



CEDES

Centro de Estudios
de Estado y Sociedad

Regulación del Comercio Minorista de Medicamentos en Argentina

Un Análisis de Diferencias entre Modelos de Mercado¹

Daniel Maceira²

2015

¹ Este trabajo se ha desarrollado en el marco de un convenio de investigación entre el Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES), Argentina, y Farmacity. Las opiniones vertidas no necesariamente reflejan la opinión de las instituciones participantes. Se agradece la colaboración de Alfredo Palacios y Natalia Espínola en la elaboración de este documento. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

² Ph.D. en Economía. Investigador CEDES/CONICET. Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

Resumen

El comercio minorista farmacéutico reproduce la lógica de información asimétrica, demanda derivada y diferenciación basada en calidades, presente a lo largo de la cadena sectorial. El envejecimiento poblacional, la expiración de patentes tradicionales y el cambio de paradigma tecnológico en la producción desafía el diseño regulatorio. La entrada de estructuras de mayor escala -cadenas farmacéuticas- es considerada como una presión hacia mayor eficiencia sectorial y como un elemento de riesgo para un sistema de atención personalizada. La normativa internacional y local -entre provincias argentinas- analizada sobre comercio minorista en farmacias evidencia un movimiento hacia la flexibilización en la entrada de cadenas en países con tradición desreguladora -EEUU-, y en naciones con baja capacidad de *enforcement* de normativas. Las naciones europeas ven relajar algunas reglas de competencia, manteniendo control sobre ejes críticos (responsabilidad farmacéutica, distancia entre bocas de venta, incluso controles de precios). La heterogeneidad normativa entre provincias argentinas desafía la equidad del modelo sanitario, y brinda una oportunidad de evaluación, comparando ciudades socio-demográficamente similares (Córdoba Capital y Rosario) bajo distintos marcos normativos. Mediante encuestas a 2.400 usuarios de farmacias y recolección de precios de cinco clases terapéuticas en 50 farmacias, el estudio sostiene algunas hipótesis teóricas tradicionales mediante la implementación de modelos de mínimos cuadrados ordinarios y modelos logísticos. En primer lugar, la mayor escala de operación de las cadenas se traduce en menores precios (3%-6%) que sus pares tradicionales, particularmente en clases terapéuticas de venta libre y antibióticos, con un efecto “contagio” al resto del mercado. La calidad de atención en las cadenas farmacéuticas muestra parámetros más satisfactorios en términos de acceso (disponibilidad de atención las 24 horas, pago con tarjeta de crédito), con resultados dispares en asistencia profesional y demora en la atención, según la cadena analizada. En contraste, los locales tradicionales mantienen su dominio en variables asociadas con lealtad del consumidor y cercanía geográfica. En promedio, la evaluación de los consumidores es satisfactoria (82% en Rosario, 89% en Córdoba), y no refleja diferencias estadísticamente significativas entre tipo de establecimientos. Desde el Estado regulador, la elección de argumentos de intervención (precios, cercanía, asesoramiento para reducir brechas informativas, etc.) ofrece modelos de atención alternativos. Sin embargo, la incorporación del factor escala en el análisis sectorial, más la tendencia a la baja de los márgenes de comercio agrega elementos al diseño de un plan que debe considerar un horizonte donde las ganancias de escala en el mediano plazo no obstruyan la presencia de un mercado más competitivo en precios en el largo plazo.

Abstract

The retail sector in medicines replicates the structure of asymmetric information, induced demand and quality-driven, already present along the sectoral chain. Population aging, patent expiration and the shift in technological paradigm impose regulatory challenges. The entry of more -chain scale structures- is perceived as a pressure for greater efficiency as well as an element to risk personalized care. International and local regulations -among Argentine provinces- show a trend toward easing the entry of

chains in countries with deregulatory tradition -EUA-, as well as in nations with low enforcement capacity. European nations are relaxing some rules of competition while maintaining control over critical aspects (pharmaceutical liability, geographical distribution, even price controls). Norm Heterogeneity between provinces challenges the equity of the health care model, and provides an opportunity for comparing socio-demographically similar cities (Cordoba and Rosario Capital) under different regulatory frameworks. By surveying 2,400 consumers and collecting pharmaceutical prices across five therapeutic classes in 50 pharmacies, the study holds some traditional theoretical hypotheses by implementing OLS and logistic models. Results: the larger scale of operation of the chains drives to lower prices (3%-6%) than those of their traditional peers, particularly in OTC therapeutic classes and antibiotics, with a "contagion" effect over the rest of the market. Access related variables (24-hour open stores, use of credit cards) are more satisfactory in pharmaceutical-chains, with mixed results in other indicators such as professional assistance and delay in care. In contrast, traditional pharmacies maintain their dominance in variables associated with consumer loyalty and geographical proximity. On average, consumer evaluation is highly satisfactory (82% in Rosario, Cordoba in 89%), and does not reflect statistically significant differences between stores. From a regulatory perspective, the choice of arguments for intervention (price, proximity, professional advice to reduce information gaps, etc.) offers alternative models of care. However, the incorporation of the scale factor in the sectoral analysis, as well as the trend towards lower trade margins, add arguments in the design of a plan which consider a time-horizon where scale gains in the medium term do not obstruct the presence of a more competitive market prices in the long term.

1.- Introducción

Los modos de comercialización de productos farmacéuticos, en cierta medida, revisten mecanismos que los emparenta con los modelos tradicionales de intercambio minorista (*retail*). Sin embargo, la característica de información asimétrica presente en cualquier transacción incorpora elementos idiosincráticos en el caso de la compra de medicamentos. Tales elementos proponen un debate particular sobre la operatoria de estos mercados, especialmente acerca de los criterios a partir de los cuales interviene el Estado regulador.

Dentro de este marco, la densidad de oferentes minoristas, que define la estructura de competencia, y el control de calidad de las operaciones desempeñadas por cada boca de expendio se revelan como aspectos particulares de observación en la construcción de un modelo socialmente deseable y sostenible en el mediano plazo.

La naturaleza federal del sistema argentino, y la particular descentralización de nuestro esquema de financiamiento y organización sanitaria, facilita la presencia de modelos variados de regulación en el mercado farmacéutico, con diferencias marcadas entre jurisdicciones, incluso lindantes unas con otras. Dada la baja probabilidad de los usuarios de “arbitrar” compras entre jurisdicciones (orientando sus consumos en una u otra provincia, más allá de su residencia), las diferencias de normativa atenderían potencialmente contra un acceso igualitario. Uno de los propósitos de este documento es analizar las diferentes alternativas existentes, exponiéndolas a un marco teórico común.

Más allá de ello, y desde una mirada específicamente organizacional, aspectos vinculados con beneficios a escala en sucursales, disponibilidad de capital de trabajo y capacidad de abastecimiento y stock diferenciado, se combinan con argumentos de atomización como indicador de competencia, atención personalizada y la necesidad, o no, de territorios exclusivos en un mercado de productos no-homogéneos.

A nivel local pueden diferenciarse, a grandes rasgos, dos tipos de oferentes minoristas: las farmacias de carácter unipersonal o familiar, y las sucursales pertenecientes a cadenas de comercialización de medicamentos. Estos tipos de farmacias no sólo difieren en el servicio ofrecido (por caso, farmacia familiar brindando servicios más individualizados y trabajo intensivo, y farmacia de cadena ofreciendo diversidad de medicamentos y productos no farmacéuticos, entre otros), sino que también exponen diferencias en la disponibilidad de capital financiero con el que cuentan para las actividades de comercialización, que en buena medida determina la capacidad de stock de medicamentos y la escala de operaciones.

Bajo este marco, y desde una perspectiva regulatoria, surge la discusión de si un mayor nivel de competencia entre oferentes farmacéuticos necesariamente se asocia con un mayor nivel de bienestar social. Usualmente, la teoría económica refiere a una mayor competencia como el modo de alcanzar menores precios, debiendo considerarse cómo la diferencial en estructuras productivas alteraría ese principio en el presente y en los periodos subsiguientes. Estas consideraciones dan lugar al debate acerca de cuál es el nivel de competencia en el sector que es socialmente óptima, cómo ello se altera ante

mercados regulados de uno u otro modo, y hasta qué punto el Estado debe limitar la concentración del mercado.

El presente documento procura discutir: cuál es el marco teórico que fundamenta estas diversas posturas organizacionales y regulatorias?Cuál es el marco institucional y normativo, a nivel internacional y nacional, que restringe esta discusión teórica en la práctica? Cómo definir indicadores objetivos de diferencial de calidad de atención en farmacias minoristas? Y, cómo diferentes modelos institucionales de farmacias se asemejan o difieren en los servicios ofrecidos a partir de tales indicadores?

En primer lugar, se plantean los ejes teóricos donde se ubica el debate regulatorio sobre estructuras de mercado y su aplicación en el sector farmacéutico minorista en particular.

Posteriormente, se revisarán bajo un grupo de características específicas las diferencias de normativas sobre el comercio minorista en países desarrollados, por un lado, y en naciones latinoamericanas, por otro, buscando tendencias y parámetros comunes de comparación.

Ello dará lugar al análisis de aspectos institucionales y normativos en el contexto local, tanto a nivel nacional como provincial. Con relación a la mirada nacional, se buscará identificar los principales antecedentes regulatorios y las tendencias recientes en la materia correspondientes a los últimos años. En el contexto provincial se seleccionó, a modo de caso de estudio, un conjunto de jurisdicciones en base al nivel de desarrollo de su sistema normativo para la comercialización de medicamentos.

Finalmente, estas reseñas serán complementadas con el análisis de los resultados de una encuesta de selección múltiple a usuarios de farmacias tradicionales y de cadena en dos ciudades argentinas con diferente marco normativo -realizada específicamente para este estudio-, recogiendo información de precios en los locales de venta.

2.- Marco Teórico

La asignación de bienes y servicios de salud se desvía frecuentemente de lo postulado por una economía de mercado tradicional. Según el primer teorema de la economía del bienestar, en ausencia de información asimétrica, externalidades y bienes públicos, cualquier equilibrio competitivo constituye un óptimo social paretiano. Por tanto, la justificación para la regulación de mercados vinculados con bienes y servicios de salud, descansa en que dichos bienes no cumplen con los requisitos referidos por el teorema.

Particularmente, en los mercados de medicamentos predomina la asimetría informativa sobre los efectos de los productos comercializados. Asimismo, el criterio de un mercado perfectamente competitivo para dichos bienes usualmente no se cumple, debido a que los patrones de consumo de medicamentos se caracterizan por la falta de soberanía completa por parte del paciente (demanda derivada). Ella se vincula fundamentalmente con la presencia de marcas comerciales, preferidas en la prescripción por médicos y generadora de lealtad en un número relevante de pacientes. Por ello, la decisión de

compra entre uno y otro fármaco de igual efecto terapéutico no está asociada únicamente con su precio, sino con la percepción de calidad que le asigna cada usuario o prescriptor.

Estos comportamientos descansan en el concepto de diferenciación de producto, ya sea desde una mirada horizontal -marcada con preferencias o gustos de los usuarios que deben escoger entre productos objetivamente uniformes- o vertical -donde la opción entre productos se define a partir de calidades reales o percibidas distintas (Shaked et al, 1997). El análisis de estos temas, tanto desde la perspectiva teórica como empírica aplicada al sector farmacéutico, ha sido ampliamente abordado en la literatura internacional y local.

El argumento que se presenta en este trabajo reside en que el mecanismo de comercialización de estos productos no-homogéneos se lleva a cabo en establecimientos que -más allá de lo planteado en los párrafos anteriores- no cuentan con estructuras homogéneas de organización y producción/prestación de servicios. Dicho de otro modo, más allá de la homogeneidad o no del set de productos ofrecidos por las farmacias (en variedad, precios y calidades), el tipo de servicio ofrecido por cada una de ellas puede ser visualizado como heterogéneo. Dentro del set de características de diferenciación entre farmacias pueden encontrarse argumentos de cercanía, servicio, productos complementarios, disponibilidad de stock, celeridad en la atención, e incluso, precios distintos a igual presentación y marca. Es este mercado, fuertemente regulado en todos los países, es el objeto de estudio de la presente investigación.

A diferencia de la estructura del sector productor, considerada en ocasiones relativamente concentrada en algunos grupos terapéuticos, el mercado de comercio minorista farmacéutico se encuentra particularmente atomizado. El caso argentino registra aproximadamente 4.000 farmacias comerciales en todo el país³, con niveles de concentración diferenciada de acuerdo a la provincia o el espacio urbano.

Es generalmente aceptado que el servicio ofrecido por las farmacias puede considerarse de interés social, en la medida que contribuye al mantenimiento o recuperación de la salud. A diferencia de otros servicios de igual naturaleza, el caso farmacéutico en Argentina descansa profundamente en una oferta privada de prestadores, cuyos usuarios observan fuentes de financiamiento variadas. Ellas se extienden desde el pago total de bolsillo hasta descuentos variados, sostenidos por los recursos gerenciados por obras sociales y empresas prepagas de salud, o definidos por el producto de negociaciones entre los distintos actores de la cadena farmacéutica (Maceira, 2015).

Paralelamente, existen espacios de provisión pública de servicios en farmacias (a través de los recursos del programa Remediar en los centros de salud estatales, o mediante la entrega de medicamentos en las farmacias hospitalarias), como también en instituciones de propiedad y gestión de la seguridad social. Sin embargo, el enfoque de este estudio se concentra en aquellas de propiedad y control privados (farmacias comerciales).

³ www.farmacias.com.ar

Identificado el espacio de análisis, surge como primer elemento de estudio desde la teoría económica la relevancia o no del número de oferentes como señal de competencia: en mercados de productos homogéneos, la cantidad de participantes en el mercado constituye un indicador de bienestar social, en la medida que mayor número de bocas de expendio aísla el riesgo de comportamiento colusivo y tiende a reducir los precios a montos cercanos al costo marginal. Sin embargo, el mercado bajo análisis presenta tres características que separan su comportamiento de este paradigma ideal.

El primero de ellos es que su funcionamiento refleja la operatoria de una industria de servicios con costos decrecientes a escala, en tanto varias de sus funciones de gestión y compras aumentan su eficiencia -con su consecuente reducción de costos medios- en la medida que su operatoria aumenta. Ello implica que sostener mayor cantidad de oferentes podría reducir la eficiencia social del modelo de competencia. Este fenómeno lleva a un debate sobre el “tamaño óptimo” de la farmacia, con impacto en su capacidad de compra, cantidad y variedad de stock, negociación de precios aguas arriba, gestión de pacientes, entre otros.

