasco	2,9%	4,2%	Gador	4,5%	4,4%
Casasco	2,6%	3,7%	Bayer	6,7%	3,7%	Rafio	2,5%	3,8%	Rafio	2,6%	3,8%
Rafio	2,4%	3,5%	Rafio	2,4%	3,5%	Bayer	6,5%	3,5%	Balarda	3,0%	3,8%
Balarda	2,7%	3,3%	Balarda	2,7%	3,3%	Balarda	2,8%	3,5%	Bayer	6,4%	3,5%
Pfizer	3,5%	3,3%	Montpellier	3,6%	3,3%	Montpellier	3,7%	3,3%	Montpellier	3,8%	3,4%
Montpellier	3,5%	3,2%	Teva	2,0%	3,0%	Teva	1,9%	2,9%	Teva	1,9%	2,8%
Teva	2,0%	3,2%	Pfizer	3,0%	2,9%	Pfizer	3,1%	2,7%	Pfizer	3,3%	2,6%
Sanofi Aventis	1,4%	2,6%	Glaxosmithkline Ph	1,7%	2,6%	Glaxosmithkline Ph	1,6%	2,6%	Sanofi Aventis	1,3%	2,5%
Glaxosmithkline Ph	1,6%	2,6%	Sanofi Aventis	1,3%	2,6%	Sanofi Aventis	1,4%	2,6%	Glaxosmithkline Ph	1,7%	2,5%
Phoenix	1,5%	2,4%	Investi	2,7%	2,4%	Investi	2,7%	2,4%	Investi	2,7%	2,4%
Investi	2,5%	2,3%	Novartis Pharma	0,9%	2,2%	Bemabo	2,6%	2,2%	Bemabo	2,7%	2,3%
Bemabo	2,4%	2,2%	Bemabo	2,5%	2,2%	Novartis Pharma	0,9%	2,1%	Andromaco	2,7%	2,2%
Novartis Pharma	1,0%	2,2%	Phoenix	1,4%	2,2%	Andromaco	2,6%	2,0%	Novartis Pharma	0,8%	1,8%
Andromaco	2,5%	1,9%	Andromaco	2,7%	2,0%	Phoenix	1,1%	1,9%	Novo-nordisk	0,2%	1,8%
Merck Sharp Dohme	1,0%	1,8%	Merck Sharp Dohme	0,9%	1,6%	Astrazeneca	0,7%	1,7%	Astrazeneca	0,7%	1,8%
Beta	0,8%	1,6%	Astrazeneca	0,7%	1,6%	Novo-nordisk	0,2%	1,6%	Phoenix	1,0%	1,7%
C4 (laboratorios 1 a 4)	21,6%	22,5%	C4 (laboratorios 1 a 4)	21,0%	22,1%	C4 (laboratorios 1 a 4)	21,0%	22,4%	C4 (laboratorios 1 a 4)	19,7%	22,6%
Laboratorios 5-20	38,3%	43,5%	Laboratorios 5-20	37,9%	43,0%	Laboratorios 5-20	37,1%	43,0%	Laboratorios 5-20	39,1%	43,3%
Laboratorios 21-50	26,9%	23,9%	Laboratorios 21-50	27,2%	24,4%	Laboratorios 21-50	28,2%	24,5%	Laboratorios 21-50	28,3%	24,6%
Resto Laboratorios	13,2%	10,1%	Resto Laboratorios	13,9%	10,4%	Resto Laboratorios	13,7%	10,1%	Resto Laboratorios	12,8%	9,6%
HHI	293	292	HHI	286	288	HHI	289	292	HHI	297	296
Precio "promedio ponderado"	43,06	Precio "promedio ponderado"	51,65	Precio "promedio ponderado"	51,65	Precio "promedio ponderado"	70,94	Precio "promedio ponderado"	70,94	Precio "promedio ponderado"	85,20

	Uni 2016	Val \$ 2016		Uni 2017	Val \$ 2017		Uni 2018	Val \$ 2018
Total laboratorios	745,4	92.241,5	Total laboratorios	740,5	117.488,7	Total laboratorios	702,4	151.295,9
Roemmers	8,5%	8,9%	Roemmers	8,6%	8,6%	Roemmers	8,9%	8,4%
Casasco	3,2%	4,8%	Casasco	3,2%	4,8%	Casasco	3,3%	4,9%
Bago	3,8%	4,7%	Elea	4,3%	4,6%	Gador	4,8%	4,8%
Elea	4,3%	4,5%	Bago	3,8%	4,5%	Elea	4,3%	4,6%
Gador	4,6%	4,4%	Gador	4,6%	4,5%	Bago	3,9%	4,6%
Balarda	3,1%	4,0%	Balarda	3,1%	4,0%	Balarda	3,3%	4,1%
Montpellier	3,9%	3,8%	Montpellier	4,0%	3,9%	Montpellier	4,2%	4,1%
Rafio	2,5%	3,8%	Rafio	2,4%	3,5%	Rafio	2,5%	3,8%
Bayer	7,5%	3,3%	Bayer	7,8%	3,4%	Bayer	7,2%	3,3%
Glaxosmithkline Ph	1,7%	2,6%	Glaxosmithkline Ph	1,6%	2,7%	Glaxosmithkline Ph	1,8%	3,1%
Investi	2,7%	2,5%	Sanofi Aventis	1,3%	2,6%	Sanofi Aventis	1,2%	2,7%
Pfizer	3,1%	2,5%	Pfizer	3,0%	2,4%	Pfizer	2,9%	2,3%
Teva	1,8%	2,5%	Investi	2,7%	2,4%	Pfizer	2,9%	2,3%
Sanofi Aventis	1,3%	2,5%	Andromaco	2,5%	2,3%	Novo-nordisk	0,2%	2,1%
Andromaco	2,6%	2,3%	Teva	1,6%	2,3%	Andromaco	2,3%	2,1%
Bemabo	2,6%	2,2%	Bemabo	2,6%	2,1%	Bemabo	2,5%	2,0%
Novartis Pharma	0,8%	1,8%	Novartis Pharma	0,7%	2,0%	Boehringer Ing Ph	0,5%	2,0%
Novo-nordisk	0,2%	1,8%	Novo-nordisk	0,2%	1,9%	Teva	1,5%	2,0%
Astrazeneca	0,7%	1,8%	Boehringer Ing Ph	0,5%	1,8%	Novartis Pharma	0,7%	1,9%
Phoenix	0,9%	1,7%	Astrazeneca	0,6%	1,8%	Astrazeneca	0,5%	1,6%
C4 (laboratorios 1 a 4)	19,9%	22,9%	C4 (laboratorios 1 a 4)	19,9%	22,5%	C4 (laboratorios 1 a 4)	21,3%	22,7%
Laboratorios 5-20	39,9%	43,5%	Laboratorios 5-20	39,2%	43,7%	Laboratorios 5-20	37,7%	44,0%
Laboratorios 21-50	27,3%	24,4%	Laboratorios 21-50	27,6%	24,7%	Laboratorios 21-50	28,3%	24,3%
Resto Laboratorios	12,9%	9,3%	Resto Laboratorios	13,3%	9,1%	Resto Laboratorios	12,7%	8,9%
HHI	312	299	HHI	317	295	HHI	318	299
Precio "promedio ponderado"	123,75	Precio "promedio ponderado"	158,66	Precio "promedio ponderado"	158,66	Precio "promedio ponderado"	215,39	

Fuente: elaboración propia en base a información de IQVIA.

Cuadro A.2 (parte 1). Clases terapéuticas a Nivel 3 (mercado total, segmentos ético y popular). Facturación, indicadores C1, C4 y HHI. Año 2018.

Clase Terapéutica (Nivel 3)	Mercado Total				Segmento Ético			Segmento Popular				
	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI
A01A	749,7	27,3%	61,6%	1.351	72,6	46,3%	91,8%	2.918	677,1	28,4%	66,0%	1.497
A01B	16,2	86,8%	100,0%	7,635	16,2	86,8%	100,0%	7,635				
A02A	552,8	43,1%	94,0%	2.933	302,5	48,9%	98,2%	4.499	250,3	39,8%	99,5%	3.329
A02B	5.330,7	21,3%	53,6%	956	5.198,4	21,8%	54,6%	993	132,3	46,5%	96,5%	3.362
A03A	505,4	53,3%	91,9%	3.835	351,8	75,1%	89,9%	5.736	153,6	95,8%	100,0%	9.199
A03C	9,3	68,1%	100,0%	5,512	9,3	68,1%	100,0%	5,512				
A03D	1.581,0	56,5%	99,3%	4.571	1.051,0	55,3%	99,4%	4.396	530,0	97,8%	100,0%	9.563
A03E	53,2	43,7%	98,3%	2.947	52,3	44,5%	100,0%	3.048				
A03F	1.406,4	24,6%	80,7%	1.704	1.406,4	24,6%	80,7%	1.704				
A03G	9,2	94,1%	100,0%	8.886	9,2	94,1%	100,0%	8.886				
A04A	173,3	63,4%	89,1%	4.264	173,3	63,4%	89,1%	4.264				
A05A	353,9	30,4%	80,9%	1.916	210,6	36,5%	88,9%	2.706	143,3	75,1%	96,9%	5.840
A05B	114,3	54,9%	94,5%	3.595	87,5	71,8%	100,0%	5.643	26,8	61,1%	100,0%	5.239
A06A	1.060,9	19,2%	63,3%	1.186	675,9	28,7%	73,4%	1.772	385,0	49,9%	85,6%	3.250
A06B	164,7	57,5%	89,0%	3.716	164,7	57,5%	89,0%	3.716				
A07A	110,2	30,3%	85,2%	2.223	110,2	30,3%	85,2%	2.223				
A07B	105,3	48,1%	99,8%	4.429	50,7	100,0%	100,0%	9.994	54,6	88,2%	100,0%	7.855
A07E	388,4	40,4%	76,0%	2.203	388,4	40,4%	76,0%	2.203				
A07F	156,5	59,3%	100,0%	5.124	156,5	59,3%	100,0%	5.124				
A07G	10,3	60,3%	100,0%	5.214	10,3	60,3%	100,0%	5.214				
A07H	134,9	52,0%	88,5%	3.266	121,9	57,5%	91,5%	3.906	12,9	88,8%	100,0%	8.010
A07X	33,2	100,0%	100,0%	10.000					33,2	100,0%	100,0%	10.000
A08A	238,6	27,0%	76,3%	1.737	236,1	27,2%	77,1%	1.773				
A09A	265,6	40,9%	93,0%	3.371	259,9	41,8%	92,9%	3.491				
A10C	5.552,8	52,7%	99,6%	3.871	5.552,8	52,7%	99,6%	3.871				
A10E	74,5	71,6%	100,0%	5.917					74,5	71,6%	100,0%	5.917
A10H	752,9	26,4%	77,2%	1.766	752,9	26,4%	77,2%	1.766				
A10J	2.215,7	57,5%	87,7%	3.677	2.215,7	57,5%	87,7%	3.677				
A10K	75,8	85,6%	100,0%	7.463	75,8	85,6%	100,0%	7.463				
A10M	25,2	90,1%	100,0%	8.175	25,2	90,1%	100,0%	8.175				
A10N	2.489,2	26,9%	75,3%	1.704	2.489,2	26,9%	75,3%	1.704				
A10P	356,4	49,5%	100,0%	4.290	356,4	49,5%	100,0%	4.290				
A10S	235,4	99,5%	100,0%	9.894	235,4	99,5%	100,0%	9.894				
A10X	250,7	30,3%	79,3%	1.981	250,6	30,3%	79,3%	1.982				
A11A	659,5	54,9%	92,5%	3.888	410,7	67,7%	95,3%	5.142	248,8	37,4%	95,0%	2.897
A11B	46,1	52,0%	92,1%	3.566	30,7	78,1%	99,3%	6.285				
A11C	700,3	19,1%	58,9%	1.113	695,8	19,2%	59,3%	1.127				
A11D	354,3	53,3%	94,4%	3.710	226,9	83,2%	97,7%	7.023	127,4	77,6%	100,0%	6.418
A11E	313,0	57,6%	94,6%	3.816	217,3	61,6%	98,4%	4.413	95,7	48,6%	95,9%	3.392
A11G	221,6	84,6%	99,8%	7.258	121,0	92,1%	100,0%	8.543	100,6	75,6%	99,8%	6.112
A11X	148,6	38,2%	90,7%	2.507	61,5	61,2%	100,0%	4.762	87,1	65,3%	99,1%	4.922
A12A	273,9	40,4%	86,2%	2.544	260,9	42,4%	90,5%	2.784	13,1	91,6%	98,7%	8.403
A12B	41,1	79,8%	100,0%	6.773	41,1	79,8%	100,0%	6.773				
A12C	376,4	54,5%	95,5%	3.887	351,4	58,4%	98,6%	4.421	25,0	44,5%	93,4%	2.858
A13A	141,0	46,7%	84,7%	3.166	127,6	51,6%	93,6%	3.847	13,4	25,4%	70,2%	1.633
A15A	130,9	100,0%	100,0%	10.000	130,9	100,0%	100,0%	10.000				
A16A	37,7	90,8%	100,0%	8.288	37,7	90,8%	100,0%	8.288				
C01A	29,3	100,0%	100,0%	9.992	29,3	100,0%	100,0%	9.992				
C01B	312,2	79,0%	99,9%	6.605	312,2	79,0%	99,9%	6.605				
C01C	14,9	37,5%	99,9%	3.178	14,9	37,5%	99,9%	3.178				
C01D	82,3	100,0%	100,0%	10.000	82,3	100,0%	100,0%	10.000				
C01E	80,0	94,0%	100,0%	8.849	80,0	94,0%	100,0%	8.849				
C01X	43,3	99,6%	100,0%	9.911	43,3	99,6%	100,0%	9.911				
C02A	48,4	50,9%	97,9%	3.650	48,4	50,9%	97,9%	3.650				
C02B	10,2	100,0%	100,0%	10.000	10,2	100,0%	100,0%	10.000				
C03A	1.194,9	26,6%	75,4%	1.755	1.194,9	26,6%	75,4%	1.755				
C04A	581,9	26,7%	67,3%	1.487	577,9	26,9%	67,8%	1.507				
C05A	190,9	14,9%	50,2%	1.018	166,6	17,1%	57,6%	1.208	24,4	70,0%	97,9%	5.313
C05B	160,1	29,0%	84,8%	2.038	118,7	39,2%	93,4%	2.768	41,4	87,5%	99,8%	7.725
C05C	1.431,6	32,5%	69,6%	1.663	1.423,1	32,7%	70,0%	1.683	8,5	52,9%	98,6%	3.550
C07A	2.866,0	23,3%	69,6%	1.491	2.866,0	23,3%	69,6%	1.491				
C07B	195,8	33,9%	79,3%	2.226	195,8	33,9%	79,3%	2.226				
C08A	1.578,5	16,8%	51,7%	981	1.578,5	16,8%	51,7%	981				
C09A	1.899,5	55,8%	80,3%	3.427	1.899,5	55,8%	80,3%	3.427				
C09B	546,2	35,2%	76,4%	1.917	546,2	35,2%	76,4%	1.917				
C09C	5.859,2	24,0%	49,7%	1.000	5.859,2	24,0%	49,7%	1.000				
C09D	3.523,1	17,8%	56,6%	1.006	3.523,1	17,8%	56,6%	1.006				
C09X	2,8	100,0%	100,0%	10.000	2,8	100,0%	100,0%	10.000				
C10A	6.023,3	11,4%	38,0%	660	6.023,3	11,4%	38,0%	660				
C10B	299,5	32,8%	84,5%	2.273	88,5	67,8%	99,8%	5.185	211,0	46,6%	91,1%	2.964
C10C	712,8	25,9%	69,7%	1.552	712,8	25,9%	69,7%	1.552				
C11A	15,8	58,9%	100,0%	4.806	15,8	58,9%	100,0%	4.806				

Cuadro A.2 (parte 2). Clases terapéuticas a Nivel 3 (mercado total, segmentos ético y popular). Facturación, indicadores C1, C4 y HHI. Año 2018.

Clase Terapéutica (Nivel 3)	Mercado Total			Segmento Ético			Segmento Popular					
	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI	Valores (millones de \$)	C1	C4	HHI
J01A	261,5	27,6%	75,7%	1.750	261,5	27,6%	75,7%	1.750				
J01C	2.127,6	69,4%	84,9%	4.920	2.127,6	69,4%	84,9%	4.920				
J01D	686,2	38,3%	85,0%	2.647	686,2	38,3%	85,0%	2.647				
J01E	253,9	96,0%	99,2%	9.224	253,9	96,0%	99,2%	9.224				
J01F	886,7	18,4%	54,9%	1.034	886,7	18,4%	54,9%	1.034				
J01G	795,3	38,5%	66,5%	1.835	795,3	38,5%	66,5%	1.835				
J01H	228,7	61,4%	99,5%	4.842	228,7	61,4%	99,5%	4.842				
J01K	25,5	48,0%	99,6%	3.834	25,5	48,0%	99,6%	3.834				
J01M	15,2	79,8%	100,0%	6.770	15,2	79,8%	100,0%	6.770				
J01P	55,4	63,8%	100,0%	5.219	55,4	63,8%	100,0%	5.219				
J01X	20,2	58,9%	85,5%	3.764	20,2	58,9%	85,5%	3.764				
J02A	425,5	31,9%	66,3%	1.534	425,5	31,9%	66,3%	1.534				
J05B	203,3	39,2%	84,8%	2.442	203,3	39,2%	84,8%	2.442				
J05C	21,3	45,8%	80,2%	2.644	21,3	45,8%	80,2%	2.644				
J06C	73,2	93,3%	100,0%	8.737	73,2	93,3%	100,0%	8.737				
J06E	29,7	94,9%	100,0%	9.037	29,7	94,9%	100,0%	9.037				
J06F	23,5	100,0%	100,0%	10.000	23,5	100,0%	100,0%	10.000				
J06G	110,0	81,8%	100,0%	7.025	110,0	81,8%	100,0%	7.025				
J06J	10,8	80,4%	99,9%	6.772	10,8	80,4%	99,9%	6.772				
J07B	81,2	47,5%	100,0%	4.240	81,2	47,5%	100,0%	4.240				
J07D	639,7	79,9%	98,3%	6.507	639,7	79,9%	98,3%	6.507				
J07E	441,2	36,8%	94,0%	2.596	441,2	36,8%	94,0%	2.596				
J07X	211,7	72,9%	89,5%	5.451	211,7	72,9%	89,5%	5.451				
M01A	5.416,7	17,1%	45,7%	771	5.092,6	18,2%	46,8%	829	324,1	29,3%	83,9%	2.011
M01B	990,3	23,7%	77,3%	1.664	990,3	23,7%	77,3%	1.664				
M01C	391,0	63,2%	94,3%	4.541	391,0	63,2%	94,3%	4.541				
M02A	654,4	19,2%	54,6%	1.056	213,2	23,6%	76,9%	1.677	441,1	28,5%	75,5%	1.844
M03A	90,8	93,3%	100,0%	8.733	90,8	93,3%	100,0%	8.733				
M03B	894,4	14,3%	48,8%	850	894,4	14,3%	48,8%	850				
M04A	168,5	45,8%	97,8%	3.054	168,5	45,8%	97,8%	3.054				
M05B	958,7	38,0%	70,5%	2.083	958,7	38,0%	70,5%	2.083				
M05X	1.196,7	41,3%	74,0%	2.215	1.091,9	45,3%	80,6%	2.625	104,8	45,5%	98,2%	3.367
N01A	7,2	37,1%	85,8%	2.559	7,2	37,1%	85,8%	2.559				
N01B	56,9	49,3%	96,4%	3.421	56,7	49,5%	96,9%	3.454				
N02A	183,3	61,2%	99,6%	4.367	183,3	61,2%	99,6%	4.367				
N02B	3.723,5	18,9%	56,1%	1.014	2.201,7	18,4%	56,5%	967	1.521,9	29,8%	90,5%	2.360
N02C	672,1	55,0%	88,1%	3.486	672,1	55,0%	88,1%	3.486				
N03A	6.509,1	15,6%	42,4%	787	6.509,1	15,6%	42,4%	787				
N04A	1.038,3	18,0%	63,8%	1.255	1.038,3	18,0%	63,8%	1.255				
N05A	3.587,6	18,6%	53,2%	983	3.587,6	18,6%	53,2%	983				
N05B	419,4	58,0%	76,1%	3.552	342,0	71,2%	87,1%	5.184	77,4	47,6%	91,0%	3.040
N05C	1.528,0	45,2%	80,8%	2.535	1.528,0	45,2%	80,8%	2.535				
N06A	4.050,4	14,8%	47,2%	875	4.050,4	14,8%	47,2%	875				
N06B	208,3	35,2%	91,2%	2.339	208,3	35,2%	91,2%	2.339				
N06D	117,5	28,8%	91,0%	2.252	117,5	28,8%	91,0%	2.252				
N06E	415,9	87,9%	98,6%	7.769	415,9	87,9%	98,6%	7.769				
N07A	1,2	45,6%	97,1%	3.277	1,2	45,6%	97,1%	3.277				
N07B	145,4	68,6%	100,0%	5.592	45,7	94,7%	100,0%	8.997	99,7	100,0%	100,0%	10.000
N07C	251,3	45,8%	88,3%	2.958	251,3	45,8%	88,3%	2.958				
N07D	1.434,4	29,7%	70,2%	1.721	1.434,4	29,7%	70,2%	1.721				
N07F	11,5	100,0%	100,0%	9.993	11,5	100,0%	100,0%	9.993				
N07X	90,8	30,3%	69,3%	1.649	90,8	30,3%	69,3%	1.649				
R01A	927,7	19,1%	58,6%	1.135	919,4	19,2%	59,1%	1.156				
R01B	125,5	53,9%	94,8%	3.540	125,5	53,9%	94,8%	3.540				
R02A	290,7	25,3%	59,9%	1.260	195,9	37,5%	80,5%	2.183	94,8	26,0%	64,4%	1.380
R03A	620,9	43,1%	92,1%	2.977	620,9	43,1%	92,1%	2.977				
R03B	8,4	92,5%	100,0%	8.603	8,4	92,5%	100,0%	8.603				
R03C	10,2	100,0%	100,0%	10.000	10,2	100,0%	100,0%	10.000				
R03D	363,2	37,7%	93,3%	2.775	363,2	37,7%	93,3%	2.775				
R03F	2.868,5	44,2%	95,5%	3.068	2.868,5	44,2%	95,5%	3.068				
R03H	6,6	72,8%	100,0%	6.039	6,6	72,8%	100,0%	6.039				
R03J	594,2	26,5%	72,4%	1.601	594,2	26,5%	72,4%	1.601				
R03K	573,7	93,5%	99,6%	8.758	573,7	93,5%	99,6%	8.758				
R03L	271,4	35,8%	90,2%	2.370	271,4	35,8%	90,2%	2.370				
R04A	56,4	79,5%	100,0%	6.528					51,7	86,7%	100,0%	7.696
R05A	1.110,5	23,4%	67,3%	1.379	761,9	34,2%	73,3%	1.974	348,5	61,5%	90,5%	4.373
R05B	281,4	43,9%	92,0%	3.253	281,4	43,9%	92,0%	3.253				
R05C	1.317,3	37,6%	70,0%	1.865	880,6	56,3%	83,8%	3.483	436,7	34,7%	74,5%	1.890
R05D	256,7	27,1%	65,3%	1.469	256,7	27,1%	65,3%	1.469				
R05F	38,6	63,8%	99,1%	4.701	38,0	64,8%	100,0%	4.841				
R06A	1.090,0	22,1%	56,0%	1.028	852,4	16,9%	54,4%	946	237,6	53,7%	98,9%	4.537

Notas aclaratorias: HHI (definido en el texto), C1 (participación de mercado del primer laboratorio), C4 (participación de mercado de los primeros 4 laboratorios).