Siguiendo este argumento, mayor tamaño -menor cantidad de actores- podría constituirse en una opción socialmente deseable. Sin embargo, el formato de mercado resultante puede constituirse en el mediano plazo en un riesgo si no existe un marco regulatorio adecuado que reduzca la posibilidad de crecimiento desproporcionado de grandes farmacias, y permita que las ganancias de eficiencia aportadas por la escala se traduzcan en menores costos para el usuario.

Una segunda característica, introducida párrafos arriba, se atribuye a que el mercado farmacéutico minorista no se encuentra representado por un modelo de servicio homogéneo, lo que agrega una dimensión complementaria al análisis de escala. Ello dificulta la definición de un tamaño óptimo de farmacia, en la medida que al caracterizarse cada oferente o grupo de oferentes con servicios distintos facilita la orientación de demandas separadas -en geografía, preferencias, ingresos, etc.-. La teoría económica muestra que estos espacios de diferenciación pueden provocar capacidad ociosa en la oferta agregada y pérdidas de eficiencia (Beath et al, 1991).

Los elementos enunciados hasta aquí -oferta de servicios sociales, industria con costos decrecientes a escala, y riesgos inter-temporales de comportamiento anticompetitivo por acumulación de poder de mercado- llevan a identificar la tercera característica: espacios de comercio desarrollados en base a marcos regulatorios complejos. Estos marcos regulatorios no sólo operan sobre las características de los servicios prestados -responsabilidad farmacéutica, distribución geográfica, habilitación de cadenas farmacéuticas, mecanismos de aseguramiento de calidad del producto ofrecido, etc.-, sino también, en ocasiones, con la definición de precios de venta al público -uniformes o máximos-, e incluso sobre los márgenes de ganancia para los distintos eslabones de la cadena.

Este contexto propone dos espacios de investigación, que son los abordados en las próximas secciones:

- (i) cuáles son las diferentes modalidades de regulación del mercado minorista farmacéutico, su presencia de patrones similares o no entre naciones, fuera y dentro de la región latinoamericana e incluso entre provincias argentinas, y
- (ii) cuáles son las características de diferenciación implementadas en Argentina, y que espacio particular ocupan en este escenario las cadenas farmacéuticas. Dentro de ello, cómo los usuarios valoran las diferentes opciones de diferenciación.

3.- Marco Normativo Internacional

Esta sección reseña el estado de la regulación de la cadena de comercialización minorista de medicamentos en la Unión Europea y en un grupo seleccionado de países latinoamericanos. Se destacan las publicaciones del *Office of Fair Trading* británico (que incluye una extensa revisión del estado regulatorio en seis países de la OECD), y los documentos elaborados por los miembros de la OECD en el marco del *Global Forum on Competition* del año 2014, que trató cuestiones de competencia en la cadena de comercio minorista farmacéutico.

3.1.- Marco Normativo en Países Desarrollados

Mozialos y Mrazek (2003) describen el marco regulatorio vigente a junio de 2002 en 6 países de la OECD (Canadá, Francia, Alemania, Países Bajos, Noruega y Estados Unidos) y estudian los impactos de la regulación sobre la estructura de los mercados y la competencia. Los aspectos regulatorios analizados comprenden cuestiones como la existencia de barreras a la entrada, restricciones a la propiedad y regulaciones de precios; la cantidad de farmacias y farmacéuticos aceptados en cada país tanto en términos absolutos como en relación a la población. A continuación se mencionan algunos resultados que emergen del estudio comparativo entre países.

Número de farmacias: se destaca la alta tasa de farmacias por habitante en Noruega y Países Bajos con valores superiores a los 9 mil habitantes por institución, mientras que en el resto de los países fluctúan entre 2.500 y 5.000 aproximadamente. La tendencia al incremento en el número de farmacias es un fenómeno común para los países de la muestra salvo en Estados Unidos, donde el crecimiento de las cadenas farmacéuticas y de la modalidad de venta de medicamentos por correo muestra una dirección opuesta.

Licencias: en todos los países de la muestra existen dos tipos de licencias obligatorias, una para la farmacia y otra para el farmacéutico. Todos los países exigen la presencia de un farmacéutico con licencia habilitante que deberá encargarse de la venta de medicamentos.

Localización y barreras de entrada: en la mayoría de los países no existen restricciones geográficas para el establecimiento de farmacias. Algunos países como Canadá y Estados

Unidos no fijan ningún tipo de limitación y permiten, incluso, la apertura de farmacias en supermercados e hipermercados. La regulación en Francia, procura asegurar un piso a la densidad de farmacias por habitantes, mientras que Noruega limita las distancias entre las farmacias y los establecimientos que emiten las recetas. Un punto a destacar son las barreras de entrada de carácter no regulatorias en los Países Bajos, donde una de las principales condiciones para obtener préstamos destinados a la apertura de una nueva farmacia o cadena de farmacias es la firma de un contrato de servicios con el principal seguro médico de la zona. Asimismo, como estrategia de fidelización, las farmacias ofrecen a los clientes la gestión del cobro de los reembolsos con las empresas de seguros, minimizando el riesgo de gasto directo.

Propiedad: de los seis países incluidos en la muestra, sólo Francia y Alemania restringen la propiedad a farmacéuticos con licencia, por lo que no existen cadenas farmacéuticas en esos países. En el resto ello está permitido, y no se limita el número de farmacias bajo una misma empresa.

Regulaciones de precios y márgenes: en la mayoría de los países existen regulaciones de precios o márgenes, aunque su alcance varía según el tipo de medicamento (genérico o de marca) e incluso el área geográfica, siempre que la modalidad de venta sea bajo prescripción médica (sólo en Francia se aplican regulaciones a precios de medicamentos de venta libre). Estados Unidos constituye el único caso donde no existen normas centralizadas en esta materia, aunque sí a nivel estadual. Por su parte, la situación en materia de márgenes mayoristas y minoristas es muy heterogénea. Los márgenes mayoristas en Canadá, Estados Unidos y Países Bajos son establecidos mediante mecanismos de mercado, en tanto que a nivel minorista sólo Alemania y Francia presentan esquemas de márgenes regulados (y decrecientes a medida que se incrementa el precio del producto).

Del mismo modo, Kanavos et al. (2011) analiza la situación actual y las perspectivas de la distribución minorista y mayorista de medicamentos en los países de la Unión Europea (UE). Se estudian tanto las estructuras del mercado de cada segmento como los márgenes de comercialización y su impacto sobre los precios de los medicamentos de venta bajo receta.

Los autores observan que la estructura minorista de venta de medicamentos en la UE presenta gran diversificación y fragmentación, con amplia densidad de locales, producto de la heterogeneidad regulatoria entre países. La tendencia reciente en el sector es hacia la integración tanto en materia horizontal -a partir del surgimiento de cadenas farmacéuticas-, como vertical -observándose fusiones y adquisiciones vía compras de cadenas farmacéuticas por parte de mayoristas-, presentando diferentes matices según cada país.

Mozialos y Mrazek (2003) afirman que la desregulación del sector farmacéutico ha generado beneficios para los consumidores a través de menores precios minoristas, producto de mayor competencia. Sin embargo, también reconocen los potenciales efectos negativos sobre el sistema de farmacias minoristas independientes. Por otro lado, consideran que los sistemas que regulan precios en lugar de márgenes generan incentivos a las farmacias a vender medicamentos de menor costo para luego competir

ofreciendo descuentos. Alternativamente, el modelo de regulación de márgenes, aunque regresivo, no genera este tipo de incentivos.

Por su parte, Korda Mentha (2011) analiza el caso australiano, particularmente distinto a la realidad europea y norteamericana. Allí, el comercio minorista farmacéutico cuenta con farmacias comunitarias operando en un entorno de fuerte intervención estatal. Ello incluye limitaciones geográficas al establecimiento de farmacias, permitiendo únicamente a los farmacéuticos registrados ser propietarios de un punto de venta y, dependiendo de la zona geográfica, no se permite poseer participaciones superiores a 5 o 6 farmacias. La atomización en la propiedad de las farmacias también ha impulsado el surgimiento de asociaciones farmacéuticas que, entre otros aspectos, permiten a los miembros individuales obtener poder de compra colectivo y acceder acuerdos exclusivos.

La política sanitaria de Australia busca dar acceso a un listado de tres mil medicamentos prescriptos en el *Pharmaceutical Benefits Scheme* (PBS), que se instrumenta mediante la negociación directa de precios entre el Estado y los productores.

Asimismo, se crea una red de distribución especial conocida como *Community Service Obligation* (CSO) cuya función es asegurar la disponibilidad en menos de 24 horas y sin costo alguno de los medicamentos para cualquier farmacia. Este sistema es financiado a partir de un margen sobre el precio de venta y mediante un fondo asignado entre los distribuidores. Más allá de ello, el gobierno regula los márgenes de distribución de las farmacias comunitarias y provee fondos adicionales para servicios profesionales a la comunidad. Bajo este mecanismo, los consumidores acceden a los medicamentos listados a partir del pago de contribuciones de bajo monto en las farmacias gracias a los fondos provistos por el Estado.

Recientemente, el gobierno ha permitido el establecimiento de canales de venta directos y exclusivos entre el laboratorio Pfizer y las farmacias comunitarias. Bajo el nuevo esquema, Pfizer les ofrece un nuevo canal de aprovisionamiento pero con costos de transporte positivos. Según expertos, la entrada de Pfizer en el negocio de la distribución puede generar un “descreme” del mercado y forzar al Estado aportar más fondos al sistema para hacerlo viable en términos económicos.

A continuación, la Tabla 1 resume las principales características regulatorias del sector, a partir de la revisión de literatura.

Las dimensiones relevantes fueron seleccionadas en base al impacto o incidencia de las mismas sobre la estructura del sector, los incentivos a moldear la conducta de los participantes y finalmente el desempeño en términos de precios, poder de mercado y cobertura y acceso a los medicamentos de parte de la población general.

Se observa una heterogeneidad significativa entre países, con modelos regulatorios muy diferentes que van desde una configuración restrictiva como el modelo español (donde no se permiten cadenas ni la venta de medicamentos de venta libre fuera de farmacias, y en el que los precios de prácticamente toda la cadena de valor están regulados) y otros modelos más laxos como el estadounidense (con propiedad y precios prácticamente desregulados).

3.2.- Marco Normativo en Países Latinoamericanos

El documento de la OECD Competition Division (2014) sobre el sector farmacéutico parte de la premisa de que el incremento en el grado de competencia en dicho sector es una herramienta útil en el caso de Chile para mejorar la accesibilidad, disponibilidad y calidad de los medicamentos. Esta hipótesis se fundamenta en que es la mayor proporción de gasto de bolsillo en salud sobre el consumo total del grupo. El informe identifica dos distorsiones en la cadena farmacéutica que podrían explicar gran parte del fenómeno: (i) marcada presencia de genéricos de marca, con precios sensiblemente más altos que los genéricos sin marcas comerciales, que disminuyeron sus ventas un 14,6% entre 2008 y 2012, y (ii) una alta concentración en el sector minorista donde 3 empresas controlan el 95% de las ventas.

En materia de precios, estudios realizados por el Ministerio de Economía de Chile indican que los precios promedio de los medicamentos genéricos de marca son hasta 6,5 veces superiores a los genéricos sin marcas, aunque asegura que no existen diferencias evidentes en calidad que justifiquen tales diferencias. Si bien las iniciativas recientes apuntan a interceder en la conducta de los médicos en relación a la prescripción de medicamentos por nombre genérico, ello ha recibido la oposición de los médicos, dada la falta de exigencia de requisitos de bioequivalencia para la venta de genéricos.

A pesar de no existir la obligatoriedad de almacenamiento de recetas para la mayoría de los productos, permitiendo la sustitución de marcas originales por genéricos más accesibles, existen incentivos en los márgenes de comercialización de las farmacias para no hacerlo. Incluso los descuentos por empaquetamiento (*bundled discounts*) ofrecidos por los laboratorios, que podrían generar menores precios para los consumidores, generan ventajas competitivas para las 3 firmas establecidas en relación a los minoristas no integrados. Este alto grado de concentración facilitó las actividades colusivas entre empresas.

Tabla 1

Marco Regulatorio en Comercio Minorista Farmacéutico: Países Desarrollados y China

País	Referencia	Fecha	Propiedad de Farmacia			Conducta y Performance				Efectos de la Regulación		
			Sólo farmacéuticos	Se permiten sociedades	Se permiten cadenas	Restricciones edilicias	Restricciones geográficas	Venta de medicamentos fuera de farmacias	Regulación de precios/márgenes	sobre precios/márgenes	sobre estructura del mercado	sobre acceso a medicamentos
Alemania	Heinsohn y Flessa (2013) y Mossialos y Mrazek (2003)	2012	Sí (excepciones en farmacias rurales)	No (excepciones en farmacias rurales)	Máximo 20% de farmacias a partir de 2004	Sí	No	OTC muy limitado (infusiones, vitaminas, suplementos dietarios)	Regulación de precios hasta 2004 (salvo patentes), luego márgenes decrecientes en valor	Mayor incentivo a recetar medicamentos de bajo costo, sea en precios de DTC	Indefinido	Indefinido, acceso a medicamentos no es un problema
Australia	Korda y Mental (2011)	2011	Sí	No	No	Sí	Sí	No	Regulación de precios de venta en base a precios hasta 2004, luego en base a precios pagados por minoristas	Márgenes regulados, a partir de 2005 se esquematizó un fuerte descenso de márgenes minoristas	Las restricciones sobre la propiedad de las barreras geográficas imponen una estructura atomizada	Indefinido, acceso a medicamentos no es un problema
Canadá	Mossialos y Mrazek (2003)	2003	No	Sí	Sí	No	No	OTC limitado	Fijación de precios máximos a nivel mayorista	Márgenes regulados	Prevalencia de cadenas	-
China	OECD Competition Division (2014)		No	Sí, restricciones a la participación extranjera	Sí, restricciones a la participación extranjera	No	No	Medicamentos recetados solamente en hospitales, OTC ampliado en cadenas	Regulación poco clara respecto a fijación de precios en compras públicas	-	Concentración en recetados (hospitales), OTC atomizado	Ineficiencias logísticas y el procurement resultan en bajo acceso
España	Colegio de Farmacéuticos de Valencia (2007)	2007	No-farmacéuticos pueden poseer participación minoritaria	No	No	Sí	Mínima densidad (2800 hab) y radiata (250m)	No	Fijación de precios para recetados, OTC desregulado	Márgenes regulados	Estructura atomizada	Buena cobertura territorial (99% poblacional)
Estados Unidos	Mossialos y Mrazek (2003)	2003	No	Sí	Sí	No	No	OTC general	No hay mecanismos centrales, entre proveedores privados	Depende del tipo de contrato entre prestador y farmacia	Prevalencia de cadenas	-
Francia	Mossialos y Mrazek (2003)	2003	Sí	No	No	Sí	Mínima densidad (2500 hab)	No	Precios máximos para recetados, OTC desregulado	Márgenes regulados	Estructura atomizada	-
Irlanda	Ministry for Health and Children (2008)	2008	No	Sí	Sí	Sí	No	OTC limitado	Fijación de precios para recetados, OTC desregulado	Márgenes regulados con esquemas variables	Estructura atomizada	-
Noruega	Mossialos y Mrazek (2003) y Morten y Dalen (2006)	2003	No	Sí	Sí pero restricción a la expansión (market shares)	Sí	No integrada a lugar de prescripción	OTC general	Regulación por yardstick entre genéricos/marca	Márgenes regulados con esquemas variables	Mayor penetración de genéricos	Indefinido, acceso a medicamentos no es un problema
Países Bajos	Mossialos y Mrazek (2003)	2003	No	Sí	Sí	No	No	OTC limitado sujeto a inexistencia de farmacia en radio de 2 km	Fijación de precios para recetados, OTC desregulado	Márgenes regulados	Prevalencia de cadenas	-
Reino Unido	General Pharmaceutical Council (2010)	2010	No	Sí	Sí	Sí	No	OTC limitado (General Sales List)	Fijación de precios para recetados, OTC desregulado	Regulación variable (aprox 5% del precio mayorista en promedio)	-	-

Fuente: Elaboración propia en base a revisión de literatura.