Cuadro A.3(1). Participación de Roemmers y Bayer en las clases terapéuticas a Nivel 3 de los Grupos A, C, J, M, N y R. Períodos 2008-2011 y 2012-2018

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	ROEMMERS						BAYER					
	2008-2011			2012-2017			2008-2011			2012-2017		
	Promedio	Mínimo	Máximo									
A01A												
A02A	20,0%	19,1%	21,1%	19,2%	18,9%	19,6%				10,1%	8,8%	11,1%
A02B										7,7%	5,8%	9,5%
A03A	48,4%	47,7%	49,0%	48,3%	47,6%	49,9%						
A03D	46,6%	46,0%	47,6%	42,8%	39,0%	45,8%						
A03E												
A03F	10,0%	7,8%	12,4%	16,3%	13,2%	18,9%						
A03G					100,0%	100,0%						
A04A												
A05A												
A05B	8,1%	7,6%	8,4%	10,8%	8,5%	13,9%						
A05G					0,1%	0,1%						
A05B												
A07A												
A07E												
A08A	17,0%	0,0%	25,6%									
A09A												
A10H				24,0%	22,0%	25,8%						
A10J				3,2%	2,7%	3,6%						
A10K										100,0%	100,0%	100,0%
A10L												
A10M												
A10N					0,8%	0,4%	1,0%					
A10P												
A10S												
A10K												
A11A	0,7%	0,6%	0,8%	0,8%	0,5%	1,7%	61,3%	58,9%	63,4%	49,1%	47,9%	50,7%
A11B	28,4%	18,7%	35,5%	51,6%	39,7%	67,4%	28,8%	26,5%	31,3%	15,9%	0,0%	26,1%
A11C	18,7%	16,0%	20,6%	16,3%	11,7%	22,5%						
A11D	3,6%	3,5%	3,8%	2,9%	2,2%	3,8%	13,8%	12,1%	15,3%	9,0%	6,3%	12,7%
A11E							70,2%	69,7%	71,0%	66,8%	60,8%	70,7%
A11G							88,2%	84,9%	89,8%	85,0%	82,9%	87,3%
A11X							8,9%	7,1%	10,5%	9,5%	0,0%	14,7%
A12A							8,9%	7,5%	9,7%	6,7%	5,9%	7,3%
A12C							4,9%	4,4%	5,6%	2,3%	0,0%	4,4%
A13A												
C01A	46,9%	37,9%	59,9%	88,8%	59,4%	100,0%						
C01B	76,5%	74,8%	78,0%	76,9%	74,6%	78,6%						
C01E	63,1%	60,4%	66,9%	72,7%	69,0%	80,1%						
C01X												
C02B										3,5%	0,1%	7,0%
C03A	0,2%	0,0%	0,5%	2,6%	1,4%	3,3%						
C04A	3,0%	2,8%	3,2%	6,4%	4,0%	7,6%	2,8%	2,4%	3,0%	1,3%	0,8%	2,0%
C05A							10,1%	9,2%	10,8%	2,4%	0,0%	5,6%
C05B												
C05C												
C06B												
C07A	12,0%	10,4%	13,9%	19,1%	15,2%	22,5%						
C07B	16,0%	13,4%	19,0%	28,3%	21,6%	33,3%						
C08A	10,4%	9,6%	11,4%	8,0%	6,6%	9,1%	9,2%	8,9%	9,5%	8,0%	6,6%	8,8%
C09A	50,0%	47,4%	52,3%	58,9%	54,4%	58,5%						
C09B	33,2%	31,2%	36,3%	38,8%	35,3%	41,0%						
C09C	29,1%	26,9%	31,2%	20,5%	25,3%	32,0%						
C09D	25,8%	24,9%	26,5%	19,9%	14,7%	24,1%						
C10A	8,6%	8,0%	9,4%	9,1%	8,4%	9,5%						
C10B												
C10C	14,6%	14,3%	14,9%	13,1%	10,4%	15,0%						
C11A					13,1%	6,5%	16,7%					
J01A												
J01B												
J01C												
J01D												
J01E												
J01F												
J01G	29,5%	28,6%	30,5%	34,9%	33,0%	36,9%	4,8%	3,9%	5,2%	2,7%	1,8%	3,3%
J01H												
J01K												
J01M												
J01P												
J01X												
J02A	1,6%	1,4%	1,9%	2,3%	1,4%	2,8%						
J04A												
J04B												
J05B	18,3%	13,4%	25,0%	31,6%	26,1%	37,5%				0,0%	0,0%	0,0%
J05C												
J06C												
J06D												
J07A												
J07B												
J07D												
J07E												
J07K												
J08B												
M01A	1,3%	1,0%	1,7%	3,5%	2,7%	3,9%	16,2%	14,6%	16,8%	13,9%	10,8%	18,0%
M01B	0,4%	0,4%	0,4%	0,8%	0,7%	0,9%						
M02A	1,4%	1,1%	1,7%	1,1%	0,9%	1,4%	1,0%	0,6%	1,5%	0,0%	0,0%	0,0%
M03B	8,2%	6,5%	9,6%	12,8%	10,9%	14,6%						
M04A												
M05B												
N01B												
N02B	9,6%	8,7%	10,6%	8,1%	6,7%	8,8%	16,6%	14,7%	19,4%	18,3%	15,4%	22,7%
N02C	1,2%	1,1%	1,4%	1,1%	1,0%	1,3%						
N03A	1,8%	1,0%	3,3%	5,9%	4,4%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	1,2%	0,9%	1,6%
N04A	1,3%	0,9%	1,9%	2,0%	2,1%	3,6%						
N05A	3,8%	4,4%	4,3%	3,3%	3,1%	3,5%						
N05B	2,8%	2,7%	3,0%	3,3%	3,0%	3,8%						
N05C	1,7%	1,6%	1,8%	1,5%	1,2%	1,7%						
N06A	11,5%	10,4%	12,0%	13,6%	12,4%	14,4%						
N06B												
N06D	2,0%	1,8%	2,0%	0,9%	0,0%	2,0%						
N06E												
N07A										13,1%	0,3%	51,0%
N07C												
N07D	1,0%	0,9%	1,1%	1,1%	0,8%	1,6%						
N07K	33,5%	32,3%	35,2%	33,7%	31,6%	37,4%						
R01A					8,1%	7,4%	9,5%					
R01B					43,9%	35,6%	53,5%			3,5%	0,0%	6,9%
R02A												
R03B												
R03H												
R03I												
R03L												
R05A					2,2%	1,9%	3,2%			5,2%	3,0%	7,7%
R05B					44,8%	43,6%	46,0%					
R05C					11,3%	10,5%	11,6%			0,4%	0,0%	1,1%
R05D										1,7%	0,0%	2,8%
R05A					6,9%	6,4%	7,4%			1,2%	0,3%	2,4%
A10B	6,3%	5,9%	6,7%	6,1%	4,6%	6,9%	0,1%	0,1%	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%

Cuadro A.3(2). Participación de Bagó y Casasco en las clases terapéuticas a Nivel 3 de los Grupos A, C, J, M, N y R. Períodos 2008-2011 y 2012-2018

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	BAGO						CASASCO					
	2008-2011			2012-2017			2008-2011			2012-2017		
	Promedio	Mínimo	Máximo									
A02A							3,3%	3,0%	3,7%	3,6%	3,0%	4,3%
A02B	13,6%	13,0%	14,3%	13,9%	13,4%	14,2%	31,3%	30,3%	32,8%	30,0%	27,2%	32,4%
A03A							3,4%	3,1%	3,7%	4,8%	3,7%	5,6%
A03D	0,1%	0,0%	0,2%	0,1%	0,0%	0,3%						
A03E	0,3%	0,2%	0,5%	0,1%	0,1%	0,2%	21,3%	20,8%	22,0%	23,4%	18,7%	33,4%
A03F							0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%
A03G												
A04A										0,1%	0,1%	0,1%
A05A	22,3%	21,8%	22,9%	20,0%	19,3%	20,9%						
A05B	35,4%	30,0%	39,3%	22,5%	15,5%	28,6%						
A05G										0,3%	0,1%	0,5%
A06B							0,6%	0,5%	0,7%	0,3%	0,0%	0,4%
A07A	62,1%	54,3%	68,1%	37,8%	30,1%	49,2%						
A07E				12,1%	9,6%	15,8%						
A08A	3,6%	0,7%	6,3%	7,5%	6,6%	8,5%	3,7%	0,2%	6,8%	4,0%	0,4%	5,9%
A09A	7,3%	7,2%	7,6%	4,9%	3,9%	7,4%				15,2%	11,6%	32,3%
A10H												
A10J												
A10K												
A10L												
A10M												
A10N					3,1%	0,0%	4,9%				0,1%	0,1%
A10P												
A10S												
A10K										6,4%	0,4%	8,8%
A11A	1,1%	0,7%	1,5%	0,5%	0,4%	0,6%						
A11B												
A11C												
A11D	53,8%	51,5%	57,1%	49,8%	46,0%	53,5%						
A11E							1,4%	1,3%	1,6%	1,0%	0,9%	1,4%
A11G												
A11X												
A12A	0,9%	0,1%	1,9%	3,6%	2,2%	6,8%	1,7%	1,3%	2,3%	0,8%	0,6%	1,1%
A12B												
A12C												
A13A	0,9%	0,5%	1,5%	1,3%	0,8%	2,0%						
A16A												
CO1A												
CO1B												
CO1E	11,3%	10,8%	11,8%	8,4%	7,5%	10,0%						
CO1X							95,1%	92,3%	98,5%	98,1%	94,5%	99,9%
CO2							50,3%	45,9%	71,1%	93,1%	75,5%	100,0%
CO3A	18,0%	15,8%	20,0%	21,2%	20,1%	22,8%	0,3%	0,2%	0,4%	0,0%	0,7%	
CO3B	0,5%	0,2%	0,8%	1,4%	1,2%	1,7%	9,4%	8,7%	10,0%	11,9%	11,3%	12,6%
CO3C							3,4%	2,5%	4,5%	7,8%	6,0%	5,6%
CO5B							1,7%	0,0%	2,4%	2,5%	2,2%	2,9%
CO5C	2,2%	1,9%	2,5%	1,4%	1,2%	1,8%	5,0%	4,3%	5,8%	6,7%	5,3%	8,3%
CO6B												
CO7A	12,2%	11,1%	13,8%	14,1%	13,7%	14,7%	2,3%	2,0%	2,6%	3,3%	2,4%	4,2%
CO7B	33,4%	33,2%	33,9%	28,4%	26,2%	33,2%	1,3%	0,1%	2,1%	2,5%	2,3%	2,8%
CO8A	9,5%	9,1%	10,3%	8,2%	7,8%	8,6%	11,7%	10,6%	13,2%	15,6%	14,0%	15,8%
CO9A	15,1%	14,7%	15,6%	15,8%	14,9%	16,1%	1,0%	1,0%	1,0%	1,7%	1,0%	
CO9B	14,5%	13,4%	15,7%	15,2%	15,5%	15,6%	8,1%	7,2%	9,2%	10,2%	9,9%	11,7%
CO9C	2,7%	2,6%	2,9%	3,2%	2,7%	4,1%	2,1%	1,9%	2,5%	4,6%	3,0%	6,1%
CO9D	2,6%	2,4%	2,7%	2,5%	2,1%	3,1%	2,5%	2,0%	2,8%	3,9%	3,1%	4,8%
CO10A	4,6%	3,9%	5,5%	7,2%	6,2%	7,9%	7,3%	6,5%	8,3%	9,9%	8,5%	11,4%
CO10B					12,3%	3,3%	17,0%					
CO1C								3,1%	7,6%	8,6%	9,6%	8,7%
CO1A								2,9%	0,0%	11,6%	29,3%	32,8%
JO1B												
JO1C	11,1%	9,1%	13,5%	6,2%	4,9%	8,1%	2,6%	1,6%	3,5%	3,7%	3,4%	4,1%
JO1D	8,2%	7,7%	8,5%	8,0%	6,7%	9,4%						
JO1E	3,7%	3,3%	4,0%	3,0%	1,6%	4,7%						
JO1F					1,8%	1,3%	21,9%	21,3%	22,4%	20,7%	19,5%	21,7%
JO1G	3,2%	2,6%	3,6%	2,1%	1,9%	2,2%	8,5%	7,7%	9,1%	10,2%	9,7%	10,7%
JO1H	23,4%	10,5%	49,7%	61,0%	57,0%	66,0%						
JO1K	11,1%	4,4%	18,0%	16,0%	6,9%	23,2%						
JO1M												
JO1P												
JO1Q							0,7%	0,0%	1,5%	1,7%	1,4%	1,9%
JO2A												
JO3A												
JO4A												
JO4B												
JO5B												
JO5C												
JO6A												
JO6C												
JO6E												
JO6G												
JO6H												
JO6I												
JO7B												
JO7D												
JO7E												
JO7X							60,4%	58,3%	61,6%	65,3%	60,3%	68,9%
JO8B												
M01A	10,0%	8,8%	11,1%	8,2%	8,0%	8,5%	5,6%	5,0%	6,0%	5,1%	4,4%	5,8%
M01B	16,7%	15,4%	16,7%	16,0%	14,5%	17,2%	10,8%	9,9%	11,4%	15,1%	12,6%	14,1%
M02A	9,4%	8,9%	10,3%	8,4%	7,1%	9,2%	2,9%	2,2%	2,5%	3,6%	2,5%	4,1%
M03B	15,8%	15,1%	16,4%	14,8%	13,3%	16,5%	11,1%	10,7%	11,5%	10,4%	9,8%	11,4%
M04A												
M05B	4,1%	3,9%	4,4%	5,8%	4,6%	6,9%	0,3%	0,0%	0,8%	1,1%	0,9%	1,3%
N01B							21,5%	19,8%	24,6%	31,4%	25,8%	39,1%
N02B	5,3%	5,0%	5,5%	2,7%	1,2%	4,2%	0,5%	0,4%	0,7%	0,7%	0,6%	0,9%
N02C	0,7%	0,7%	0,8%	0,5%	0,3%	0,7%						
N03A	8,6%	3,0%	4,0%	4,8%	3,0%	5,0%	1,8%	0,1%	3,1%	6,2%	4,6%	5,0%
N04A	1,7%	1,1%	2,3%	7,7%	5,4%	10,1%	0,6%	0,0%	1,6%	2,3%	2,2%	3,4%
N05A	10,9%	7,7%	13,2%	12,9%	10,6%	14,1%	1,2%	0,3%	2,6%	6,9%	3,5%	5,0%
N05B	1,9%	1,7%	2,0%	3,4%	2,9%	4,2%	2,2%	2,0%	2,4%	2,6%	2,4%	3,1%
N05C	14,7%	14,5%	14,8%	14,9%	14,0%	15,5%	0,2%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,2%
N06A	5,6%	4,9%	5,9%	7,1%	6,7%	7,4%	6,0%	5,0%	7,3%	9,0%	8,2%	9,6%
N06B					20,9%	19,3%	22,0%			4,1%	0,0%	7,1%
N06D	6,4%	5,5%	8,3%	13,1%	8,3%	21,6%	19,7%	18,3%	21,3%	27,5%	26,0%	28,8%
N06E							73,2%	71,0%	76,2%	84,0%	81,0%	86,6%
N07A					31,9%	14,1%	47,9%			2,3%	0,5%	4,1%
N07C	1,4%	1,2%	1,6%	1,2%	1,1%	1,3%	12,2%	9,0%	17,7%	27,9%	21,8%	31,0%
N07X												
R01A					1,7%	0,6%	3,1%			5,0%	1,9%	9,5%
R01B					0,1%	0,0%	2,1%			8,7%	5,6%	14,5%
R02A					6,1%	5,6%	6,6%			23,6%	21,2%	24,4%
R03B					49,7%	4,5%	94,7%			29,1%	7,3%	44,9%
R03H												
R03I					5,1%	2,9%	6,2%			21,8%	18,6%	25,4%
R05A												
R05A					1,4%	0,9%	1,8%			0,3%	0,3%	0,4%
R05B					4,4%	3,8%	5,4%			3,8%	2,6%	4,2%
R05C					0,3%	0,0%	0,5%					
R05D												
R06A					0,1%	0,1%	0,1%			8,6%	5,9%	11,5%
A10B					1,1%	0,0%	2,1%			0,0%	0,0%	0,0%

Cuadro A.3(3). Participación de Elea y Gador en las clases terapéuticas a Nivel 3 de los Grupos A, C, J, M, N y R. Períodos 2008-2011 y 2012-2018

Clase Terapéutica a Nivel 3 del IMS - Mercado Total	EL EA						GADOR						
	2008-2011			2012-2017			2008-2011			2012-2017			
	Promedio	Mínimo	Máximo										
A01A							10,3%	8,9%	11,6%	8,0%	7,1%	8,9%	
A02A	35,8%	33,8%	37,2%	38,1%	34,9%	42,6%	1,0%	0,7%	1,2%	0,3%	0,1%	0,6%	
A02B	2,7%	2,4%	2,8%	1,8%	1,7%	2,1%	0,8%	0,6%	1,0%	1,9%	1,2%	3,0%	
A02C													
A03A													
A03B													
A03E													
A03F							0,6%	0,5%	0,8%	12,8%	11,1%	14,9%	
A03G													
A04A													
A05A													
A05B							43,0%	37,6%	49,8%	53,9%	50,5%	56,7%	
A05A	27,8%	25,0%	31,5%	20,6%	19,4%	22,6%	4,0%	4,0%	4,1%	3,6%	3,0%	4,0%	
A06B							10,3%	9,9%	10,6%	10,2%	9,2%	11,7%	
A07A													
A07E													
A08A	10,5%	8,8%	14,3%	22,7%	18,8%	28,4%	0,9%	0,6%	1,9%	5,5%	2,2%	14,4%	
A09A							37,8%	33,0%	42,4%	46,4%	42,1%	49,1%	
A10H				0,7%	0,6%	0,9%				2,2%	1,3%	3,0%	
A10I				11,2%	9,5%	13,3%				3,6%	2,5%	4,7%	
A10K				0,0%	0,0%	0,0%							
A10L										3,2%	0,5%	5,9%	
A10M													
A10N													
A10P													
A10S													
A10X	9,8%	8,1%	11,2%	5,1%	3,2%	8,3%	0,1%	0,1%	0,1%	8,2%	3,9%	10,4%	
A11A	4,2%	2,8%	5,8%	1,6%	1,3%	2,1%	0,8%	0,6%	0,9%	0,4%	0,3%	0,5%	
A11B													
A11C	8,2%	6,1%	10,5%	3,0%	1,8%	4,8%				1,7%	1,1%	2,4%	
A11D	0,4%	0,2%	0,5%	0,1%	0,0%	0,2%							
A11E													
A11G													
A11K													
A12A	71,5%	69,6%	73,9%	79,8%	75,1%	83,0%		34,2%	30,0%	38,5%	43,0%	39,6%	47,4%
A12C													
A13A								79,5%	74,0%	85,6%	88,6%	87,0%	91,0%
C01A													
C01B					0,0%	0,0%	0,0%						
C01E													
C01X													
C02B													
C03A	4,3%	4,1%	4,4%	4,3%	4,2%	4,6%	0,8%	0,6%	1,2%	3,3%	1,9%	4,3%	
C04A	0,3%	0,2%	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%	0,3%	0,3%	0,4%	0,2%	0,0%	0,3%	
C05A	8,3%	7,4%	9,2%	7,6%	6,8%	8,3%							
C05B													
C05C	1,8%	1,1%	2,4%	1,7%	1,1%	2,2%							
C06B													
C07A	6,0%	4,3%	7,0%	5,9%	5,3%	6,9%	28,1%	25,3%	31,5%	21,9%	19,8%	23,9%	
C07B	8,9%	8,7%	9,3%	5,1%	3,1%	8,0%	4,4%	2,6%	5,8%	7,2%	8,6%	8,7%	
C08A	1,0%	0,7%	1,5%	0,3%	0,0%	0,5%	4,4%	3,6%	5,4%	8,0%	6,2%	9,5%	
C09A	0,7%	0,5%	1,0%	0,1%	0,0%	0,4%	5,3%	5,1%	5,6%	5,7%	5,3%	6,3%	
C09B	0,3%	0,2%	0,4%	0,1%	0,0%	0,2%	1,0%	0,8%	1,2%	1,7%	1,3%	2,2%	
C09C	3,1%	2,9%	3,1%	4,2%	3,9%	4,4%	8,6%	8,5%	8,8%	8,7%	7,4%	9,5%	
C09D	1,8%	1,5%	2,0%	2,6%	2,4%	2,7%	8,6%	8,2%	8,8%	7,5%	5,9%	8,3%	
C10A	5,1%	4,2%	6,0%	5,9%	5,5%	6,6%	3,5%	2,6%	4,8%	8,2%	6,2%	9,3%	
C10B	33,7%	12,5%	54,8%	45,1%	32,2%	59,1%				1,5%	0,2%	2,7%	
C10C				1,1%	0,3%	1,8%							
C11A				1,2%	0,7%	1,5%							
J01A													
J01B	92,7%	91,8%	93,5%	51,8%	7,9%	97,3%							
J01C													
J01D							1,5%	1,4%	1,7%	1,9%	1,7%	2,0%	
J01E													
J01F	16,4%	14,7%	17,9%	13,8%	12,5%	14,2%	1,0%	0,8%	1,2%	0,7%	0,0%	1,3%	
J01G	3,2%	2,8%	3,6%	2,2%	2,0%	2,4%							
J01H													
J01K													
J01M													
J01P													
J01X													
J02A							1,8%	0,6%	2,7%	1,6%	0,3%	3,3%	
J03A													
J04A													
J05B	27,0%	20,9%	29,7%	27,9%	24,9%	31,3%				0,3%	0,3%	0,3%	
J05C	0,1%	0,0%	0,1%	2,0%	0,0%	5,6%	27,5%	7,2%	40,2%	50,9%	33,7%	61,5%	
J06C													
J06E													
J06F													
J06G							53,4%	33,2%	63,9%	66,5%	46,6%	77,0%	
J06H													
J06I													
J07B													
J07D													
J07E													
J07X	8,2%	6,4%	9,6%	4,9%	4,0%	6,9%							
M01B													
M01A	1,2%	0,9%	1,4%	1,6%	1,0%	1,9%	0,8%	0,8%	0,9%	0,8%	0,7%	0,9%	
M02A													
M03B													
M04A													
M05B	28,4%	28,0%	28,7%	23,6%	22,4%	26,9%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%	0,3%	0,4%	
M05X	2,7%	1,5%	4,1%	2,0%	1,5%	2,8%	3,0%	2,4%	3,4%	7,0%	5,6%	9,2%	
M06B													
M06C													
M06D													
M06E													
M06F													
M06G													
M07A										5,6%	2,5%	8,7%	
M07C													
M07D	2,4%	2,1%	2,7%	2,6%	2,4%	2,9%	0,4%	0,1%	0,7%	2,1%	1,2%	3,3%	
M07G							15,1%	13,0%	16,8%	17,1%	16,0%	17,6%	
M07H													
M07I													
R01A													
R01B							0,2%	0,0%	0,4%				
R02A							1,9%	1,2%	2,7%				
R03B							0,0%	0,0%	0,0%				
R03H													
R03I													
R03L													
R05A							0,0%	0,0%	0,0%				
R05B							34,9%	26,9%	35,2%				
R05C							9,9%	8,9%	10,4%				
R05D							9,3%	6,0%	11,7%				
R06A							22,9%	20,3%	24,7%				
A10B							7,7%	7,0%	8,0%	5,0%	4,7%	4,7%	

El ordenamiento de las clases terapéuticas en los Cuadros A.3(1) a A.3(3) es alfabetico.

Anexo B. Índices de precios de clases terapéuticas

Cuadro B.1 (parte 1). Índice de precios, año 2018 (base 2001 = 100), por clase terapéutica y segmento.

CT	Mercado Total		Segmento Ético		Segmento popular	
	vs IPIM	vs US\$	vs IPIM	vs US\$	vs IPIM	vs US\$
A01A	55	42	102	78	56	43
A01B	59	45	59	45		
A02A	86	66	93	71	86	66
A02B	73	56	79	60	71	54
A03A	109	83	147	112		
A03C	122	93	122	93		
A03D	103	79	120	92		
A03E	131	101	135	103		
A03F	91	70	91	70		
A03G						
A04A	80	61	80	61		
A05A	97	75	150	115	73	56
A05B	79	60	80	61	63	48
A06A	123	94	134	103	100	77
A06B						
A07A	141	108	141	108		
A07B	162	124	108	83	201	154
A07E	195	149	195	149		
A07F	133	102	133	102		
A07G	74	56	74	56		
A07H	56	43	61	46		
A07X						
A08A	105	81	97	74		
A09A	149	114	148	113		
A10C	369	282	369	282		
A10E	97	75			101	77
A10H	118	90	118	90		
A10J	97	74	97	74		
A10K	58	44	58	44		
A10M	50	38	50	38		
A10N						
A10P						
A10S						
A10X	60	46	60	46		
A11A	93	71	107	82	76	58
A11B	57	44	53	41		
A11C	81	62	82	63		
A11D	72	55	84	64	67	51
A11E	95	73	102	78	96	74
A11G	81	62	108	83	122	93
A11X						
A12A	80	62	80	61	148	113
A12B	113	86	113	86		
A12C	115	88	131	100	62	47
A13A	47	36	70	54	18	14
A15A	252	193	252	193		
A16A	69	53	69	53		
C01A	86	66	86	66		
C01B	119	91	119	91		
C01C	256	196	256	196		
C01D	142	108	142	108		
C01E	65	50	65	50		
C01X	146	112	145	111		
C02A	132	101	132	101		
C02B	94	72	94	72		
C03A	127	97	127	97		
C04A	82	63	83	64		
C05A	77	59	88	67	43	33
C05B	91	70	147	112		
C05C	99	76	98	75	69	53
C07A	131	100	131	100		
C07B	123	95	123	95		
C08A	75	57	75	57		
C09A	71	54	71	54		
C09B	71	55	71	55		
C09C	73	56	73	56		
C09D	76	58	76	58		
C09X						
C10A	62	48	62	48		
C10B	107	82	137	105	123	94
C10C						
C11A						

Cuadro B.1 (parte 2). Índice de precios, año 2018 (base 2001 = 100), por clase terapéutica y segmento.