De hecho, se destaca un acuerdo colusivo en 2008, detectado y probado por las agencias regulatorias, llevado a cabo por las 3 principales cadenas para dar fin a una guerra de precios. El mismo consistía en la comunicación, coordinación y monitoreo entre las firmas de modo de lograr subas conjuntas de precios en ciertos medicamentos.

El mismo informe de la OECD Competition Division (2014), afirma que el mercado farmacéutico de México ha experimentado importantes cambios en la última década tanto en el segmento de distribución mayorista como en el minorista. Entre los principales cambios se destacan la disminución en la concentración del sector mayorista, donde la participación de las cuatro mayor firmas del mercado pasó del 81% en el 2009 al 58% tres años más tarde. Paralelamente, el impulso de las cadenas farmacéuticas minoristas, con una presencia del 59% en 2012. El sector asimismo sostuvo una disminución en términos reales del precio de los medicamentos, tanto debido al acaparamiento de un mayor volumen de ventas por parte de las cadenas farmacéuticas, que han podido negociar mejores precios con los mayoristas, como por el surgimiento de una participación creciente de los medicamentos genéricos. Las cadenas pertenecientes a supermercados han comenzado a lanzar sus propias líneas de medicamentos genéricos fabricadas en asociación con laboratorios, redundando en mayor competencia.

Producto de ello, se ha evidenciado un incremento en los casos de integración vertical entre mayoristas y minoristas como modo de los primeros de asegurarse mercado y poder negociar en mejores condiciones con las cadenas farmacéuticas. Las autoridades antitrust del país dieron su visto bueno a este proceso, debido al carácter regional de estos modelos, donde las participaciones de mercado no parecían ser afectadas.

Estos cambios a nivel de la industria tuvieron su correlato en la legislación mexicana. Ellos incluyeron la eliminación de requisitos de establecimiento o preexistencia de laboratorios en el territorio para poder importar medicamentos y el impulso a los medicamentos genéricos mediante el requisito de estudios de bioequivalencia que aseguren la sustituibilidad con sus homólogos de marcas patentadas. A pesar de ello, la percepción de calidad y sustituibilidad de los mismos por parte de usuarios y médicos representa una barrera para la ampliación de su uso.

Por su parte, la distribución de medicamentos en Perú ha experimentado un gran crecimiento en términos de volúmenes de ventas entre 2002 y 2012, principalmente por el incremento en el consumo del sector público, que concentra el 44% del volumen de los medicamentos de bajo costo. Este crecimiento indujo un aumento en el número de bocas de expendio, particularmente de las cadenas farmacéuticas, que alcanzó el 60% de las ventas en 2011. OECD Competition Division (2014) sugiere para el logro de mayor eficiencia sectorial la reducción de barreras burocráticas en relación a la introducción de nuevos medicamentos al mercado -principalmente genéricos-, donde se detectaron costos elevados y riesgos de discrecionalidad.

Se señala, por otra parte, que las mejoras en los procesos licitatorios producto del incremento en la cantidad de compras y ofertas generó una caída de precios del orden del 40% entre 2002 y 2012, con capacidad de más amplias diferencias. Sin embargo, en el comercio minorista, el volumen de medicamentos genéricos consumidos por el sector privado es duplicado por las marcas, predominando el uso de similares.

Las regulaciones en materia de salud de 1997 establecen la obligación para los médicos de prescribir medicamentos genéricos, en tanto que para las farmacias es obligatorio informar al consumidor sobre la disponibilidad de este tipo de drogas. A pesar de ello, el nivel de cumplimiento de esta norma es relativamente bajo, incluso dentro del sector público que incluye a los centros de atención primaria y los hospitales. En relación a los medicamentos patentados, el artículo propone la aprobación de importaciones paralelas y de licencias compulsivas (son aquellas adquiridas por terceras partes sin el consentimiento de la empresa que las ha registrado), aunque se reconoce que el marco normativo para el encuadre de las mismas es insuficiente.

El marco legal del comercio minorista farmacéutico en **Uruguay** está dado principalmente por las leyes 15.443, 15.703, 17.715 y los Decretos Reglamentarios n° 801/986 y n° 369/013, que determinan lo inherente a la distribución, comercialización y dispensación de medicamentos. El espíritu de la normativa indica que la libertad de industria y comercio queda sujeta a las restricciones que la ley determina por razones de interés general. De esta forma, se considera a la farmacia una “empresa privada de interés público”, en virtud de tratarse del último eslabón de la cadena de distribución de los medicamentos.

En materia de propiedad, la ley 15.703 establece que “la propiedad de los establecimientos de Farmacia, Farmacia Rural, Farmacia Homeopática, Droguería o Distribuidor Farmacéutico y Herboristería, podrá ser de cualquier persona física o jurídica que tenga la calidad de comerciante”. En lo que respecta a cadenas farmacéuticas, la modificación introducida por el Decreto del Poder Ejecutivo n° 369/013 limita su expansión a un tope de 15 establecimientos por sociedad, y prohíbe que una misma sociedad controle dos o más farmacias en un radio de un kilómetro. A pesar de ello, la participación del modelo de cadenas es relativamente baja en comparación con otros países de la región, alcanzando el 12% del mercado en manos de las tres firmas de más escala.

El precio final de los medicamentos depende de las condiciones de competencia, con lo cual la regulación de precios no tiene un rol definido. Para algunos productos se observa un alto nivel de concentración, no obstante para otros la oferta se encuentra altamente fragmentada. Paralelamente, existe una importante concentración a nivel de droguerías, que son intermediarios en el mercado y fijan su margen en la cadena. A diferencia de otros países, las farmacias no son las únicas que venden productos farmacéuticos. También se pueden adquirir en las instituciones de la seguridad social (Mutuales) y en los centros asistenciales de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE). Asimismo, para muchos productos farmacéuticos el principal comprador es la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA), que adquiere los productos para ASSE o el Fondo Nacional de Recursos, que financia la alta complejidad de todos los habitantes. Se destaca que en muchos casos las farmacias son la tercera boca de venta de los productos, por detrás de ASSE y de las mutuales.

En agosto de 2013 **Brasil** sancionó la Ley 13.021, que supone un cambio de paradigma en términos regulatorios para el comercio minorista farmacéutico del país. Esta norma fue impulsada por el Consejo Federal de Farmacia de Brasil. A diferencia del modelo pasado, que enfatizaba el aspecto comercial del rubro, la nueva norma concibe a la farmacia

como una unidad prestadora de servicios destinada a dar asistencia farmacéutica, de salud y orientación sanitaria individual y colectiva, para la cual se procesan y dispensan medicamentos, cosméticos y otros productos relacionados.

La nueva norma establece que las farmacias requieren obligatoriamente la responsabilidad y asistencia técnica de un profesional farmacéutico matriculado, aunque la propiedad de la farmacia puede estar disponible para cualquier persona física o jurídica con la condición de que se designe a un farmacéutico matriculado a cargo de la dirección técnica del establecimiento. La Presidencia vetó un artículo de la norma que establecía la exclusividad de la venta de medicamentos, recetas magistrales y farmacopeicas en las farmacias. Debido a la naturaleza federal del país, la reglamentación de la ley nacional en materia de restricciones edilicias y de localización de las farmacias es atribución de los gobiernos estatales.

En materia de precios y márgenes, existe un rígido mecanismo de control administrador por la CMED (Cámara de Regulación del Mercado de Medicamentos), organismo responsable de definir los precios máximos para cada producto, los cuales son ajustados y revisados en base anual. Un aspecto importante de la cadena es la elevada concentración en el segmento de distribución. De acuerdo a estadísticas oficiales, menos del 30% de las ventas de los laboratorios se hacen en ausencia de intermediarios, en tanto que el 65% se canaliza mediante unas pocas droguerías y distribuidoras.

Tabla 2

Marco Regulatorio en Comercio Minorista Farmacéutico: América Latina

País	Referencia	Fecha	Propiedad de Farmacia			Conducta y Performance				Efectos de la Regulación		
			Sólo farmacéuticos	Se permiten sociedades	Se permiten cadenas	Restricciones edilicias	Restricciones geográficas	Venta de medicamentos fuera de farmacias	Regulación de precios/márgenes	sobre precios/márgenes	sobre estructura del mercado	sobre acceso de medicamentos
Brasil	Varias fuentes	2014	No	Sí	Sí	Sí (a nivel estadual)	Sí (a nivel estadual)	OTC limitado	Regulación vía precios máximos	Desregulado	Concentración en distribución, fragmentación en retail	Existen problemas de acceso en zonas suburbanas y rurales
Chile	OECD Competition Division (2014) y Vassallo (2010)	2014	No	Sí	Sí	Sí	No	OTC general	Desregulado, escaso financiamiento público	Oligopolio en retail, presión a baja precios mayoristas. Evidencia de prácticas colusivas en retail farmacéutico	Muy concentrada (CR3 > 5%)	Mejora en la cobertura y cae el ratio farmacias por habitante)
México	OECD Competition Division (2014)	2014	No	Sí	Sí	No	No	No	Regulación vía precios de referencia a nivel mayorista y margen (pero los máximos son superiores al precio del mercado)	Margen regulado	No se detectan problemas ni riesgos derivados de la concentración	Existen problemas de acceso en zonas rurales
Perú	OECD Competition Division (2014)	2014	Sí	Sí	Sí	No	No	OTC general	Desregulado, tanto recetas como OTC. Se discute regular.	Desregulado	Evidencia de concentración en downstream	Notable mejora en el acceso en últimos 20 años
Uruguay	Varias fuentes	2014	No	Sí	Máximo de 5 farmacias por partido de 2013	Sí	Restricción radial (200/400m)	OTC limitado	Desregulado	Desregulado	Estructura poco concentrada, más aún luego de las reformas de 2013	Indefinido, el acceso de medicamentos no es un problema

Fuente: Elaboración propia en base a revisión de literatura.

El Estado también tiene un rol activo en la venta y distribución de medicamentos, en particular en el segmento de enfermedades crónicas y de población de bajos ingresos. Existen tres programas nacionales que apuntan a estos objetivos, los cuales cubren un conjunto amplio de principios activos que están incluidos en el Registro Nacional de Drogas Esenciales (RENAME).

La Tabla 2 resume las principales características regulatorias del sector para los países seleccionados de la región. Como fuera mencionado en la sub-sección anterior, las dimensiones relevantes fueron seleccionadas en base al impacto o incidencia de las mismas sobre la estructura del sector, los incentivos a moldear la conducta de los participantes y finalmente la performance en términos de precios, poder de mercado y cobertura y acceso a los medicamentos de parte de la población general.

3.3.- Experiencias Regulatorias en Farmacias. Consideraciones Preliminares y Preguntas de Investigación

En la mayoría de los países, la actividad farmacéutica se encuentra definida por regulaciones específicas que enmarcan el régimen de propiedad de la farmacia, la cantidad y características de los recursos humanos afectados, la cantidad y control de la calidad de los medicamentos disponibles, así como también las fuentes de provisión y las prácticas de prescripción y fijación de precios. Existe así una variabilidad muy amplia respecto al estilo de operación del “modelo farmacéutico”. Si bien en varias naciones desarrolladas (y en algunas de América Latina y Asia) son comunes las grandes cadenas de farmacias o franquicias, en muchas otras la propiedad de la farmacia está restringida al punto en que no está disponible para sociedades comerciales.

Lowe y Montagu (2009) documenta la legislación referida al *retail* farmacéutico y su regulación en 24 países en desarrollo, estudiando los efectos producidos por la interacción entre competencia y regulación. Los autores señalan que una de las principales diferencias entre el mercado farmacéutico europeo y el de los países en desarrollo es la capacidad regulatoria. En estos últimos, resaltan los inconvenientes en lograr el *enforcement* regulatorio. Ello se observa asociado a un déficit de recursos humanos, de presupuesto o incluso a la debilidad en las instituciones judiciales para resolver de manera expeditiva las infracciones a la normativa.

Del estudio se desprende que la mayoría de estos países tienen “marcos regulatorios rígidos” en materia de reglas de propiedad de farmacias, la que sólo puede ser ejercida por un profesional matriculado, y donde la existencia de cadenas de farmacias es minoría. Las pocas cadenas existentes en Nigeria, Pakistán, Uganda y Ghana no exceden los seis locales, en tanto Sudáfrica y la India son la excepción en el crecimiento en el número y tamaño de las cadenas. En Sudáfrica, el cambio fue provocado por una reforma regulatoria en 2003 que permitió la propiedad corporativa de las farmacias, poniendo presión sobre las farmacias tradicionales.

A pesar de las barreras regulatorias identificadas, los autores observan la consolidación general del modelo de cadenas de farmacias, mencionando beneficios y perjuicios de su

avance. Entre los beneficios del modelo de cadenas se destacan la estandarización de la calidad, la promoción de la competencia asociada, la mejora en la accesibilidad y el incremento de los puntos de venta a nivel global, y la obtención de economías de escala que podría traducirse en bajas de precios a los consumidores. Por el lado de los desafíos, los autores resaltan el hecho de que es posible que el servicio pierda personalización, así como la exigencia de mayor inversión adicional en infraestructura que supone el establecimiento de locales de mayor escala, el riesgo de caída en la competencia, y la posibilidad de escaso acceso a lugares remotos o rurales.

Por su parte, Kanavos y Wouters (2014) muestran que en la mayoría de los países desarrollados la actividad de casi todos los eslabones de la cadena farmacéutica está regulada, mejorando la disponibilidad y calidad de los medicamentos al público. En tanto, en los países en desarrollo la cadena de distribución adolece de regulación o incluso en algunos casos ni siquiera está sujeta a ningún tipo de supervisión formal. Los autores destacan que existe una tendencia en los países desarrollados hacia la integración (tanto horizontal como vertical) del segmento minorista con el mayorista, buscando explotar economías de escala y alcance en materia de compras y logística.

La integración horizontal toma la forma de fusiones de firmas dentro de la misma línea de negocio (entre minoristas o entre mayoristas), mientras que integración vertical es la fusión de establecimientos con intereses complementarios dentro de la cadena. También señalan que el surgimiento de los nuevos modelos de negocio (particularmente el modelo “*direct to pharmacy*”, en el que el laboratorio prescinde directamente del mayorista) pueden cambiar las reglas de juego en un futuro, aunque sólo lograrían prosperar en ciertos ambientes regulatorios específicos.

Los estudios realizados en la Unión Europea muestran que existe una evolución dispar y heterogénea entre los precios fijados por los laboratorios (o precios de lista), los precios mayoristas y los precios al consumidor final, tanto a nivel de producto como entre países y en el tiempo. Estas diferencias, sugieren los autores, revelan la efectividad de varios mecanismos regulatorios relativa al tipo de medicamento, observándose divergencias más importantes en los precios de genéricos que en los de medicamentos de marca, y son mucho más significativas para los productos más económicos. En algunos casos, se han visto productos en Europa para los que el margen y los impuestos suman más de 90% del costo del producto para el seguro médico.

En los países en desarrollo, el acceso a los medicamentos es generalmente más reducido, debido a los altos precios, la baja cobertura de los seguros médicos y las dificultades en la continuidad del abastecimiento. Estos problemas surgen en ocasiones como resultado de un mecanismo de compras públicas ineficiente, regulaciones sanitarias limitadas, falta de infraestructura, cuellos de botella en la cadena de distribución, o problemas impositivos relacionados con altos aranceles o impuestos al valor agregado, entre otros.

Asimismo, la falta de coordinación estratégica entre sectores gubernamentales genera ineficiencia en la asignación de recursos. Los autores citan el caso de China e India, en el que las compras de medicamentos para el sector público son realizadas a nivel de hospital, desaprovechando economías y generando fallas de coordinación que ocasionan la duplicación de compras.

En aquellos casos donde la regulación impone límites sobre los márgenes de ganancias, los problemas de corrupción conducen a que los márgenes observados sean superiores a los regulados por ley. Kanavos cita el caso de Ghana y de otras naciones africanas, donde estas distorsiones pueden llevar a que los precios al consumidor sean más altos que los precios internacionales de referencia.

En las próximas secciones se analiza la evolución de estas corrientes regulatorias para el caso del sector de farmacias de venta al público en Argentina, a fin de extraer enseñanzas a partir de información primaria recogida para este fin.

En primer lugar, se recopila y discute la legislación sobre el particular, tanto en el ámbito nacional como sub-nacional, identificando cómo la naturaleza federal del país afecta los modos de comercialización de medicamentos, en términos de habilitación, distancias entre farmacias, presencia de cadenas y propiedad. Desde esta perspectiva, la pregunta de investigación es cuál es el modelo prevalente en el país, a la luz del variado abanico de alternativas halladas en naciones económicamente desarrolladas y en desarrollo.

A partir de ello, se avanza en la implementación de una encuesta a usuarios en dos ciudades con diferentes marcos regulatorios, y se indaga sobre variables objetivas de diferenciación en la atención. Dentro de ellas se identifican: la distancia desde el domicilio, la disponibilidad del medicamento solicitado, la demora en la compra, el trato con el empleado farmacéutico, y el precio del remedio adquirido, entre otros factores. El objetivo final es identificar la presencia de diferencias estadísticamente significativas entre estos indicadores de atención, sus diferencias y similitudes.

Las secciones siguientes dan cuenta de ambas aproximaciones al análisis del fenómeno.

4.- Aspectos Institucionales y Regulatorios del Comercio Minorista Farmacéutico en Argentina

Más allá de algunos esfuerzos aislados, no se han identificado trabajos que analicen el marco regulatorio argentino para la actividad minorista de venta de medicamentos. El grueso de las publicaciones regulatorias concentra el análisis “aguas arriba”, es decir, en la actividad de los laboratorios y su interacción eventual con la cadena de comercialización (droguerías). Por esta razón, la presente sección revisa la legislación nacional y provincial correspondiente al retail, con énfasis en el sector farmacéutico.

4.1.- Aspectos institucionales y regulatorios a nivel nacional

4.1.1.- Antecedentes

Uno de los primeros antecedentes identificados en materia normativa para la actividad farmacéutica corresponde a la Ley Poder Ejecutivo Nacional 16.463 de Medicamentos (promulgada el 4/8/1964), que regula desde el entonces Ministerio de Asistencia Social y

Salud Pública la “importación, exportación, producción, elaboración, fraccionamiento, comercialización o depósito en jurisdicción nacional o con destino al comercio interprovincial, de las drogas, productos químicos, reactivos, formas farmacéuticas, medicamentos, elementos de diagnóstico y todo otro producto de uso y aplicación en la medicina humana y las personas de existencia visible o ideal que intervengan en dichas actividades.”

Según esta ley, estas actividades sólo podrán realizarse previa autorización y bajo el contralor del Ministerio, “en establecimientos habilitados por el mismo y bajo la dirección técnica del profesional universitario correspondiente, inscrito en dicho ministerio”. Asimismo, se establece que los medicamentos que se expendan al público en su envase original “deberán reunir las condiciones técnicas de identificación u otras que establezca la reglamentación. Esta determinará, así mismo, teniendo en cuenta la naturaleza o peligrosidad del uso indebido de los medicamentos, la condición de su expendio, que podrá ser: libre, bajo receta, bajo receta archivada y bajo receta y decreto”. Entre otras facultades, el Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública se reserva la potestad de emitir autorizaciones para elaborar y vender los medicamentos, en concordancia con el Formulario Terapéutico Nacional, el que contendrá la recopilación de fórmulas magistrales de uso frecuente y de acción farmacológica y utilidad terapéutica reconocidas.

Asimismo, esta norma crea el Instituto de Farmacología y de Normalización de Drogas y Medicamentos, destinado a efectuar el análisis y contralor farmacológico de las drogas, medicamentos, productos dietetoterápicos, cosmetológicos, aguas minerales y otros productos cuya administración pueda afectar la salud humana, percibiendo los derechos arancelarios que fije la reglamentación.

Posteriormente, la Ley del Poder Ejecutivo Nacional 17.565 define el Régimen legal del ejercicio de la actividad farmacéutica, y de la habilitación de las farmacias, droguerías y herboristerías (promulgada el 5/12/1967). Esta ley constituye el marco regulatorio principal de la actividad farmacéutica.

La norma establece que “la preparación de recetas y despacho y venta al público de drogas, medicamentos y especialidades farmacéuticas, en todo el territorio de la Nación, solamente podrá ser efectuado en las farmacias, de acuerdo con las prescripciones de la presente ley”, considerándose un ejercicio ilegal de la farmacia la venta y despacho fuera de estos establecimientos. Asimismo, establece que las farmacias deberán ser habilitadas por la autoridad sanitaria competente, quedando sujetas a su fiscalización y control; la que podrá suspender la habilitación o disponer su clausura cuando las condiciones higiénico-sanitarias, la insuficiencia de elementos, condiciones técnicas o deficiencias de las prestaciones, así lo hicieren pertinente. También quedan establecidos el régimen de despacho nocturno al público y las categorías de expendio (a saber: expendio legalmente restringido, bajo receta archivada, bajo receta y expendio libre).

En lo que respecta a la propiedad de las farmacias, la ley autoriza la instalación de farmacias siempre y cuando su propiedad sea de: a) Profesionales habilitados para el ejercicio de la farmacia, b) Sociedades (de responsabilidad limitada/colectivas/comandita simple/entidades de bien público) integradas totalmente

por profesionales habilitados para el ejercicio de la farmacia, siempre que sus estatutos lo autoricen expresamente en el caso de las sociedades. Asimismo, para ejercer su profesión los farmacéuticos deberán inscribir previamente sus títulos en los registros de la autoridad sanitaria correspondiente, la que autorizará el ejercicio profesional otorgando la respectiva matrícula y extendiendo la correspondiente credencial. Esta deberá ser devuelta a la autoridad sanitaria cuando por cualquier circunstancia sea suspendida o cancelada la referida matrícula. La matriculación es el acto por el cual la autoridad sanitaria otorga la autorización para el ejercicio profesional.

La ley crea la figura de dirección técnica de la farmacia, sobre la cual recae la responsabilidad ante las autoridades del cumplimiento de las leyes, disposiciones y reglamentaciones vigentes en el ámbito de actuación de la entidad bajo su dirección, y de las obligaciones que le fija esta ley. Sólo se autoriza a farmacéuticos, doctores en farmacia y doctores en farmacia y bioquímica para la dirección técnica de un establecimiento. Ningún profesional farmacéutico podrá ser director técnico de más de una farmacia, estando obligado a la atención personal y efectiva del establecimiento y a vigilar la preparación y expendio de los medicamentos, debiendo firmar diariamente el libro recetario al final de la última receta despachada.

En otro orden, la ley fija el marco legal para el ejercicio de la actividad de las droguerías y herboristerías, y posteriormente establece un régimen de sanciones a las infracciones de la misma ley.

Por otra parte, se destaca el Decreto Poder Ejecutivo Nacional 7.623 de Reglamentación de la Ley 17.565 (con fecha 15/11/1968) que, fuera del carácter meramente administrativo que tiene la disposición legal, establece que “las farmacias podrán anexar además de las actividades que establece la ley, la venta de productos destinados a la higiene o estética de las personas; así como de aquellos a los que se les asignen propiedades profilácticas, desinfectantes, insecticidas u otras análogas, sometidos al control de la Secretaría de Estado de Salud Pública.”

4.1.2.- Década de los noventa

En el contexto de reforma del Estado, el Decreto Poder Ejecutivo Nacional 2284/91 de Desregulación Económica (con fecha 31/10/1991) definió un paquete amplio de medidas tendientes a flexibilizar el funcionamiento del mercado de capitales, del comercio exterior y los mercados agropecuarios, afectando también la normativa vigente en el mercado farmacéutico en varios puntos.

En los considerandos, el texto señala que “se torna imperiosa, con el fin de abaratar los precios de venta al público, la desregulación de la comercialización de medicamentos, facilitando la libre instalación de farmacias por parte de cualquier persona física o jurídica, que reúna las calidades que se requieren para desempeñarse en esa actividad”. Asimismo, la norma establece que “con el objeto de aumentar la competencia de mercado en aquellos productos o especialidades medicinales catalogadas de venta libre

por la autoridad sanitaria, se debe disponer la libre comercialización de este tipo de productos”. Por último, en los considerandos del decreto se deja de manifiesto que “la libre importación de medicamentos por parte de cualquier persona física o jurídica permitirá ampliar la oferta en el mercado local contribuyendo a reforzar los efectos favorables a los/as consumidoras/os”.

Con este espíritu, se decreta en el artículo 13 que “cualquier persona física o jurídica de cualquier naturaleza podrá ser propietaria de farmacias, sin ningún tipo de restricción de localización”. El artículo 14 desregula la venta de medicamentos de expendio libre, al autorizar “la venta de especialidades medicinales catalogadas como de expendio libre por autoridad sanitaria, en aquellos establecimientos comerciales no comprendidos en la Ley 17.565”. El artículo 15 autoriza, asimismo, la apertura de farmacias en establecimientos comerciales, siempre que los espacios habilitados estén especialmente acondicionados en conformidad con la Ley 17.565. Por último, el artículo 16 autoriza “la importación de medicamentos elaborados y acondicionados para su venta al público a laboratorios, farmacias, droguerías, hospitales públicos y privados, y obras sociales”.

Adicionalmente, la Secretaría de Salud consideró oportuno adecuar los requisitos para el funcionamiento de las farmacias a las normas desregulatorias vigentes. De esta manera, el artículo 1 de la Resolución de la Secretaría de Salud 55/92 (con fecha 19/5/1992) elimina el sistema de autorización previa para la apertura de una farmacia, otorgándose una habilitación automática transitoria por el término de 180 días con la presentación de documentación ante la Autoridad Sanitaria (declaración jurada, certificado de libre regencia del director técnico de la farmacia, los planos del local comercial con indicación de la distribución de áreas y sus medidas, entre otras). Luego, la Dirección Nacional de Regulación y Control realiza, antes de los 180 días, la evaluación de la documentación presentada y las inspecciones y asesorías que considere necesarias, procediendo a la habilitación definitiva si así correspondiera o a la revocatoria de la habilitación automática provisoria.

El artículo 3 establece requisitos sobre la disposición de los locales. Además de enumerar las condiciones de higiene, seguridad, limpieza, amplitud, luz y ventilación adecuadas para el funcionamiento, la resolución fija una superficie mínima de 20 metros cuadrados tal que permita una correcta atención del público. Además, sanciona que cuando la farmacia funcione dentro de otro establecimiento comercial o conjuntamente con otras dependencias comerciales, deberá cumplir además con los siguientes requisitos: a) que el local sea independiente del resto de las áreas donde se comercialicen otros productos y pueda cerrarse totalmente en los horarios en que no se realice atención al público; b) que exista una estricta separación entre los medicamentos de venta libre y aquellos de venta bajo receta, no pudiendo estos últimos estar al alcance del público; y c) que cuente con un sistema de comunicación a la zona de acceso peatonal para asegurar el cumplimiento del turno obligatorio.