CT	Mercado Total		Segmento Ético		Segmento popular	
	vs IPIM	vs US\$	vs IPIM	vs US\$	vs IPIM	vs US\$
J01A	142	109	142	109		
J01C	84	65	84	65		
J01D	65	50	65	50		
J01E	69	52	69	52		
J01F	55	42	55	42		
J01G	47	36	47	36		
J01H	117	90	117	90		
J01K	175	134	175	134		
J01M	71	54	71	54		
J01P	152	116	152	116		
J01X	89	68	89	68		
J02A	54	42	54	42		
J05B	67	51	67	51		
J05C	133	102	133	102		
J06C	274	210	274	210		
J06E	1.636	1.253	1.636	1.253		
J06F	157	121	157	121		
J06G	381	292	381	292		
J06J	77	59	77	59		
J07B	188	144	188	144		
J07D						
J07E						
J07X						
M01A	52	40	61	47	58	45
M01B	84	64	84	64		
M01C	29	22	29	22		
M02A	69	53	79	61	91	70
M03A	1.040	796	1.040	796		
M03B	73	56	73	56		
M04A	80	61	80	61		
M05B	78	60	78	60		
M05X	74	57	78	60	80	61
N01A	81	62	81	62		
N01B	102	78	113	87		
N02A	85	65	85	65		
N02B	59	45	76	58	46	35
N02C	110	84	110	84		
N03A	102	78	102	78		
N04A	111	85	111	85		
N05A	222	170	222	170		
N05B	82	63	83	63	105	81
N05C	91	69	91	69		
N06A	109	83	109	83		
N06B	294	225	294	225		
N06D	95	73	95	73		
N06E	120	92	120	92		
N07A						
N07B	69	53	230	176		
N07C	64	49	64	49		
N07D	46	35	46	35		
N07F	91	69	91	69		
N07X	69	53	69	53		
R01A	89	68	91	69		
R01B	60	46	60	46		
R02A	69	53	76	58	61	47
R03A	102	78	102	78		
R03B	54	41	54	41		
R03C	75	58	75	58		
R03D	75	58	75	58		
R03F	234	179	234	179		
R03H						
R03J	53	41	53	41		
R03K						
R03L						
R04A	42	32			43	33
R05A	60	46	55	42	79	61
R05B	115	88	115	88		
R05C	92	71	100	77	77	59
R05D	111	85	111	85		
R05F	90	69	89	68		
R06A	57	43	79	60		

Nota: las celdas vacías corresponden a clases terapéuticas que no tienen productos o que no existían en 2001.

Anexo C. Índices de precios Sección 4.2

Cuadro C.1. 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	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Precio promedio canasta común 2001-2006 (6408)	100,00	72,70	73,27	71,09	68,63	65,54															
Precio promedio canasta común 2006-2011 (6793)						100,00	95,91	100,88	104,19	102,53	102,61										
Precio promedio canasta común 2001-2018 (2461)	100,00	69,83	69,58	67,27	64,60	61,73	59,47	62,28	64,65	63,62	64,13	64,67	66,55	62,79	71,12	71,39	73,98	67,43			
Precio promedio canasta común 2003-2018 (3556)						100,00	96,61	92,78	88,66	85,31	89,52	92,98	91,83	92,64	93,43	96,62	91,08	103,21	103,10	106,05	98,52
Precio promedio canasta común 2007-2018 (5391)								100,00	104,74	108,67	107,51	108,30	109,32	112,95	107,00	120,70	120,89	123,84	112,45		
Precio promedio canasta común 2011-2018 (7186)											100,00	101,35	104,60	99,13	111,40	111,38	113,78	103,01			
Precio promedio canasta común 2011-2013 (10327)											100,00	100,97	103,04								
Precio promedio canasta común 2013-2015 (11703)												100,00	93,45	105,56							
Precio promedio canasta común 2013-2018 (11195)												100,00	98,24	100,19	84,43						
Precio promedio canasta común 2013-2018 (9704)												100,00	93,81	106,30	105,14	107,57	93,97				
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-18	100,00	72,70	73,27	71,09	68,63	65,54	62,86	66,12	68,28	67,20	67,25	68,16	70,35	66,67	74,92	74,91	76,52	69,27			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-18	100,00	72,70	73,27	71,09	68,63	65,54	62,86	66,12	68,28	67,20	67,25	67,91	69,29	65,00	73,66	72,85	74,54	65,12			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-15/18	100,00	72,70	73,27	71,09	68,63	65,54	62,86	66,12	68,28	67,20	67,25	67,91	69,29	64,74	73,15	71,86	73,29	61,76			
Precio promedio canasta completa de cada año	100,00	68,86	67,40	60,77	66,33	67,44	73,89	68,59	77,02	72,96	68,02	75,02	91,35	86,22	99,66	109,46	103,34	92,34			
Precio promedio lanzamientos últimos 2 años	100,00	53,84	53,21	54,62	86,32	90,02	74,21	58,33	67,19	78,21	60,53	90,95	121,96	116,42	92,96	140,22	138,26	93,08			
Precio promedio sin lanzamientos últimos dos años	100,00	71,82	69,98	61,24	60,26	61,39	72,74	70,60	79,84	75,53	69,75	73,18	86,66	81,38	101,78	106,15	99,66	93,43			
Precio medio (Monto ventas/unidades)	100,00	74,77	69,23	66,87	66,10	64,52	63,90	66,20	72,24	72,35	74,61	78,65	83,13	89,76	93,66	96,39	104,98	95,23			
Segmento Ético	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Precio promedio canasta común 2001-2006 (5524)	100,00	72,95	73,50	71,33	68,87	65,71															
Precio promedio canasta común 2006-2011 (5805)						100,00	95,84	100,80	104,17	102,51	102,55										
Precio promedio canasta común 2001-2018 (2238)	100,00	70,04	69,80	67,48	64,84	61,91	59,65	62,40	64,77	63,70	64,15	64,62	66,44	62,48	70,81	71,21	73,81	67,52			
Precio promedio canasta común 2003-2018 (3161)			100,00	96,61	92,87	88,66	85,37	89,52	93,04	91,83	92,58	93,27	96,39	90,51	102,77	102,69	105,70	98,58			
Precio promedio canasta común 2007-2018 (4593)						100,00	104,67	108,75	107,50	108,17	109,04	112,65	106,23	120,31	120,25	123,42	112,54				
Precio promedio canasta común 2011-2018 (5987)											100,00	101,18	104,39	98,52	111,20	111,08	113,74	103,29			
Precio promedio canasta común 2011-2013 (8285)											100,00	100,81	102,91								
Precio promedio canasta común 2013-2015 (9017)												100,00	92,92	105,82							
Precio promedio canasta común 2015-2018 (8637)												100,00	98,23	100,45	84,25						
Precio promedio canasta común 2013-2018 (7625)												100,00	93,31	106,42	105,07	107,78	94,17				
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-18	100,00	72,95	73,50	71,33	68,87	65,71	62,98	66,24	68,45	67,36	67,38	68,18	70,34	66,39	74,93	74,85	76,64	69,60			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-18	100,00	72,95	73,50	71,33	68,87	65,71	62,98	66,24	68,45	67,36	67,38	67,93	69,34	64,71	73,80	72,86	74,74	65,30			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-15/18	100,00	72,95	73,50	71,33	68,87	65,71	62,98	66,24	68,45	67,36	67,38	67,93	69,34	64,43	73,38	72,08	73,71	61,82			
Precio promedio canasta completa de cada año	100,00	68,82	67,66	60,66	66,96	68,56	68,56	70,71	79,66	75,30	70,74	78,67	98,63	91,87	106,87	116,38	110,56	99,29			
Precio promedio lanzamientos últimos 2 años	100,00	55,42	53,94	54,19	93,51	105,59	87,67	64,45	74,27	102,68	66,38	103,01	155,42	147,02	105,39	175,15	171,93	114,48			
Precio promedio sin lanzamientos últimos dos años	100,00	71,56	70,11	61,23	59,98	61,07	74,40	72,29	82,37	77,74	72,26	76,21	92,07	85,34	108,83	111,31	105,40	99,64			
Precio medio (Monto ventas/unidades)	100,00	75,65	73,06	72,32	72,09	70,65	70,34	73,24	80,75	81,35	83,59	87,09	91,74	99,02	102,98	107,07	116,87	105,18			
Segmento Popular	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018			
Precio promedio canasta común 2001-2006 (884)	100,00	69,18	69,99	67,67	65,30	63,11															
Precio promedio canasta común 2006-2011 (988)						100,00	96,95	102,07	104,44	102,93	103,59										
Precio promedio canasta común 2001-2018 (2223)	100,00	64,03	63,51	61,51	58,14	56,65	54,69	59,14	61,43	61,67	63,54	66,14	69,72	71,24	79,66	76,19	78,47	65,14			
Precio promedio canasta común 2003-2018 (395)			100,00	96,63	91,05	88,59	84,14	89,41	91,67	91,93	93,86	96,71	101,38	102,84	112,21	111,32	113,33	95,02			
Precio promedio canasta común 2007-2018 (798)						100,00	105,66	107,48	107,57	110,14	113,51	117,28	118,14	126,33	130,09	129,89	106,53				
Precio promedio canasta común 2011-2018 (1199)											100,00	103,55	107,33	107,00	114,03	115,33	114,27	94,08			
Precio promedio canasta común 2011-2013 (2042)											100,00	102,79	104,39								
Precio promedio canasta común 2013-2015 (2686)												100,00	98,66	103,00							
Precio promedio canasta común 2015-2018 (2558)												100,00	98,33	97,59	78,17						
Precio promedio canasta común 2013-2018 (2079)												100,00	98,92	105,06	105,77	105,38	85,96				
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-18	100,00	69,18	69,99	67,67	65,30	63,11	61,19	64,42	65,91	64,96	65,38	67,70	70,17	69,96	74,55	75,40	74,71	61,51			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-18	100,00	69,18	69,99	67,67	65,30	63,11	61,19	64,42	65,91	64,96	65,38	67,20	68,25	67,51	71,70	72,19	71,92	58,66			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-15/18	100,00	69,18	69,99	67,67	65,30	63,11	61,19	64,42	65,91	64,96	65,38	67,20	68,25	67,33	70,29	69,12	68,60	54,95			
Precio promedio canasta completa de cada año	100,00	67,36	66,36	64,81	62,98	62,60	63,21	68,91	68,35	68,42	70,97	75,09	81,22	85,20	92,26	108,80	98,95	83,43			
Precio medio (Monto ventas/unidades)	100,00	69,43	60,66	56,67	54,14	51,26	50,21	52,02	54,40	54,57	56,91	60,53	65,96	70,86	74,96	72,11	79,48	71,96			

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.

Cuadro C.2. Evolución del precio medio lineal de canastas comunes de medicamentos para períodos seleccionados, en dólares corrientes. Índices base año inicial = 100.