Finalmente, en materia de turnos, el artículo 9 establece que “la Autoridad Sanitaria podrá eximir del cumplimiento del turno obligatorio a las farmacias que así lo soliciten en razón de hallarse a menos de quinientos metros de otras que funcionen las veinticuatro horas o cumplan turnos voluntarios. El incumplimiento del turno obligatorio

o el cierre dentro del horario declarado será considerado como falta grave desde el punto de vista sanitario”.

La Resolución de la Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria (ex Secretaría de Salud) 113/97 establece una modificación de los requisitos para el funcionamiento de las farmacias (con fecha 12/9/1997), restituyendo el sistema de autorización previa para el funcionamiento de las farmacias, modificando la autorización automática y por 180 días establecida en la Resolución de la Secretaría de Salud 55/92.

La Comisión creada en virtud de la Resolución 113/97 a fines de evaluar y proponer medidas tendientes a la actualización de la normativa referida a la habilitación y funcionamiento de farmacias revisó las Resoluciones 55/92 y 113/97, y elaboró un nuevo reglamento, que sustituye las dos resoluciones previas.

El primer artículo ratifica el mecanismo de solicitud autorización previa al inicio de actividades de una farmacia, que en esencia es el mismo que constaba en la Resolución 113/97. Entre otros aspectos, la resolución aumenta la superficie mínima de 20 (veinte) metros cuadrados consignada en la Resolución 55/92 a 35 metros cuadrados. Además, la resolución introduce la obligación de contar con un ambiente para laboratorio de preparaciones oficinales o magistrales con una superficie no menor a 15 metros cuadrados.

4.1.3.- Última década

En respuesta al creciente caudal de trámites de habilitación de farmacias, el Ministerio de Salud y Ambiente consideró oportuno privilegiar la habilitación de farmacias nuevas en los lugares donde menos establecimientos de este tipo existen (Resolución del Ministerio de Salud y Ambiente 1384/04 de Modificación de la Resolución 192/98 de la ex-Secretaría de Política y Regulación de Salud, con fecha 2/12/2004). En virtud de lo anterior, esta norma modifica el texto de la Resolución Secretarial 192/98, eliminando el plazo en el que la autoridad de aplicación debiera expedirse. Con el mismo criterio, se priorizan los tramites por los que se traslade el establecimiento dentro de la misma zona, los cambios de razón social y/o de titularidad y las compraventas de farmacias.

Más relevante aún, la Ley 26.567 establece la venta exclusiva de medicamentos en farmacias (promulgada el 17/12/2009), sustituyendo el artículo 1° de la Ley 17.565, por el siguiente: “La preparación de recetas, la dispensa de drogas, medicamentos, incluidos los denominados de venta libre y de especialidades farmacéuticas, cualquiera sea su condición de expendio, sólo podrán ser efectuadas en todo el territorio de la Nación, en farmacias habilitadas” (...) “Los medicamentos denominados de venta libre deberán ser dispensados personalmente en mostrador por farmacéuticos o personas autorizadas para el expendio. La autoridad sanitaria competente podrá disponer la incorporación de otro tipo de productos al presente régimen” (...) “Su venta y despacho fuera de estos establecimientos se considera ejercicio ilegal de la farmacia y, sin perjuicio de las sanciones establecidas por la ley, los que la efectúen podrán ser denunciados por infracción al Código Penal.” Ello deroga los artículos 14 y 15 del Decreto de Desregulación Económica 2284/91.

Más recientemente, la Resolución del Ministerio de Salud 1632/2013 (promulgada el 17/12/2009) establece en su artículo 4 que “las farmacias sólo podrán realizar las actividades establecidas en el artículo 1° de la Ley 17.565, modificado por la Ley 26.567, el Decreto 7123/68, la Resolución 566/04 del ex-Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología y la presente Resolución”. Asimismo, se deroga toda resolución que se oponga a la presente. De esta manera, las farmacias quedan restringidas a la venta de medicamentos, productos destinados a la higiene o estética de las personas; así como de aquellos a los que se les asignen propiedades profilácticas, desinfectantes, insecticidas u otras análogas, sometidos al control de la Secretaría de Estado de Salud Pública.

4.2.- Aspectos Institucionales y Regulatorios a Nivel Provincial

Dada la capacidad descentralizada de las jurisdicciones sub-nacionales de legislar sobre temas sanitarios, se presenta a continuación una reseña de los aspectos institucionales y regulatorios más relevantes a nivel de un conjunto seleccionado de jurisdicciones argentinas, entre las que se encuentran Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Santa Fe, Córdoba y Mendoza.

4.2.1.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

La Ley 153 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (Ley Básica de Salud de la Ciudad, promulgada el día 25/2/1999) tiene por objeto garantizar el derecho a la salud integral, mediante la regulación y ordenamiento de todas las acciones conducentes a tal fin. La autoridad de aplicación de la presente ley es el nivel jerárquico superior del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires en materia de salud. Dicha normativa establece entre las funciones de la autoridad de aplicación “la regulación y control de la producción, comercialización y consumo de productos alimenticios, suplementos dietarios, medicamentos, insumos médico -quirúrgicos y de curación, materiales odontológicos (...) productos de higiene y cosméticos”. Asimismo, también tiene injerencia sobre “la regulación y control de la publicidad de medicamentos y de suplementos dietarios y de todos los artículos relacionados con la salud”.

En otro orden, la ley deja en claro que uno de los objetivos del sistema de salud estatal es el desarrollo de una política de medicamentos, basada en la utilización de genéricos y en el uso racional de los medicamentos, que garantice calidad, eficacia, seguridad y acceso a toda la población, con o sin cobertura.

Por otra parte, el Decreto de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 208/01 (del día 9/3/2001), tiene por objeto reglamentar la Ley 153 de 1999. En lo que respecta a la autoridad de aplicación de la ley en cuestión, el decreto establece que “la autoridad de aplicación será la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires o el órgano ministerial que la reemplace en el futuro de conformidad

con lo dispuesto en el artículo 100 de la Constitución de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”.

Asimismo, el Decreto de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 41/14 (Régimen jurídico propio, del día 28/1/2014) confirma la creación de un régimen jurídico propio en materia de comercialización de medicamentos, habilitación de farmacias, herboristerías y droguerías, como así también lo inherente al ejercicio de la actividad farmacéutica en la Ciudad de Buenos Aires. Si bien al momento del presente decreto la ciudad contaba con un marco regulatorio propio (Ley 153 y reglamentaciones posteriores), la ausencia de un régimen propio explícito redundó en una dependencia de la Ciudad al régimen nacional, acorde a la Ley 26567 y sus modificatorias, en particular la Resolución del Ministerio de Salud 1632/2013, que restringió la cantidad de productos que pueden ofrecer las farmacias a medicamentos, productos destinados a la higiene o estética de las personas, sometidos al control de la autoridad sanitaria nacional.

El decreto permite que las farmacias desarrollen “otras actividades comerciales no prohibidas por la legislación de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, que deberán estar obligatoriamente incluidas en el Certificado de Habilitación Comercial otorgado por la Dirección General de Habilitaciones y Permisos de la Agencia Gubernamental de Control. Deberá contar, además, con un salón de ventas de características que no interfieran con el normal funcionamiento de la farmacia. Los encargados del despacho en el sector específico de farmacia no podrán expender otros productos ni prestar otros servicios que nos sean propios de la actividad farmacéutica”. Por otra parte, en materia de infraestructura, el régimen aprobado no impone requisitos cuantitativos sobre la superficie de los locales, pero sí obliga a contar con: a) despacho con acceso directo desde la calle o desde el lugar que permita la prestación del servicio de turnos, y b) depósito, en uno o más ambientes.

El Decreto de la Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires 98/14 (del día 10/3/2014) define la creación de un marco regulatorio para la fiscalización y control técnico de la actividad farmacéutica, sin perjuicio de las disposiciones vigentes en materia de fiscalización y control de comercios en general. El Ministerio de Salud porteño es la autoridad de aplicación de este nuevo régimen, y dicta en consecuencia las normas complementarias, operativas e interpretativas que fueran necesarias para la mejor aplicación del mismo. Dentro del mismo, mantiene la potestad de establecer la nómina de medicamentos o especialidades medicinales de que deberán disponer las farmacias en forma permanente.

4.2.2.- Provincia de Buenos Aires

Como antecedente en materia regulatoria se destaca la Ley de la Provincia de Buenos Aires n° 10.606 (Ley de Farmacias, promulgada el día 30/11/1987). En su artículo 1 se define a la actividad farmacéutica como “un servicio de utilidad pública para la dispensación de los productos destinados al arte de curar, de cualquier origen y naturaleza, así como la preparación de fórmulas magistrales y oficinales, material

aséptico, inyectables, productos cosméticos o cualquier otra forma farmacéutica con destino a ser usada en seres humanos”.

El artículo 2 otorga la exclusividad de la venta al público de medicamentos y material aséptico a los establecimientos farmacéuticos, “quedando terminantemente prohibido realizarlo fuera de las mismas, aún cuando se tratara de aquellos de venta sin receta o libre”. Adicionalmente, en su artículo 3, el decreto establece que “las farmacias estarán racionalmente distribuidas en el territorio provincial, a fin de asegurar la más efectiva y eficiente atención. Se autorizará la habilitación de farmacias siempre que exista entre las mismas, una distancia no inferior a los trescientos (300) metros, medidos de puerta a puerta por camino peatonal. Para el supuesto de que la densidad poblacional y/o razones de conveniencia pública así lo requieran, queda facultado el Ministerio de Salud para autorizar por vía de excepción, la instalación de otras farmacias a menor distancia que la señalada”. El Decreto Ley de la Provincia de Buenos Aires 145/97 (Decreto Reglamentario de la Ley de Farmacias, del día 15/1/1997) establece que “para los supuestos de traslados de farmacias se verificará que los mismos se efectúen dentro de un radio de 300 (trescientos) metros desde la ubicación original de la oficina que lo gestiona.

La ley autoriza la instalación de farmacias cuando la propiedad sea de: a) profesionales farmacéuticos con título habilitante, b) sociedades (de responsabilidad limitada o colectivas), pero integradas únicamente por farmacéuticos con título habilitante, c) establecimientos hospitalarios públicos dependientes de la Nación, Provincia o Municipios, d) Obras Sociales, entidades mutualistas y/o gremiales. Un aspecto importante es que los profesionales sólo pueden ser propietarios de una sola farmacia.

Además, la ley contempla un régimen de farmacias asistidas para zonas de baja población, en casos en los que la autoridad sanitaria considere de necesidad pública la instalación de una farmacia en este tipo de áreas. A estos efectos, se procede a la apertura de un concurso para designar al farmacéutico a cargo de la dirección técnica de la misma.

En lo que respecta a la dirección técnica, el artículo 21 establece que “la dirección técnica de la farmacia será ejercida por el propietario, en caso de copropiedad, (...) por uno de ellos solamente, quedando los restantes con bloqueo de título. El director técnico titular debe tener domicilio real en la localidad asiento de la farmacia, y en caso de verificarse el incumplimiento de tal requisito se decretará la clausura del establecimiento. La jubilación implica la posibilidad de continuar ejerciendo la dirección técnica de la farmacia”. Por su parte, la Ley de la Provincia de Buenos Aires 11.328 (promulgada el día 30/10/1992) modifica el artículo 14 de la Ley 10.606 de Farmacias, eliminando la restricción impuesta sobre las sociedades de responsabilidad limitada o colectiva respecto a la propiedad de las farmacias, pudiendo ahora integrar más de una sociedad para más de una farmacia.

Posteriormente, la Ley de la Provincia de Buenos Aires 13.054 (del día 15/8/2003) modifica el artículo 3 de la Ley 10.606 de Farmacias. El nuevo texto cambia las condiciones para la habilitación de una farmacia en lo que respecta a situación geográfica. Así, se autoriza “la habilitación de una farmacia por cada 3.000 habitantes por localidad, tomándose como base los datos arrojados por el último Censo Nacional de

Población. En aquellas localidades de menos de 6.000 habitantes se podrá habilitar una segunda farmacia cuando la población exceda los 4.000 habitantes. En todos los casos, deberá existir entre las farmacias una distancia no inferior a los 300 metros, medidos de puerta a puerta por camino peatonal”.

4.2.3.- Provincia de Santa Fe

La Ley de Sanidad 2.287 (promulgada el 30/12/1932, con las modificaciones de las Leyes 3.681, 3.950, 5.169, Decreto-Ley 3.154/58 y Leyes 6.296 y 6.329), sanciona el marco regulatorio de la actividad farmacéutica en la provincia.

En materia de propiedad, la ley establece que la misma es exclusividad de farmacéuticos profesionales autorizados para el ejercicio de la farmacia y de los idóneos dependientes (artículos 37 y 38). Asimismo, se confiere a la Inspección General de Farmacia, Drogas y Medicamentos la potestad de “acordar las autorizaciones para la apertura de farmacias en todo el territorio de la provincia, quedando sujetas a su fiscalización y control, la que podrá suspender la habilitación o disponer su clausura cuando las condiciones higiénico sanitarias, la insuficiencia de elementos, condiciones técnicas o deficiencias en las prestaciones así lo hicieren pertinente”.

En virtud de las modificaciones introducidas por la Ley 6.296, “los farmacéuticos o idóneos no podrán ser propietarios más que de una sola farmacia, ni establecer sucursal. Los primeros no podrán asumir la dirección técnica más que de un solo establecimiento, ya sean droguerías, laboratorios, farmacia particular o de hospitales, asistencia pública, etc.”.

Con respecto a la localización geográfica, la ley instruye a la Inspección General de Farmacias para que tenga en cuenta especialmente “la importancia de las localidades donde hubiere establecida con idóneo a su frente, para conceder los permisos de apertura de nuevos establecimientos a otros idóneos que lo solicitaren. Estos permisos se denegarán cuando se llenen suficientemente las necesidades de la población con las farmacias establecidas”. Más aún, el artículo 48 de la versión corregida de la ley establece que “en el futuro no se concederá permiso de apertura de nuevas farmacias en las ciudades de Santa Fe y Rosario, a menor distancia de doscientos metros de otra ya establecida”. La Inspección General de Farmacias también está a cargo de elaborar los registros y clasificaciones de medicamentos, estableciendo claramente cuáles son de venta libre y cuáles necesitan prescripción médica.