Mercado Total	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Precio promedio canasta común 2001-2006 (6408)	100,00	45,22	54,98	57,32	60,41	60,85														
Precio promedio canasta común 2006-2011 (6793)					100,00	107,12	112,45	115,09	124,25	129,90										
Precio promedio canasta común 2001-2018 (2461)	100,00	43,43	52,21	54,24	56,86	57,31	61,67	64,45	66,31	71,58	75,37	75,54	68,82	61,67	65,73	61,21	67,72	49,97		
Precio promedio canasta común 2003-2018 (3556)				100,00	103,81	108,84	109,70	117,89	123,45	127,08	137,69	145,11	145,44	133,15	119,21	127,13	117,81	129,39	97,29	
Precio promedio canasta común 2007-2018 (5391)								100,00		104,52	107,48	116,64	122,76	123,15	112,64	101,34	107,58	99,96	109,33	80,36
Precio promedio canasta común 2011-2018 (7186)											100,00	100,77	92,07	82,87	87,64	81,29	88,66	64,97		
Precio promedio canasta común 2011-2013 (10327)											100,00	100,39	90,69							
Precio promedio canasta común 2013-2015 (11703)													100,00	88,73	94,35					
Precio promedio canasta común 2015-2018 (1195)														100,00	91,14	99,24	67,70			
Precio promedio canasta común 2013-2018 (9704)															100,00	91,14	99,24	67,70		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-18	100,00	45,22	54,98	57,32	60,41	60,85	65,18	68,42	70,03	75,60	79,04	79,65	72,78	65,51	69,27	64,26	70,08	51,36		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-18	100,00	45,22	54,98	57,32	60,41	60,85	65,18	68,42	70,03	75,60	79,04	79,35	71,69	63,87	68,11	62,49	68,27	48,28		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-15/15-18	100,00	45,22	54,98	57,32	60,41	60,85	65,18	68,42	70,03	75,60	79,04	79,35	71,69	63,61	67,64	61,65	67,12	45,79		
Precio promedio canasta completa de cada año	100,00	42,83	50,57	49,00	58,38	62,61	76,62	70,98	78,99	82,08	86,70	94,46	84,67	92,11	93,85	94,61	67,97			
Precio promedio lanzamientos últimos 2 años	100,00	33,49	39,92	44,04	75,98	83,58	76,95	60,36	68,91	87,97	71,11	106,23	126,11	114,34	85,91	120,23	126,57	68,98		
Precio promedio sin lanzamientos últimos dos años	100,00	44,67	52,51	49,37	53,03	56,99	75,43	73,05	81,88	84,97	81,95	85,48	89,62	79,92	94,07	91,02	91,23	69,23		
Precio medio (Monto ventas/unidades)	100,00	44,90	49,27	50,99	54,95	56,30	60,53	69,81	68,98	75,49	83,23	89,94	87,66	83,16	87,58	79,62	91,08	75,54		
Segmento Ético	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Precio promedio canasta común 2001-2006 (5524)	100,00	45,37	55,15	57,51	60,61	61,01														
Precio promedio canasta común 2006-2011 (5805)							100,00	107,04	112,35	115,08	124,21	129,82								
Precio promedio canasta común 2001-2018 (2288)	100,00	43,56	52,38	54,41	57,07	57,48	61,85	64,57	66,43	71,66	75,40	75,48	68,70	61,36	65,44	61,06	67,57	50,03		
Precio promedio canasta común 2003-2018 (3161)				100,00	103,81	108,93	109,70	117,97	123,45	127,16	137,68	145,02	145,19	132,82	118,46	126,58	117,34	128,95	97,35	
Precio promedio canasta común 2007-2018 (4593)							100,00	104,46	107,56	116,64	122,61	122,82	112,34	106,62	107,23	99,44	108,97	80,42		
Precio promedio canasta común 2011-2018 (5987)										100,00	100,60	91,88	82,36	87,48	81,07	88,63	65,15			
Precio promedio canasta común 2011-2013 (8285)										100,00	100,22	90,58								
Precio promedio canasta común 2013-2015 (9017)											100,00	88,25	94,57							
Precio promedio canasta común 2015-2018 (6373)												100,00	91,14	99,50	67,55					
Precio promedio canasta común 2013-2018 (7625)													100,00	88,62	95,11	87,13	95,42	67,48		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-18	100,00	45,37	55,15	57,51	60,61	61,01	65,30	68,54	70,20	75,78	79,20	79,67	72,77	65,23	69,28	64,20	70,20	51,60		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-18	100,00	45,37	55,15	57,51	60,61	61,01	65,30	68,54	70,20	75,78	79,20	79,37	71,74	63,58	68,23	62,50	68,45	48,41		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-15/15-18	100,00	45,37	55,15	57,51	60,61	61,01	65,30	68,54	70,20	75,78	79,20	79,37	71,74	63,31	67,85	61,83	67,51	45,83		
Precio promedio canasta completa de cada año	100,00	42,81	50,77	48,91	58,93	63,66	79,80	73,17	81,70	84,71	83,11	91,88	101,99	90,23	99,57	99,79	101,21	73,23		
Precio promedio lanzamientos últimos 2 años	100,00	54,46	40,48	43,70	82,30	98,03	90,91	66,69	76,18	115,51	77,98	120,31	160,71	144,39	97,40	150,18	157,46	84,83		
Precio promedio sin lanzamientos últimos dos años	100,00	44,51	52,61	49,37	52,80	56,69	77,15	74,80	84,48	87,46	84,88	89,02	95,20	83,82	100,58	95,44	96,49	73,83		
Precio medio (Monto ventas/unidades)	100,00	45,42	51,99	55,15	59,93	61,65	66,63	77,23	77,11	84,88	93,25	99,59	99,09	91,76	96,28	88,46	101,43	83,41		
Segmento Popular	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018		
Precio promedio canasta común 2001-2006 (884)	100,00	51,11	53,01	55,16	59,20	58,30														
Precio promedio canasta común 2006-2011 (988)							100,00	109,59	123,85	118,20	127,27	136,72								
Precio promedio canasta común 2001-2018 (223)	100,00	39,80	47,66	49,58	51,17	52,60	56,71	61,19	62,99	69,43	74,68	77,26	72,10	69,97	73,62	65,33	71,84	48,27		
Precio promedio canasta común 2003-2018 (395)				100,00	103,84	106,82	109,63	116,29	123,31	125,32	137,89	147,04	150,57	139,74	134,63	138,23	127,23	138,29	92,86	
Precio promedio canasta común 2007-2018 (798)							100,00	105,47	106,33	116,72	124,86	127,87	116,97	111,91	112,61	107,58	114,68	76,14		
Precio promedio canasta común 2011-2018 (1199)										100,00	102,96	94,47	89,45	89,70	84,17	89,04	59,34			
Precio promedio canasta común 2011-2013 (2042)											100,00	102,19	91,88							
Precio promedio canasta común 2013-2015 (2686)												100,00	93,70	92,05						
Precio promedio canasta común 2015-2018 (2558)													100,00	93,95	93,90	87,71	93,29	61,60		
Precio promedio canasta común 2013-2018 (2079)														100,00	91,22	96,67	62,68			
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-18	100,00	51,11	53,01	55,16	59,20	58,30	63,89	72,20	68,90	74,19	79,70	82,06	75,29	71,29	71,49	67,08	70,97	47,29		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-18	100,00	51,11	53,01	55,16	59,20	58,30	63,89	72,20	68,90	74,19	79,70	81,45	73,23	68,80	68,76	64,23	68,32	45,11		
Precio promedio canasta superpuesta 01-06/06-11/11-13/13-15/15-18	100,00	51,11	53,01	55,16	59,20	58,30	63,89	72,20	68,90	74,19	79,70	81,45	73,23	68,62	67,41	61,49	65,16	42,25		
Precio promedio canasta completa de cada año	100,00	49,77	50,26	52,83	57,09	57,82	66,00	77,24	71,46	78,15	83,38	87,71	83,99	83,68	85,28	93,29	90,59	59,78		
Precio medio (Monto ventas/unidades)	100,00	41,76	43,19	43,21	45,00	44,72	47,56	54,83	51,90	56,92	63,47	69,23	71,03	65,51	70,12	59,49	68,81	57,21		

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

Anexo D. 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–. Todos los países incluidos en la comparación poseen información para las 18 clases terapéuticas seleccionadas. De los 54 principios activos considerados en el análisis se cuentan 54 en Colombia y México, 53 en Brasil, 51 en Chile y Perú, y finalmente 50 en Ecuador. De un máximo de 162 productos, se identifican 129 productos en el caso de Chile, 135 en Brasil y Perú, 137 en Ecuador, 142 en Colombia, 145 en México (respecto de 153 en Argentina).

Cuadro D.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.

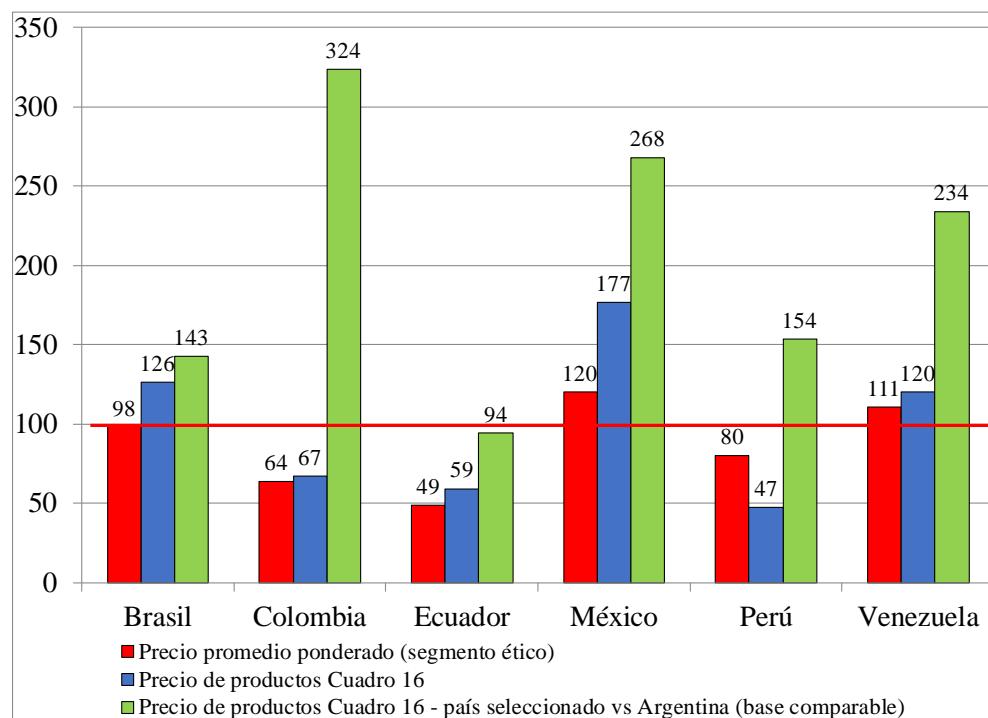
Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos	Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos
C (1)				M (4)			
	C09C				M01A		
		Losartan	3			Ibuprofen	3
		Valsartan	3			Glucosamine + Meloxicam	3
		Telmisartan	2			Etoricoxib	3
	C10A				M05B		
		Atorvastatin	3			Ibandronic Acid	3
		Rosuvastatin	3			Denosumab	2
		Fenofibrate	3			Risedronic Acid	3
	C07A				M05X		
		Bisoprolol	3			Hyaluronic Acid	3
		Carvedilol	3			Chondroitinsulfuric Acid + Glucosamine	3
		Nebivolol	3			Diacerein	3
Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos	Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos
A (2)				R (5)			
	A10C				R03F		
		Insulin Glargine	3			Fluticasone + Salmeterol	3
		Insulin Aspart	3			Budesonide + Formoterol	3
		Insulin Degludec	1			Fluticasone Furoate + Vilanterol	1
	A02B				R06A		
		Omeprazole	3			Fexofenadine	3
		Pantoprazole	3			Diphenhydramine	3
		Esomeprazole	3			Loratadine	3
	A10J				R01A		
		Metformin	3			Fluticasone	3
		Glimepiride + Metformin	3			Mometasone	3
		Glibenclamide + Metformin	3			Fluticasone Furoate	1
Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos	Nivel 1	Nivel 3	Principio Activo	# productos
N (3)				J (6)			
	N03A				J01C		
		Clonazepam	3			Amoxicillin + Clavulanic Acid	3
		Pregabalin	3			Amoxicillin	3
		Levetiracetam	3			Ampicillin 1/	3
	N05A				J01G		
		Quetiapine	3			Ciprofloxacin	3
		Olanzapine	3			Levofloxacin	3
		Risperidone	3			Norfloxacin	3
	N06A				J01D		
		Escitalopram	3			Cefalexin	3
		Sertraline	3			Ceftriaxone	3
		Paroxetina	3			Cefadroxil	3

Fuente: elaboración propia en base a IQVIA. Notas: 1/ 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).

Anexo E. Figura 33 del DT#121

A continuación, se repite la Figura 33 del DT#121, para facilitar la comparación realizada en la Sección 5 de este documento.

Figura 33 (DT#121). Precio relativo de medicamentos seleccionados (Cuadro 16) entre cada país y Argentina (Diciembre de 2011).



Nota: esta figura incluye los índices de precios relativos.

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

Producto	Laboratorio	Presentación	Precio medio (USD)					
			Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México
Plenacor	Bago	Plenacor Tabl 50 Mg X 30	3,4	4,2			6,3	
		Plenacor Tabl 25 Mg X 30	2,5	5,4				
		Plenacor Tabl 100 Mg X 30	4,7				12,5	
Vericordin	Lazar	Vericordin Tabl 50 Mg X 28	1,9				7,9	7,9
		Corbis Tabl Recubie 5 Mg X 30	6,0				11,5	10,0
		Concor Tabl Recubie 5 Mg X 30	8,7			39,8	15,3	31,3
Concor	Elea	Concor Tabl Recubie 10 Mg X 30	11,2			58,3	18,4	39,7
		Concor Tabl Recubie 2,50 Mg X 30	5,3			23,0	10,3	21,9
		Lostaprolol	Lostaprolol Tabl Recubie 5 Mg X 30	5,8				9,2
Lostaprolol	Temis Lostalo	Carvedil Tabl 12,5 Mg X 28	5,8					32,0
		Carvedil Tabl 6,25 Mg X 28	5,0				7,5	23,6
		Carvedil Tabl 12,5 Mg X 28	4,3				8,1	17,6
Dilatrend	Nova Argentia	Dilatrend Tabl Ran 25 Mg X 28	5,9		22,1		13,7	31,2
		Dilatrend Tabl Ran 12,5 Mg X 28	5,0		15,8		6,8	24,3
		Dilatrend Tabl Ran 6,25 Mg X 28	4,3		14,4		5,0	17,6
Nabila	Raffo	Nabila Tabl 5 Mg X 28	8,0		14,9	29,1	14,2	27,9
		Nabila Tabl 10 Mg X 28	15,1		15,1	41,5	27,4	32,8
		Nabila Tabl 2,50 Mg X 28	3,4		10,3	16,5	14,7	22,9
Nebilet	Nova Argentia	Nebilet Tabl Ran 5 Mg X 28	7,7	23,0	20,9	44,6		38,8
		Losacor Tabl Recubie 50 Mg X 30	9,5	2,2				31,4
		Losacor Tabl Recubie 100 Mg X 30	11,6					33,4
Micardis	Boehringer Ing Ph	Micardis Tabl 80 Mg X 28	36,6		28,6	79,0	26,5	43,7
		Micardis Tabl 40 Mg X 28	26,0		29,5	42,8	20,8	32,7
Diovan	Novartis Pharma	Diovan Tabl Recubie 160 Mg X 28	16,7	20,8		21,8	22,2	49,8
		Diovan Tabl Recubie 80 Mg X 28	13,1	20,8			21,2	49,7
		Diovan Tabl Recubie 320 Mg X 28	18,2	20,8			29,8	
Lipitor	Pfizer	Diovan Tabl Recubie 160 Mg X 14	9,3	10,8				27,1
		Lipitor Tabl Recubie 10 Mg X 30	14,2	41,9	24,2	70,8	62,0	55,6
		Lipitor Tabl Recubie 20 Mg X 30	24,4	51,3	52,1	86,5	64,8	92,0
		Lipitor Tabl Recubie 40 Mg X 30	26,5	75,5	44,0	83,3	43,8	122,1
Zarator	Elea	Lipitor Tabl Recubie 80 Mg X 30	31,6		46,0	84,8		72,7
		Zarator Tabl Recubie 10 Mg X 30	15,1		34,3			
		Zarator Tabl Recubie 10 Mg X 60	25,7		43,5			
Crestor	Astrazeneca	Crestor Tabl Recubie 10 Mg X 28	16,0		25,9			49,4
		Crestor Tabl Recubie 20 Mg X 28	29,7		54,2			62,5
		Crestor Tabl Recubie 40 Mg X 28	40,9		1,5			
Nexium	Astrazeneca	Crestor Tabl Recubie 5 Mg X 28	12,9		18,2			
		Nexium Tabl Recubie 40 Mg X 28	25,5	57,4	31,2	96,6		
		Nexium Tabl Recubie 20 Mg X 28	17,8	27,5	18,7	62,8		39,4
Esomax	Eurofarma	Nexium Sobres 10 Mg X 28	20,7		36,9	61,5		
		Nexium Tabl Recubie 40 Mg X 14	12,9	28,7	22,4	50,5	25,1	30,2
		Nexium Tabl Recubie 20 Mg X 14	7,3	13,7		34,4	15,4	
		Esomax Caps 40 Mg X 28	18,4			28,8		
		Esomax Caps 20 Mg X 28	13,6			25,5		
Taural	Roemmers	Esomax Caps 40 Mg X 14	9,7				15,8	
		Esomax Caps 20 Mg X 14	6,3				10,8	
		Taural Tabl Coated 300 Mg X 30	7,8				15,4	
Taural	Roemmers	Taural Amp. 50 Mg 5 Ml X 6	3,5				9,1	
		Taural Tabl Coated 150 Mg X 20	0,4				5,8	

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina: 2012-2018

Producto	Laboratorio	Presentación	Precio medio (USD)					
			Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México
Novorapid	Novo-nordisk	Novorapid Flex Lapicer 100 Iu 3 MI X 5 (/ml)	91,2	57,2	75,5	36,1		13,0
		Novorapid Flexlo Penfi 100 Iu 3 MI X 5 (/ml)	91,2					13,0
		Novorapid Penfill 100 Iu 3 MI X 5 (/ml)	73,8		70,8	32,9	35,3	67,0
Insu.tresiba	Novo-nordisk	Insu.tresiba Flex Lap Prell 100 U 3 MI X 5 (/ml)	115,3	34,9				154,5
		Insulin.lev	105,4					117,1
Lantus	Sanofi Aventis	Lantus Lap Pre.solo 100 Iu 3 MI X 5 (/ml)	106,8					87,2
		Lantus Cartucho 100 Iu 3 MI X 5	103,7		79,3	9,4		83,5
Toujeo	Sanofi Aventis	Toujeo Jer.prelsc 300 Iu 1.50 MI X 3 (/ml)	96,1			16,0		76,2
		Glucovance	7,5	8,6	13,3	20,8	8,6	21,0
Elea		Glucovance Tabl Recubie 5 Mg X 60 (/500)	4,4	8,6				
		Glucovance Tabl Recubie 5 Mg X 30 (/500)	3,8	6,6	13,3	20,0		23,4
Glemaz	Montpellier	Glemaz Met T.rec 4/1000 X 30	9,1		29,3			
		Glemaz Met T.rec 2/1000 X 30	5,1				12,7	
Clonagin	Baliarda	Clonagin Tabl Birran. 0,50 Mg X 30	3,6				5,4	
		Rivotril	4,4			10,0		14,0
Investi		Rivotril Tabl 0,50 Mg X 30	4,5			15,0	6,3	25,1
		Rivotril Tabl 2 Mg X 30	-			20,1	5,4	20,2
Neuryl	Bago	Neuryl Tabl 2 Mg X 50	5,6				10,5	
		Neuryl Tabl 2 Mg X 30	3,7		10,0			
Neuryl		Neuryl Tabl 0,50 Mg X 30	3,3		5,9			
		Neuryl Gotas Oral 2,50 Mg 20 MI X 1 (/ml)	3,5				5,8	
Lamictal	Glaxosmithkline Ph	Lamictal Tabl Dispers 100 Mg X 30	32,1	23,7	55,1	26,6		
		Lamictal Tabl Dispers 200 Mg X 30	52,7	47,5	78,7	46,8		
		Lamictal Tabl Dispers 50 Mg X 30	21,2	16,4	35,2	20,0	10,2	16,8
		Lamictal Tabl Dispers 25 Mg X 30	12,3	9,9	20,6	11,3	6,0	
		Lamictal Tabl Dispers 5 Mg X 30	7,2		14,3	6,2		
Keppra	Glaxosmithkline Ph	Keppra Tabl Recubie 1000 Mg X 30	75,8		68,0		49,3	106,8
		Keppra Tabl Recubie 500 Mg X 60	75,8		45,5			106,8
		Keppra Soln Oral 100 Mg 300 MI X 1 (/ml)	75,8		31,8	75,2	47,3	87,8
Levecom	Baliarda	Levecom Tabl Recubie 1000 Mg X 30	54,7				33,2	
		Levecom Tabl Recubie 500 Mg X 30	27,9				21,4	
Plenica	Roemmers	Plenica Tabl Practid 75 Mg X 30	15,8				20,3	
		Plenica Caps 75 Mg X 30	15,0		12,0		21,5	11,7
		Plenica Caps 150 Mg X 30	22,9		19,5		31,1	17,2
Lyrica	Pfizer	Lyrica Caps 75 Mg X 30	15,3			17,0		
		Lyrica Caps 150 Mg X 30	23,8			34,1		
		Lyrica Caps 50 Mg X 30	12,9			11,3		
		Lyrica Caps 300 Mg X 30	32,1			69,5		
		Lyrica Caps 25 Mg X 30	5,7			5,7		
Zyprexa	Eli Lilly	Zyprexa Tabl Recubie 10 Mg X 28	105,9	233,6				
		Zyprexa Tabl Recubie 5 Mg X 28	54,2	116,8				
		Zyprexa Tabl Recubie 2,50 Mg X 28	36,7	79,1				
		Zyprexa Tabl Zydys 10 Mg X 14	54,3				72,0	79,5
		Zyprexa Tabl Recubie 10 Mg X 14	54,3			135,7	81,4	
		Zyprexa Tabl Recubie 5 Mg X 14	27,3			74,6		
Quetiazip	Raffo	Zyprexa Tabl Zydys 5 Mg X 14	27,3				51,6	46,5
		Quetiazip Tabl 100 Mg X 30	31,4		21,3		42,8	59,7
		Quetiazip Tabl 25 Mg X 30	18,9		13,0		23,3	32,3
		Quetiazip Tabl 200 Mg X 30	40,4		70,0		76,5	81,6
		Quetiazip Tabl 25 Mg X 60	29,7		18,5			
		Quetiazip Tabl 100 Mg X 60	49,5		33,5			
Quetiazip		Quetiazip Tabl 300 Mg X 30	47,2				106,2	86,9