En materia comercial, el artículo 73 (modificado por Ley 6296) de la ley establece que “el despacho y venta al público de los productos destinados al arte de curar para uso interno o externo de cualquier naturaleza u origen [...] sólo se efectuará en la farmacia. Los infractores de esta disposición, sufrirán una multa de \$ 15.000 la primera infracción”. Además, queda prohibido a los farmacéuticos o directores técnicos insinuar o imponer la obligación de acudir a determinado consultorio médico, “bajo pena de \$ 20.000 moneda nacional de multa”.

4.2.4.- Provincia de Córdoba

La Ley 8.302 (Derogación de los decretos.-leyes 4346-D/57 y 471-D/63, de las leyes 5275 y 5418 y del decreto 4344-D/57 promulgada el 6/8/1993) regula la organización y funcionamiento de las farmacias, droguerías farmacéuticos y herboristerías, instalados o a instalarse en la provincia de Córdoba, estableciendo como órgano de aplicación de esta ley al Ministerio de Salud provincial.

En su artículo 2, se define a la farmacia como “un centro de atención primaria de la salud en donde un farmacéutico matriculado, con calidad de director técnico, brinda a la sociedad sus conocimientos profesionales y, al mismo tiempo, es responsable de la dispensación de los productos destinados a preservar, mejorar y/o recuperar la salud de los seres humanos”. El artículo 3 define que “el medicamento es un bien social, su dispensación al público sólo podrá efectuarse en las farmacias, aún en el caso de aquellos denominados de venta libre”.

Respecto a la propiedad de la farmacia, el artículo 5 establece que “las farmacias podrán ser de propiedad de cualquier persona física o jurídica habilitada para ejercer el comercio, sin más restricciones que las establecidas por la presente ley, las que para su correspondiente habilitación deberán estar dirigidas por un director técnico farmacéutico con título habilitado, quien realizará esa función en forma directa y personal”.

En materia de localización geográfica, el artículo 6 no es explícito respecto a los criterios a seguir: “las farmacias estarán distribuidas en el territorio de la Provincia, a fin de asegurar la más eficiente atención y el acceso, en todo el territorio provincial, al uso adecuado, igualitario y oportuno de las tecnologías de salud y recursos terapéuticos”.

El Decreto 175 (publicado el 1/2/1994) reglamenta la Ley 8.302 del año 1993. En materia de propiedad de farmacia, el decreto explicita que las personas habilitadas para ejercer el comercio mencionadas en el artículo 5 de la Ley 8.302 son las personas físicas y jurídicas inscriptas en el Registro Público de Comercio. Además de los requisitos legales (trámites de apertura, etc.) y de habilitación para ejercer el comercio, se incluye la presentación de un plano del local por duplicado, y se exige que “el área destinada a la comercialización de productos sanitarios deberá ser independiente de cualquier otro ambiente del inmueble en el que funcione el establecimiento destinado a la comercialización de productos de distinta naturaleza u otras actividades profesionales”. Además, deberá poseer a) un ambiente para despacho al público con acceso directo a la calle (...), con una superficie mínima de 20 metros cuadrados; b) un ambiente para laboratorio farmacéutico con una superficie mínima de 8 metros cuadrados; c) uno o más ambientes destinados a depósito (...) no pudiendo ser inferior de 4 metros cuadrados cada uno.

Por su parte, el Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba elaboró un Reglamento de Publicidad en Farmacias (Enero 2012), a fines de evitar o limitar la existencia de ciertas prácticas comerciales que a juicio del Colegio son indeseables. El primer artículo de este Reglamento establece que “todo tipo de publicidad por cualquier medio (gráfico, radial, televisivo, Internet) de servicios o productos ofrecidos en los

establecimientos a cargo de los farmacéuticos en el ámbito de la Provincia de Córdoba; independientemente de las demás autorizaciones del Ministerio de Salud, deberá contar con la previa autorización del Colegio de Farmacéuticos”.

En materia comercial, el artículo 4 establece que “los ofrecimientos de precios diferenciados o descuentos sobre los productos, podrán ser exhibidos, exclusivamente, en el interior de los establecimientos sin posibilidad alguna de ser vistos desde la vía pública. En estos casos, deberá indicarse sobre qué precios se realizan los descuentos promocionados y exhibirse el listado de precio al público y el del descuento, a fin de que los pacientes puedan comprobar la autenticidad de los mismos”.

4.2.5.- Provincia de Mendoza

La Ley 7.303 (promulgada el 17/7/2004) constituye el marco normativo que regula el ejercicio de la farmacia en la provincia de Mendoza.

En primer lugar, el artículo 1 establece que “las Farmacias de la Provincia, por ser parte integrante del sistema de salud, serán racionalmente distribuidas en el territorio provincial de manera de asegurar la atención y calidad de su servicio a la totalidad de la población”. Además, designa como autoridad de aplicación de la presente ley al Ministerio de Desarrollo Social y Salud a través del Departamento de Farmacias, quien estará a cargo de la habilitación, clausura, fiscalización y control de las mismas. Asimismo, el primer artículo también autoriza “la habilitación de nuevas Farmacias teniendo en cuenta esencialmente las necesidades sanitarias de la población, como así también la densidad demográfica de las distintas zonas de la Provincia”.

El artículo 2 declara: “Se autoriza la instalación de Farmacias, cuando su propiedad sea de: a) Personas físicas o de existencia ideal, cuyas formas societarias sean una Sociedad Colectiva o de Responsabilidad Limitada (SRL), mientras se encuentren debidamente inscriptas en los registros pertinentes, las que podrán ser integradas por un (1) profesional farmacéutico. El Director Técnico deberá ser profesional farmacéutico, y será el responsable operativo, atendiendo especialmente la política y logística de abastecimiento y dispensa de medicamentos, b) Mutualidades, Obras Sociales o de Sindicatos y Medicina Prepaga. Estas Farmacias se registrarán por la Ley Nacional 20.321 y sus modificatorias. Adicionalmente, establece que “La Autoridad de Aplicación no podrá habilitar más de dos (2) Farmacias, propiedad de una misma persona de existencia visible o ideal”.

Por su parte, el Decreto 959 reglamenta la Ley 7.303, introduciendo limitaciones de las habilitaciones y traslados de las farmacias y la prohibición de la venta de medicamentos fuera de las mismas. En materia de habilitaciones, el decreto establece que las mismas deben satisfacer las condiciones en cuanto a “densidad poblacional, condiciones edilicias, sanitarias de seguridad, equipamiento, documentación, medicamentos, que deberá disponer la farmacia en forma permanente de acuerdo a requisitos establecidos en el presente Reglamento”. El artículo 2 establece que “a los fines de habilitar una Farmacia se deberá presentar el pedido de habilitación, ante la Autoridad Sanitaria, previo a cualquier trámite, quien procederá a verificar la relación: farmacias

existentes/cantidad de habitantes del Distrito en donde se pretende habilitar el establecimiento”.

Al respecto, el artículo 3 especifica que se autoriza la habilitación de una farmacia cada 3.000 habitantes por sección o distrito. Los Distritos y/o Secciones que posean 5.000 habitantes o menos, quedan exceptuados de la regulación de cantidades de farmacias con relación a la densidad poblacional establecida en el artículo anterior.

En materia de requisitos edilicios, el artículo 8 establece que “los locales de las farmacias deben ser sismo resistentes y reunir las condiciones de higiene, seguridad, limpieza, amplitud, luz y ventilación adecuadas; los pisos y paredes lisos bien unidos y ser de fácil limpieza, impermeables e ignífugos (...), se habilitarán: a) Farmacias con superficie mínima de 80 m² con laboratorio, b) Farmacias con 60 m² como mínimo, no podrán instalar laboratorio, lo que les impide preparar fórmulas magistrales, oficiales y/u oficinales y fraccionamiento de drogas. Más allá de ello, aclara que “Las farmacias deben poseer una puerta de acceso peatonal, independiente y abierta directamente a la calle, de manera tal que asegure una correcta atención del paciente y las demás áreas constitutivas del establecimiento farmacéutico deben conformar una unidad funcional e independiente con ambientes intercomunicados.

En materia de expendio, la reglamentación establece claramente que “la preparación de recetas, despacho y venta al público de drogas, medicamentos cualquiera sea su condición de expendio y de los medicamentos fitoterápicos, deberá ser efectuada exclusivamente en farmacia, quedando prohibido realizar cualquiera de las actividades descriptas fuera del ámbito de farmacia”.

Se evidencia que la estructura normativa de cada provincia respecto al comercio minorista de medicamentos descansa en una norma nacional amplia pero la redefine a nivel local, reproduciendo la diversidad del sistema de salud del país. Así, sus pautas de funcionamiento distan de un cuerpo homogéneo, lo que impide un tratamiento similar en términos de acceso, calidad de atención, y presencia de estructuras unificadas institucionalmente. Esta heterogeneidad, sin embargo, facilita un análisis comparado sobre el impacto de normativas específicas para el servicio minorista de farmacias, estando éstas sujetas a condiciones que difieren entre jurisdicción.

A partir de ello, la sección siguiente propone un ejercicio comparado de indicadores uniformes de desempeño -expresados desde la mirada del usuario-, entre dos ciudades con similar perfil epidemiológico, demográfico y económico, aunque expuestas a pautas normativas diferenciadas: Córdoba Capital y Rosario.

5.- Percepciones de Usuarios sobre el Sector Farmacéutico en Argentina

En función de las preguntas de investigación planteadas, resulta oportuno complementar las fuentes de información previamente referidas (revisión de literatura, normativa internacional y local, etc.), con otras que posibiliten captar las percepciones, actitudes y comportamientos específicos de los actores locales.

5.1.- Diseño del Instrumento de Recolección de la Información

El propósito de la presente sección es aportar herramientas para identificar y evaluar las diferencias presentes en los modelos alternativos de organización de mercados minoristas existentes en el país, y su influencia en el servicio brindado al consumidor. Para ello, se identifica una serie de factores que potencialmente contribuirían a la toma de decisión por parte de los usuarios de servicios farmacéuticos, para compararlos entre grupos de farmacias de diferente naturaleza (cadenas y tradicionales). En una de las ciudades escogidas la regulación habilita tal operatoria, en tanto sus resultados son contrastados con un espacio geográfico similar en magnitud y estándar económico, donde la presencia de cadenas de comercialización minorista no son autorizadas.

Dentro de las variables relevantes se encuentran los precios de medicamentos, y una serie de argumentos objetivos de definición de calidad o diferenciación de producto tales como: presencia de farmacéuticos en los locales de venta, disponibilidad de medicamentos, presencia de guardia nocturna, celeridad, posibilidad de pago alternativo al efectivo, aceptación de variedades de obras sociales/prepagas, asesoramiento al usuario, distancia a la residencia, entre otras.

La encuesta diseñada e implementada para este proyecto, cuenta con dos componentes.

El primero de ellos se canalizó a través de una consulta de precios en la farmacia, con un mínimo de 40 locales por jurisdicción. Se seleccionaron cinco grupos terapéuticos dentro de aquellos con mayor escala de ventas: antiulcerosos, antihipertensivos, lipolipemiantes, antibióticos y analgésicos, con diferencias entre ellos en sus características de cronicidad y necesidad. En cada caso se identificaron tres marcas/presentaciones de medicamentos incluidos dentro del grupo de los diez productos más vendidos de cada clase. El set final de productos totales para el cual se requirieron precios fue de quince.

Posteriormente a la consulta de precios de medicamentos y su disponibilidad, el encuestador solicitó al empleado de la farmacia asesoramiento sobre productos alternativos a los requeridos, cerrando la visita con tres preguntas complementarias: si el interlocutor es profesional farmacéutico; en caso de no serlo, si el mismo se encontraba en el local de venta, y cuál era el horario de atención al público del establecimiento. Un detalle de las respuestas recibidas se encuentra en el Anexo 2A y 2B.

El segundo componente de recolección de información es una encuesta a usuarios de las mismas farmacias a las que se solicitaron precios, siguiendo un formulario breve que indaga sobre los aspectos de calidad observable mencionados anteriormente, y que se incluye como Anexo 3 de este trabajo.

El estudio se concentra en dos ciudades, Rosario y Córdoba Capital, ambas con una población aproximada de 1,2 millones de habitantes, donde la comercialización minorista de medicamentos permite la presencia de cadenas en el segundo caso, y no lo habilita en el primero.

En la ciudad de Córdoba se abordaron cuarenta y nueve farmacias, veinte de cadena y veintinueve tradicionales, las cuales debieron estar distribuidas en dos grupos: la mitad

de ellas a una distancia de cinco cuadras como máximo de aquellas pertenecientes a una cadena, en tanto que la segunda mitad debió hallarse a un mínimo de ocho cuadras de las mismas. En la ciudad de Rosario el estudio incluye cuarenta farmacias tradicionales, distribuidas homogéneamente a lo largo de la ciudad, con una distancia aproximada de siete cuadras unas de otras, en tres bloque barriales.

En cada caso se realizaron treinta encuestas en las inmediaciones de los locales de venta, llegando a un total de 2.400 observaciones (1.200 por ciudad). La recolección se realizó en un 40% en horario nocturno y un 60% en horario diurno, y se respetó una estructura etárea de tercios en los usuarios entrevistados: menores de 35 años, entre 35 y 60 años, y mayores de 60.

La información recogida y procesada dio lugar a un análisis de estadística descriptiva, exponiendo los principales argumentos de diferenciación en precios y en atención al público, comparando por grupo geográfico y propiedad de la farmacia, permitiendo cortes específicos por perfiles socio-demográficos de los encuestados (edad, sexo, cobertura, educación, tipo de medicamento demandado, etc.).

Posteriormente, el análisis se completó con la estimación de un grupo de modelos de mínimos cuadrados clásicos y modelos logit, con los que se analiza la probabilidad de obtener mayor satisfacción en términos absolutos y con respecto a la media, utilizando las características de la farmacia como variables explicativas de diferenciación de producto, corregidas por características del usuario y precios de los medicamentos.

5. 2.- Descripción de la Muestra

Las Tablas 3 y 4 muestran las características básicas de la muestra de farmacias y usuarios construida para el presente análisis. Particularmente, la primera de ellas reporta para cada ciudad y para el total, el número de usuarios incorporados (1.200 por centro urbano), la distribución en Córdoba Capital entre asistentes a farmacias tradicionales (596, el 47,33% de la muestra) y de cadena (604), y dentro de éste último grupo, su desagregación entre empresas con presencia local: cadena “A” (359 usuarios) y cadena “B” (245).

Por diseño, las consultas en horario nocturno (de 18 a 8 horas), se realizó en un porcentaje cercano al 40% en las dos ciudades y dentro de la estructura tradicional/cadena cordobesa. Entre el 30% y el 40% de las encuestas tuvo lugar en las inmediaciones de farmacias en zonas de densidad poblacional alta (no-residencial), y la dispersión en términos de niveles de ingreso de las áreas donde las farmacias seleccionadas se encuentran localizadas resultó cercana al 26-37% de ingresos medios altos, 60-64% de ingresos medios-bajos, y 2,5%-10% de ingresos bajos. En este último caso, el total de las consultas se realizó en áreas de influencia de farmacias tradicionales (localizando a los encuestadores en la cuadra del local de ventas).

Ambos elementos (baja densidad de farmacias en zonas de bajos ingresos y escasa presencia de farmacias) refieren a decisiones comerciales, lo que indirectamente

manifiesta la cobertura de los centros de salud públicos como principales fuentes de medicamentos para las familias de menores recursos.

Tabla 3

Características de la Muestra de Usuarios

Detalle	Rosario	Córdoba					Total
		Total Córdoba	Farmacias Tradicionales	Farmacias Cadena			
				Cadena "A"	Otras	Total	
Número de observaciones	1200	1200	596	359	245	604	2400
% Farmacias Tradicionales	100.00	47.33					74.83
% Farmacias Entrevistadas en Horario Nocturno	39.75	36.25	41.61	34.26	26.12	30.96	38.00
% de farmacias en zona residencial (no-comercial)	87.50	57.92	86.58	24.79	36.73	30.00	72.71
% de farmacias en zonas de densidad poblacional alta (edificios)	30.00	39.58	13.42	66.85	63.27	65.00	34.75
% de farmacias ubicadas en zonas de ingresos medios-altos	37.50	25.75	21.64	33.34	24.50	29.80	31.63
% de farmacias ubicadas en zonas de ingresos medios	60.00	64.25	58.22	66.57	75.50	70.20	62.13
% de farmacias ubicadas en zonas de ingresos bajos	2.50	10.00	20.13	0.00	0.00	0.00	6.25

Fuente: Elaboración Propia en base a encuestas a usuarios desarrollada para este proyecto.

La Tabla 4 complementa la información anterior presentando algunas características adicionales de los usuarios entrevistados. En Rosario el 61,5% del total de entrevistas fue realizada a mujeres, en tanto en Córdoba oscila en torno del 50%, con valores similares entre aquellas realizadas en las inmediaciones de farmacias tradicionales y de cadena. Los grupos etéreos representados, por diseño, se ajustan a una relación de tercios entre menores de 35, mayores de 60 y la franja de edad intermedia para el total y cada subgrupo, en tanto que los encuestados con estudios secundarios representan un 50% aproximadamente para cada tipo de institución, seguidos por aquellos con educación universitaria, con un promedio de 32%. Paralelamente, un 52,29% de los encuestados tienen niños en la familia.

Tabla 4

Características Socioeconómicas de los Usuarios

Detalle	Rosario	Córdoba					Total
		Total Córdoba	Farmacias Tradicionales	Farmacias Cadena			
				Cadena "A"	Otras	Total	
Número de observaciones	1200	1200					2400
% Femenino	61.50	50.33	48.66	50.70	46.12	51.99	55.92
% Menor de 35 años	35.25	32.83	29.70	39.00	31.43	35.93	34.04
% Entre 35 y 60 años	31.58	33.50	32.72	33.43	35.51	34.27	32.54
% Mayor de 60 años	33.17	33.67	37.58	27.58	33.06	29.80	33.42
% Educación Primaria	5.75	22.58	24.50	19.22	22.86	20.70	14.17
% Educación Secundaria	59.25	48.42	50.17	46.52	46.94	46.69	53.83
% Educación Universitaria	35.00	29.02	25.38	34.26	30.20	32.62	32.01
% Cobertura de Obra Social	50.33	45.67	46.14	50.70	37.14	45.20	48.00
% Cobertura Prepaga	17.67	8.67	8.91	6.13	11.84	8.44	13.17
% Cobertura PAMI	26.83	22.33	22.32	16.99	30.20	22.35	24.60
% Sin Cobertura Formal	7.33	23.60	22.82	26.46	21.31	24.38	15.49
% Usuarios con Niños en la Familia	51.17	53.42	55.03	53.76	48.98	51.82	52.29

Fuente: Elaboración Propia en base a encuestas a usuarios desarrollada para este proyecto.

Por último, las obras sociales (tanto provinciales como nacionales) representan un 48% de la cobertura promedio de las personas entrevistadas, seguidas por el PAMI con el 24,6%. El grupo bajo aseguramiento de prepagas es de un 17,67% en Rosario, y casi un 9% en Córdoba Capital, cuya distribución aleatoria de usuarios se mantuvo con una baja dispersión entre tipos de farmacia.

5.3.- Resultados

El análisis estadístico propuesto a partir de la base de datos ofrece tres abordajes. El primero de ellos refleja el análisis de los patrones de compra de usuarios en farmacias y su reporte sobre calidad del servicio. A partir de un ejercicio de tests de diferencias de medias, en la sección siguiente es posible distinguir las características salientes de las compras en la ciudad de Rosario y compararlas con las de Córdoba Capital, identificando si existen variaciones significativas entre ellas, y replicar el mismo análisis al interior de esta última localidad, comparando las diferencias entre las compras en cadenas farmacéuticas de aquellas hechas en farmacias tradicionales.

En un segundo paso, se contrastan para las cinco clases terapéuticas seleccionadas y para los tres productos en cada caso, las diferencias entre los precios de venta promedio en ambas ciudades, y se las compara con el precio publicado por el sitio web alfabeta.com. Se espera en este caso observar las diferencias en los precios de ventas en ambas ciudades contra el patrón institucional.

Finalmente, el tercer paso del análisis propuesto incorpora un estudio multivariado, donde la satisfacción de los usuarios se correlaciona con un vector de variables explicativas, interactuando los precios de los medicamentos adquiridos, las características personales de los usuarios, las características de las farmacias y de la compra realizada. De allí surge un ejercicio de comparación entre las compras en farmacias tradicionales y de cadena, que cierra la discusión de las preguntas de investigación presentada previamente.

5.3.1.- Características de la Compra en Farmacia y Calidad del Servicio

El formato de la Tabla 5 permite, en su primera columna, identificar cada solicitud de información a usuarios de ambas ciudades, reflejándose en las columnas siguientes el porcentaje de respuestas positivas en cada caso sobre el total de su grupo.

Estas columnas exhiben -en este orden- los resultados para la ciudad de Rosario, para el total de Córdoba Capital, y sucesivamente su apertura para el sub-conjunto cordobés de farmacias tradicionales, de las farmacias de la cadena “A”, del resto de las farmacias de cadena y del total del sub-conjunto de las farmacias de cadena. La octava columna muestra el porcentaje de respuestas afirmativas del total de la muestra de ambas localidades.

Las dos últimas columnas brindan el resultado de la implementación de una serie de tests de diferencias de medias, a fin de establecer si las brechas de respuestas presentadas entre usuarios de distintas provincias y distintos tipos de farmacias son (o no) estadísticamente significativas. La novena columna compara las respuestas de usuarios de Rosario contra los de Córdoba (columnas 2 y 3), en tanto que la última columna utiliza igual criterio para contrastar al interior de Córdoba las diferencias entre farmacias tradicionales y de cadena (columnas 4 y 7)⁴.

En la comparación entre Rosario y Córdoba se observa que la muestra de rosarinos es marginalmente más proclive al consumo después de las 18 horas, y fue asistido en su totalidad por personal de la farmacia, en tanto en Córdoba hubo mayor consumo OTC (de góndola) o mixto, aunque en proporciones menores. Asimismo, para el caso de Rosario, la llegada a la farmacia con receta y particularmente, receta que incluía la marca del medicamento recetado es más alta, en aproximadamente un 11%, diferencia que resulta estadísticamente significativa. Por el contrario, el usuario cordobés muestra mayor sesgo hacia el consumo de marcas que sus pares de Rosario, con una diferencia menor al 5%.

La comparación entre farmacias tradicionales y de cadena en la ciudad de Córdoba, por su parte, muestra que el usuario de farmacia tradicional se aproxima al local de ventas relativamente más tarde que aquellos que lo hacen en las farmacias de cadena, y que el consumo de medicamentos en góndola es marginalmente mayor en estas últimas, donde los usuarios prefieren el consumo de marcas en mayor proporción. Finalmente, la distancia recorrida por los usuarios de las farmacias de cadena es marginalmente menor.

Complementariamente, la información provista por la Tabla 6 permite identificar diferenciales de calidad en los servicios recibidos en ambas jurisdicciones. El formato de la tabla es idéntico al anterior, y las últimas dos columnas refieren a las diferencias estadísticas existentes entre ambas ciudades, y entre los tipos de farmacias existentes en la capital cordobesa, respectivamente.

En promedio, los usuarios de ambas ciudades reportan asistir más de dos veces a la farmacia para comprar medicamentos, con una diferencia mínima, pero estadísticamente significativa a favor de la ciudad mediterránea. Ello muestra la presencia de “farmacias habituales” donde los consumidores realizan sus compras, estableciendo preferencias geográficas o de confianza. La atención por parte de un farmacéutico resulta significativamente mayor en Córdoba que en Rosario, aunque el nivel de asesoramiento recibido por los pacientes es mayor en las instalaciones rosarinas. Por su parte, el tiempo de demora en las farmacias de la ciudad santafecina es marginalmente mayor, con menor presencia, asimismo, de locales con guardias de 24 horas. En cuanto al modo de pago, los cordobeses muestran mayor inclinación por el pago efectivo, y su nivel de satisfacción por la calidad del trato recibido es marginalmente superior.

⁴ Las estrellas que acompañan los valores en las dos últimas columnas hablan de la significatividad estadística de las respuestas, al 99% de confianza (***), al 95% (**) y al 90% (*). La falta de estrellas refleja que las diferencias no son estadísticamente relevantes.

Concentrando el análisis en el modelo cordobés, la comparación entre cadenas farmacéuticas y locales tradicionales establece variaciones relevantes a considerar. Por una parte, la cantidad de visitas a las farmacias muestran diferencias al interior de los locales de cadena, donde la cadena “A” cuenta con un número menor (2,01) en tanto que otras cadenas farmacéuticas se asemejan a los valores de las farmacias tradicionales (2,42 y 2,36, respectivamente). La asiduidad a la farmacia puede ser interpretada como una medida de confianza del usuario, y por lo tanto de un espacio de mayor vínculo interpersonal entre el farmacéutico tradicional y su clientela.

Por otra parte, los usuarios atendidos por profesional farmacéutico en las farmacias tradicionales es de 79,36%, una diferencia estadísticamente significativa con respecto a sus pares de cadena. Sin embargo, la brecha al interior de estas últimas es amplia, alcanzando en la cadena “A” una incidencia de 72,14% -muy similar al grupo de locales tradicionales-, en tanto ese valor es de 58,37% en otras farmacias de cadena. Asimismo, los usuarios que reportan haber recibido asesoramiento de farmacéuticos en los puestos de venta no difieren significativamente entre las farmacias de Córdoba.

Complementariamente, los tiempos de demora en la atención en farmacias tradicionales son relativamente menores, aunque, nuevamente, se observan diferencias entre tipos de cadenas farmacéuticas. Particularmente, la dispersión en los tiempos de espera (entre los usuarios que reportaron valores máximos y mínimos en esta encuesta) alcanza su menor expresión en los locales de la cadena “A” con respecto a otros oferentes. En especial, los valores máximos de esta cadena son 60% menores a los de las farmacias tradicionales, y menos de la mitad que las otras cadenas cordobesas.

En paralelo, los usuarios de farmacias de cadena reportan en el 100% de los casos contar con guardias de 24 horas, lo que resulta en una ventaja estadísticamente significativa para estas últimas, no existiendo desvíos entre distintos tipos de cadenas farmacéuticas.

Tabla 5**Características de la Compra de Medicamentos**

Detalle	Rosario	Córdoba					Total	Tests de Diferencias de Medias	
		Total Córdoba	Farmacias Tradicionales	Farmacias Cadena		Total		Rosario v Córdoba	Córdoba Tradicionales v Cadena
				Cadena "A"	Otra				
% Primera visita a farmacia para adquirir el remedio	43.83	45.92	40.94	56.27	42.86	50.83	44.88	-2.09	-9.89***
% de las Compras realizadas en horario nocturno	39.75	36.25	41.61	34.26	26.12	30.96	38.00	3.50**	10.65***
% en que la compra fue asistida por personal de farmacia	100.00	96.50	99.83	88.97	97.96	93.21	98.25	3.50***	6.62***
% en que la compra se canalizó mediante medicamento en estante	0.08	2.00	0.17	5.57	1.22	3.81	1.04	-1.92***	-3.64***
% en que la compra utilizó ambos mecanismos	0.08	1.33	0.00	4.19	0.41	2.65	0.71	-1.25***	-2.65***
% de usuarios que llegaron con receta a la farmacia	71.42	61.42	60.24	54.88	73.88	62.58	66.42	10.00***	-2.34
% de usuarios con receta que identificaba la marca del producto	51.08	40.17	38.44	30.81	57.98	41.92	45.69	10.91***	-3.48
Distancia promedio desde la residencia a la farmacia (en cuadras)	1.61	1.82	1.62	1.95	2.11	2.01	1.72	-0.21***	-0.39***
Máxima distancia recorrida para llegar	3.00	3.00	3.00	3.00	3.00		3.00		
Mínima distancia recorrida para llegar	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00		
% de usuarios que priorizan la marca del medicamento antes que su precio	78.00	82.67	79.19	83.84	89.39	86.09	80.33	-4.67***	-6.90***

Fuente: Elaboración Propia en base a encuestas a usuarios desarrollada para este proyecto.