La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina: 2012-2018

Producto	Laboratorio	Presentación	Precio medio (USD)					
			Argentina	Brasil	Chile	Colombia	Ecuador	México
Seroquel	Bago	Seroquel Tabl Recubie 100 Mg X 30	29,8			14,3	47,9	45,6
		Seroquel Tabl Recubie 25 Mg X 30	18,3			3,4	26,1	18,1
		Seroquel Xr Tabl Recubie 50 Mg X 30	37,4		58,4	13,9	58,7	35,7
		Seroquel Tabl Recubie 200 Mg X 30	38,6		74,7	29,2	81,5	
		Seroquel Xr Tabl Recubie 200 Mg X 30	42,9			47,9		
		Seroquel Xr Tabl Recubie 300 Mg X 30	58,2	136,0	83,2	74,0	101,4	73,4
		Seroquel Xr Tabl Recubie 400 Mg X 30	89,7		89,3	96,5		
		Seroquel Tabl Recubie 300 Mg X 30	51,3			44,9		
		Seroquel Xr Tabl Recubie 150 Mg X 30	45,2		68,3	36,7		51,2
		Risperdal	8,2	23,2	35,7	45,5		24,9
Risperdal	Janssen	Risperdal Tabl Revest 1 Mg X 20	15,6	48,0		102,8		49,2
		Risperdal Tabl Revest 2 Mg X 20	23,3					77,2
		Risperdal Tabl Revest 3 Mg X 20	115,4	287,4	128,8		173,2	137,7
		Risperdal Consta V+j/s+2a Lp 37,5 Mg 2 MI X 1	78,3		98,1		123,0	94,0
		Risperdal Consta V+j/s+2a Lp 25 Mg 2 MI X 1	9,7			41,9	18,8	182,0
Lexapro	Lundbeck Argentina	Lexapro Tabl Recubie 20 Mg X 28	28,8	104,4				112,1
		Lexapro Tabl Recubie 10 Mg X 28	15,1	55,0		82,5	35,6	68,8
		Lexapro Tabl Recubie 15 Mg X 28	20,3	66,0				
		Lexapro Tabl Recubie 10 Mg X 14	9,7					24,3
Prozac	Eli Lilly	Prozac Caps 20 Mg X 30	19,1	26,8				
		Prozac Tabl Dis.ran 20 Mg X 28	19,1					70,6
Aropax	Glaxosmithkline Ph	Aropax Tabl Recubie 20 Mg X 30	22,6	31,4				
		Aropax Tabl Recubie 20 Mg X 10	-					25,0
Zoloft	Pfizer	Zoloft Tabl 100 Mg X 30	19,9	46,6				
		Arcoxia Tabl Recubie 90 Mg X 28	23,1				38,5	67,2
Arcoxia	Merck Sharp Dohme	Arcoxia Tabl Recubie 90 Mg X 14	15,3	24,6	18,5	27,8	22,2	44,9
		Arcoxia Tabl Recubie 60 Mg X 28	18,7				36,4	61,1
		Arcoxia Tabl Recubie 120 Mg X 7	9,2		14,6	18,4		
		Actron 600	Actron 600 Rap Acc Caps Blandas 600 Mg X 10	2,3		7,8		4,2
		Prolia	Prolia Jer.prell 60 Mg 1 MI X 1	222,1	150,3	200,0	262,0	347,3
Idena	Raffo	Idena Tabl Recubie 150 Mg X 1	15,2		20,2	55,1	23,6	30,0
		Femorel	Femorel Tabl 150 Mg X 1	15,7				19,2
Artrodrar	Trb	Artrodrar Capo 50 Mg X 30	12,4	36,7		36,6		
		Alenys	Alenys Inhal Ds.nas X 120	11,0		16,5		
Nasonex	Merck Sharp Dohme	Nasonex Spr.nasa.acu 50 Y 18 G X 140 (/dos)	19,3		20,3	23,7	19,3	41,3
		Nasonex Mini Sp.n.ac 50 Y X 60 (/dos)	11,8					28,6
Frevia	Astrazeneca	Frevia P/inhal 160 Y X 120 (/4,5)	38,0					28,6
		Frevia P/inhal 80 Y X 120 (/4,5)	30,1					
Symbicort	Astrazeneca	Symbicort Turbuhaler 160 Y X 120 (/4,5)	38,7		58,2	74,3		60,5
		Symbicort Turbuhaler 160 Y X 60 (/4,5)	28,7			36,5		28,0
Seretide	Glaxosmithkline Ph	Seretide Aero Dose 250 YX 120 (/25)	31,5	46,9	64,8	60,3	23,0	41,8
		Seretide Disku.po.inh 50 Y X 60 (/500)	38,8		70,1	58,1	29,1	54,6
		Seretide Disku.po.inh 50 Y X 60 (/250)	38,1		64,0	56,4	20,0	46,5
		Seretide Aero Dose 125 Y X 120 (/25)	30,8	28,9	63,4	56,6	20,5	39,2
		Seretide Aero Dose 50 Y X 120 (/25)	28,1	24,2	32,9	49,7	16,5	37,0
Flutivent	Cassara	Seretide Disku.po.inh 50 Y X 60 (/100)	34,5	24,2				
		Flutivent	Flutivent Hfa Aer P/inh 250 YX 120 (/25)	16,4				26,2
Relvar Ellipta	Glaxosmithkline Ph	Flutivent Hfa Aer P/inh 125 Y X 120 (/25)	14,6					21,9
		Relvar Ellipta	Relvar Ellipta Pvo Inh 22y/ 92 YX 30 (/dos)	34,1		54,8		
Allegra	Sanofi Aventis	Relvar Ellipta Pvo Inh 22y/ 184 YX 30 (/dos)	34,6		58,6			
		Allegra	Allegra Tabl Recubie 120 Mg X 30	14,7		28,7		
		Allegra	Allegra Tabl Recubie 180 Mg X 10	8,1		29,1	14,3	17,9
		Allegra	Allegra Tabl Recubie 120 Mg X 10	5,1		21,4	10,9	14,9
Alerfedine	Lazar	Allegra Susp Oral 30 Mg 150 MI X 1 (/5ml)	6,6		13,1	19,9		16,8
		Alerfedine	Alerfedine Tabl Recubie 180 Mg X 10	7,3				10,2
Amoxidal	Roemmers	Amoxidal Tab.recu.duo 875 Mg X 14	3,7			15,3		
		Amoxidal	Amoxidal Susp.ped.duo 750 Mg 70 MI X 1 (/5ml)	4,1			10,7	
		Amoxidal	Amoxidal Susp.ped.duo 750 Mg 120 MI X 1 (/5ml)	5,5			13,2	
Trifamox	Bago	Trifamox Tab.recu.duo 875 Mg X 14	4,1	23,0		13,2	26,3	
		Trifamox	Trifamox Tabl 500 Mg X 16	2,4			20,1	
Acantex	Investi	Acantex V.im Liof 1 G 3,50 MI X 1	8,8		27,3			
		Acantex	Acantex V.vi Liof 1 G 10 MI X 1	6,2		27,6		
Ceftriaxona Richet	Richet	Ceftriaxona Richet Viv C/solv. 1 G 10 MI X 1	5,8	6,5				
		Cirax	Cirax Tabl Recubie 500 Mg X 10	7,1		11,9		13,1
Avelox	Bayer	Cirax Tabl Recubie 500 Mg X 20	13,4		22,3			
		Avelox	Avelox Tabl Recubie 400 Mg X 7	14,2		32,9	60,5	46,6
		Avelox	Avelox Tabl Recubie 400 Mg X 5	10,1		45,1	33,4	24,7
		Avelox	Avelox L.v. Bolsa P/infu 400 Mg 250 MI X 1	11,0			64,8	27,2

Anexo G. Evolución del tipo de cambio e índices de precios, 2001-2018

Cuadro G.1. Evolución de precios IPIM, IPC y Tipo de Cambio

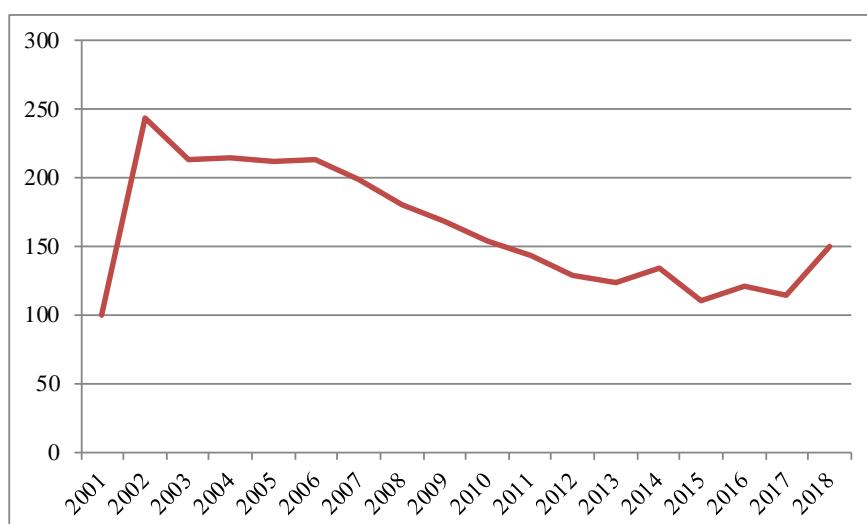
	IPIM		IPC	Tipo de Cambio
	Base Dic-2015 = 100			Promedio anual
	Promedio	Diciembre	Promedio	
2001	10,24	9,89	7,45	1,00
2002	18,14	21,55	9,37	3,13
2003	21,39	21,97	10,63	2,95
2004	22,97	23,69	11,14	2,94
2005	24,91	26,22	12,08	2,92
2006	27,50	28,10	13,21	3,07
2007	30,25	32,19	15,04	3,12
2008	34,14	35,02	18,42	3,16
2009	36,55	38,62	21,27	3,73
2010	41,88	44,24	26,04	3,91
2011	47,27	49,85	32,13	4,13
2012	53,35	56,40	39,82	4,55
2013	60,62	64,72	49,89	5,48
2014	77,00	83,02	69,22	8,12
2015	88,63	100,00	88,67	9,27
2016	125,09	134,53	125,14	14,78
2017	147,25	159,89	156,43	16,57
2018	220,37	277,40	209,73	28,09

IPIM: INDEC. Empalme en nov-15 y dic-15 según estimaciones de FIEL.

Tipo de Cambio: Banco Nación Vendedor hasta febrero 2002. Comunicación 3500 BCRA desde marzo 2002.

IPC: INDEC enero 2001-diciembre 2003 / IPC Congreso 2003-abril 2016 / IPC INDEC mayo 2016 en adelante.

Figura G.1. Evolución del Tipo de Cambio real (AR\$ vs. US\$), base 2001 = 100



Tipo de cambio real = Tipo de cambio nominal (Cuadro G.1) * IPIM EE.UU. (Bureau of Labor and Statistics, EEUU) / IPC Argentina (Cuadro G.1).

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

Cont, W., M. Panadeiros y S. Urbiztondo (2017), “Estudio de Impacto de la Protección de Datos de Prueba y Extensión de Protección de Patentes Farmacéuticas bajo el Acuerdo de Comercio Mercosur – Unión Europea sobre Medicamentos Comercializados en Farmacias y a PAMI”, Documento de Trabajo No 126, FIEL.

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 N° 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>.

IQVIA: Canales de Distribución. Encuesta de Canales 2018. Datos complementarios revisados en febrero de 2018.

Urbiztondo, S., W. Cont y M. Panadeiros: “La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina”, Documento de Trabajo No 121, FIEL (primera edición Noviembre 2013 y segunda edición Enero 2014).

SERIE DOCUMENTOS DE TRABAJO

128. La cumbre del G20 de 2018 y su importancia para América Latina, Marzo 2019.
127. Pruebas APRENDER: o acerca de la cuantificación de oportunidades, Ivana Templado, Agosto 2018.
126. Acuerdo de Comercio Mercosur – Unión Europea: Impacto Sobre el Gasto en Medicamentos Adquiridos en Farmacias y por PAMI en Argentina, Walter Cont, Mónica Panadeiros y Santiago Urbiztondo, Enero 2018.
125. Revisión del Paradigma de los Sistemas: Clarificación y agregados a la luz de la transición post-socialista, János Kornai, Marzo 2017.
124. La regulación de los servicios públicos en Argentina, 2003-2015: Lógica y balance de tres períodos presidenciales bajo un mismo signo político, Santiago Urbiztondo, Febrero 2016.
123. El sistema tributario argentino. Análisis y evaluación de propuestas para reformarlo, Daniel Artana (coord.), Isidro Guardarucci, Pablo Lavigne, Jorge Puig, Nuria Susmel, Agosto 2015.
122. Subsidios a la energía, devaluación y precios. Fernando Navajas, Abril 2015.
121. La competencia en el segmento upstream de la industria farmacéutica argentina. Santiago Urbiztondo, Walter Cont y Mónica Panadeiros. Octubre 2013.
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 Auguste. 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 Urbiztondo. Febrero 2012.
109. Sub-national revenue mobilization in Latin America and Caribbean Countries. the case of Argentina. D. Artana, S. Auguste, M. Cristini, C. Moskovits e I. Templado . Enero 2012.
108. Energía, maldición de recursos y enfermedad holandesa. Fernando Navajas. Octubre 2011.
107. What drove down natural gas production in Argentina? D. Barril y F. Navajas. Mayo 2011.
106. Is the Argentine Revenue Effort “too” High? D. Artana and I. Templado. Noviembre 2010.
105. Infraestructura y Energía en la Argentina: Diagnósticos, Desafíos y Opciones. F. Navajas. Octubre 2010.
104. Passenger Cars and CO2 Emissions: Assessing Global Impacts of a Convergence to Low-power. F. Navajas y M. 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 Auguste y Santiago Urbiztondo. 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.
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, 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. Septiembre 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 Martín 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.

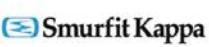
67. Una Educación para el Siglo XXI. La Práctica de la Evaluación de la Calidad de la Educación. Experiencia Argentina e Internacional. M. Nicholson. Diciembre 2000.
66. Una Educación para el Siglo XXI. La Evaluación de la Calidad de la Educación. G. Cousinet. Noviembre 2000.
65. Hacia un Programa de Obras Públicas Ampliado: Beneficios y Requisitos Fiscales. S. Auguste, M. Cristini y C. Moskovits. Septiembre 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. Septiembre 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. Urbiztondo 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. Septiembre 1996.
48. El Relabanceo de las Tarifas Telefónicas en la Argentina. D. Artana, R. L. Murphy, F. Navajas y S. Urbiztondo. 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. Septiembre 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.

34. Gasto Público Social: El Sistema de Salud. M. Panadeiros. Septiembre 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.
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.

Patrocinantes FIEL



Patrocinantes FIEL



ORGANIZACIÓN
VERAZ