Tabla 6**Características del Servicio Recibido en Farmacia**

Detalle	Rosario	Córdoba					Total	Tests de Diferencias de Medias	
		Total Córdoba	Farmacias Tradicionales	Farmacias Cadena		Total		Rosario v Córdoba	Córdoba Tradicionales v Cadena
				Cadena "A"	Otra				
Promedio veces que vino a esta farmacia a comprar este remedio?	2.37	2.27	2.36	2.01	2.42	2.18	2.32	0.10**	0.18***
% Usuarios que fueron atendidos por farmacéutico	18.42	72.92	79.36	72.14	58.37	66.56	45.67	-54.5***	12.80***
% de usuarios que recibieron en la farmacia asesoramiento sobre la adquisición de productos con igual efecto terapéutico	23.58	11.08	12.08	10.86	8.98	10.10	17.33	12.50***	1.98
Tiempo de demora promedio en la atención en farmacia	8.89	8.48	6.15	8.60	13.97	10.77	8.69	0.41*	-4.62***
Máximo tiempo de demora	25.00	120.00	50.00	30.00	120.00		120.00		
Mínimo tiempo de demora	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00		0.00		
% de farmacias con servicio de guardia 24 horas	40.00	97.50	94.97	100.00	100.00	100.00	68.75	-57.50***	-5.03***
% de usuarios que abonaron con efectivo	68.17	90.00	94.13	84.68	87.76	85.93	79.08	-21.83***	8.19***
% de usuarios que abonaron con tarjeta de crédito/débito	31.83	10.00	5.87	15.32	12.24	14.07	20.92	21.83***	-8.19***
Promedio de satisfacción en la atención (de 1 a 10)	8.22	8.92	8.95	8.88	8.90	8.89	8.57	-0.69***	0.06

Fuente: Elaboración Propia en base a encuestas a usuarios desarrollada para este proyecto.

La Tabla se completa con la referencia al mecanismo de pago utilizado por usuarios, habiendo un sesgo hacia el uso de efectivo en farmacias tradicionales, contra la práctica de tarjetas de crédito y débito en cadenas farmacéuticas.

En líneas generales, se verifica la presencia de diferencias relevantes entre instituciones en cuanto a sus mecanismos de oferta, aunque las mismas no necesariamente se reflejan en el índice general de satisfacción del usuario. El mismo se define como un valor entre 1 y 10 en el formulario de encuesta, y se reporta en sus valores promedios en la última línea de la Tabla 6. Su interpretación puede vincularse con los diferentes pesos relativos que los usuarios otorgan a las distintas características de la atención en un momento en el tiempo.

A fin de completar el estudio de relaciones univariadas, en las próximas secciones se orienta el análisis a la comparación de precios y a la estimación de modelos multivariados.

5.3.2.- Diferenciales de Precios entre Locaciones y Tipo de Farmacias

La recolección de precios en farmacias permitió elaborar una grilla de valores de venta al público para un amplio abanico de comercios minoristas en medicamentos en ambas ciudades bajo diferentes formatos societarios (cadenas y farmacias tradicionales). En la presente sección se resumen tales resultados, y se los compara con los precios de referencia publicados en alfabeta.com.

Como fuera mencionado, en cada farmacia se solicitaron precios de quince productos, pertenecientes en grupos de a tres a cinco clases terapéuticas de amplia inserción en ventas. Las Tablas presentes en el Anexo 3 exponen los valores recibidos en cada local, y la Tabla 7 a continuación las resume, presentando para cada producto el precio promedio de cada ciudad y su comparación con el parámetro [alfabeta](http://alfabeta.com).

Debajo del resumen de precios por locación, se agrega asimismo el desglose dentro de Córdoba Capital (de las cuarenta farmacias), separando entre farmacias tradicionales (29 en total), farmacias de cadena (incluyendo la cadena "A", lo que suma 20 unidades), y la cadena "A" por separado (doce sucursales).

La segunda mitad de la Tabla 7 refleja el cálculo de brechas por producto: (i) de cada ciudad contra [alfabeta](http://alfabeta.com), (ii) de una ciudad con respecto a la otra, y dentro de Córdoba (iii) de las farmacias tradicionales versus las de cadena y (iv) específicamente de las farmacias tradicionales confrontadas con la cadena "A" al interior de la capital cordobesa.

De la lectura de la tabla se desprende que no existe un patrón homogéneo, no sólo porque no se identifica una localidad o tipo de farmacia que ofrezca los precios más económicos en toda la línea de productos analizados, sino también porque las brechas de precios muestran dispersiones significativas.

A modo de ejemplo, tanto Rosario como Córdoba presentan precios por debajo del parámetro alfabeta.com, en trece y diez productos, respectivamente. Sin embargo, las diferencias halladas son disímiles entre presentaciones, con brechas que oscilan entre el

10,46% más oneroso en el Pantus en Córdoba Capital, o un ahorro de 61,47% en el Ibupirac en Rosario (líneas 7 y 8 de la Tabla). Sin embargo, en el promedio simple de precios de productos, comparando ambas jurisdicciones contra el patrón alfabeto, el ahorro es de 4,65% y 8,93% para Rosario y Córdoba respectivamente. En tanto la diferencia entre ambas ciudades es de 3,11% más económicos a favor de Córdoba.

Las últimas dos filas de la Tabla ofrecen una comparación de brechas entre las farmacias tradicionales cordobesas y sus pares de cadena. Ocho de los quince medicamentos considerados resultan más económicos en las farmacias de cadena, y para el total de los quince grupos se genera un ahorro de 2,72% en las compras de cadena. Mientras tanto, reproducir igual análisis en la comparación específica de la cadena "A" con las farmacias tradicionales genera un ahorro en once de los quince productos, y un ahorro total de 6,10%.

Se observa que los medicamentos analgésicos de venta libre son aquellos donde la diferencia de precios para todos los productos favorece a las cadenas, en tanto que en igual dirección pero menor intensidad se ubican los lipolipemiantes (en dos de los tres productos seleccionados) y los antibióticos (en el caso de la cadena "A", principalmente). Por el contrario, los hipertensivos refieren ser más económicos en las farmacias tradicionales en dos de los tres productos considerados.

5.3.3.- Valoración de Atributos de las Farmacias en la Compra de Medicamentos: Farmacias Tradicionales y de Cadena en Comparado

El análisis precedente permite identificar diferencias tanto en precios como en características de la atención de las farmacias en ambas ciudades, y por tipo de estructura patrimonial (tradicional o cadena) en el caso cordobés.

Tales parámetros, adicionalmente, pueden ser contrastados con indicadores de satisfacción por parte de los usuarios de los distintos centros urbanos, que surgen de la encuesta a los 2.400 usuarios entrevistados.

Para ello, se propone un modelo de regresión multivariada donde se seleccionó una variable dependiente que refleja tal nivel de satisfacción. La misma, fue sometida a la incidencia conjunta de las variables ya analizadas en la percepción del usuario bajo tres escenarios: (i) para el total de la muestra, incluyendo una variable que identifica las diferencias entre ciudades, (ii) únicamente para el caso rosarino, y (iii) exclusivamente para el caso cordobés.

Utilizando una especificación de mínimos cuadrados ordinarios, la satisfacción de los usuarios (ordenada de 1 a 10, donde 10 es la mayor satisfacción), se correlacionaría potencialmente con cuatro grupos de variables:

1.- variables asociadas con indicadores de calidad, entre las que se encuentran:

- demora en la atención (cantidad de minutos que el usuario esperó para ser atendido),

- cantidad de veces que se acude a la farmacia para recibir el medicamento, lo que puede aproximarse a un espacio de lealtad con el local de venta,

- distancia entre el lugar de residencia y la farmacia (que toma tres niveles: cercano, medio y lejano, a partir del reporte de cuadras de cada usuario),

- obtención de asesoramiento por parte de un farmacéutico al momento de la compra.

2.- un índice de precios abonado en la farmacia,

- calculado en base a un precio índice de la canasta promedio de cada jurisdicción, donde el valor promedio es igual a 100.

3.- características del usuario, donde el vector de variables está compuesto por:

- sexo del usuario: variable dummy que toma valor =1 en hombres y mujer =0,

- educación de consumidor: tomando valor =1 en caso de educación secundaria (o universitaria),

- variable dummy que toma valor 1 en presencia de cobertura formal de salud del usuario,

- status económico: variable escalar que toma valores =1 si el ingreso del usuario es alto, =2 si es medio, y =3 si es bajo, asociado con la zona de residencia de la farmacia.

- variable dummy que diferencia entre zona de oficinas o residencial.

- variable dummy para los usuarios residentes en Córdoba Capital.

4.- presencia de cadena farmacéutica: variable que toma valor 1 en presencia de usuarios que acuden a cadenas farmacéuticas, o variable dummy por compra en la cadena "A", ambas circunscriptas a la provincia de Córdoba.

La Tabla 8 resume los resultados obtenidos. La primera columna analiza la correlación entre la satisfacción del usuario en Rosario y el vector de variables presentadas en los párrafos previos, en tanto que las columnas segunda y tercera replican igual ejercicio para la ciudad de Córdoba. Dentro de estas últimas, la primera columna incluye una variable dummy de cadena farmacéutica: cuando el usuario asistió a una farmacia de cadena esta variable toma valor 1 para capturar la potencial diferencial en satisfacción asociada con este tipo de farmacia. En tanto, la segunda columna de la ciudad mediterránea incorpora una dummy alternativa asociada con la compra o no en la cadena "A" únicamente. Las columnas 4, 5 y 6 expresan los resultados alcanzados con el uso de la base total de ambas urbes, alternando la presencia de variables dummy por cadena, por ciudad de Córdoba, o ambas.

Los resultados muestran, por una parte, la incidencia relativa de algunas variables específicas de los usuarios. El sexo del usuario no necesariamente especifica mayores o

menores niveles de satisfacción en la muestra total, aunque definiría mayor exigencia de los hombres en Rosario, y lo opuesto en Córdoba, al 99% de confianza. Por otra parte, la presencia de cobertura formal de salud pondera positivamente el trato y la satisfacción en todos los casos, mientras que los mayores niveles de educación en general se correlacionan con mayor exigencia, y por tanto con mayor insatisfacción de los usuarios. Igual dirección se observa entre las variables que capturan el nivel de ingreso -de la zona de influencia de la farmacia donde se realizó la compra- y los niveles de satisfacción, también con umbrales de significancia estadística de consideración.

En cuanto a las características de la compra, la posibilidad de asesoramiento farmacéutico resulta relevante en Rosario (al 90% de confianza) y en la muestra total (al 95%), aunque no en Córdoba. Por su parte, la variable “tiempo de demora en la atención” se acompaña con un coeficiente de signo negativo y estadísticamente significativo para el total de la muestra al 95% de confianza (relevante en Rosario al 99% de confianza, aunque no así en Córdoba Capital). Como es de esperar, la variable de distancia es estadísticamente relevante al 90% en esa última ciudad, en tanto la cantidad de veces que se acude a la misma farmacia -como proxy de confianza con el punto de venta- es relevante en Rosario, pero no en Córdoba Capital.

Finalmente, el consumo en cadenas farmacéuticas resulta dar mayor satisfacción a los usuarios cuando se toma al total de la muestra al 99% de confianza, aunque este efecto se anula y compensa cuando se incluye la variable dummy que separa a Córdoba de Rosario, mostrando mayor satisfacción relativa en la primera, donde las cadenas están presentes.

Este último argumento podría sugerir que los niveles de satisfacción tienen un sesgo geográfico que podría estar incluido en la variable dependiente, más allá de características objetivas de calidad y tipo de institución en la que se compra.

Para testear esta hipótesis, la última columna de la Tabla 8 sustituye el indicador de “ranking” de satisfacción por otro que mide el desvío en el reporte de esta variable de cada usuario contra el valor promedio de cada jurisdicción. Los resultados parecen confirmar el análisis previo, sin diferencias marcadas con los coeficientes y niveles de significatividad.

Asimismo, el índice de la canasta de precios de medicamentos, si bien había mostrado diferencias entre jurisdicciones, tipo de farmacias, e incluso entre productos, no resulta estadísticamente significativo en ninguna especificación del modelo, y para ninguna jurisdicción, lo que confirma argumentos ya esgrimidos tanto en la literatura local como internacional sobre la naturaleza de diferenciación de producto basado en calidad percibida como el espacio protagónico de elección del usuario.

De contrastar los resultados de la Tabla 8 con aquellos obtenidos en las Tablas 5 y 6 surge que las variables estadísticamente significativas en los tests de medias del análisis bivariado entre cadenas farmacéuticas y farmacias tradicionales, no son relevantes al observar los coeficientes de las variables “Cadena” y “Cadena A” en el análisis multivariado.

Tabla 7

Brechas de Precios

Detalle	Grupo 1 Antiulcerosos			Grupo 2 Antihipertensivos			Grupo 3 Lipolipemiantes			Grupo 4 Antibióticos			Grupo 5 Analgésico/Antiinflamatori			Brecha Total en %	
	Nexium	Pantus	Gastec	Gadopril	Glioten	Lotrial	Ampliar	Lipitor	Sinlip	Optamox	Clavulox	Amoclav	Actron 400	Febratic	Ibupirac		
Precios	Precios Alfabeta.net	278,65	102,69	232,19	115,62	145,46	128,27	237,77	263,33	202,98	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	25,98	
	Promedio Rosario	292,04	106,46	230,17	114,16	143,58	126,70	233,38	261,26	200,80	119,51	82,22	95,77	34,72	25,95	16,12	
	Promedio Córdoba	298,46	114,69	202,89	106,68	123,67	109,64	247,10	251,80	175,73	130,49	93,35	97,96	31,15	19,52	17,64	
Precios Córdoba	Farmacias Tradicionales	297,32	115,54	198,64	109,80	118,54	105,65	247,57	259,60	166,38	126,63	89,69	98,35	37,12	21,41	19,15	
	Farmacias "A"	288,99	109,96	207,87	95,58	138,61	117,18	235,89	256,92	200,44	124,50	82,42	96,03	19,41	14,75	13,95	
	Otras Farmacias Cadena	300,11	113,46	209,05	102,14	131,10	115,43	246,42	240,49	189,30	136,09	98,66	97,40	22,50	16,77	15,44	
Brechas de Precios (en %)	Rosario - alfabeta.net	4,58	3,54	-0,88	-1,28	-1,31	-1,24	-1,88	-0,79	-1,09	-1,55	-2,41	-2,44	-0,89	-0,96	-61,17	-4,65
	Córdoba - alfabeta.net	6,64	10,46	-14,44	-8,38	-17,62	-16,99	3,78	-4,58	-15,50	7,00	9,80	-0,15	-12,45	-34,25	-47,30	-8,93
	Rosario-Córdoba	2,20	7,73	-11,85	-6,56	-13,87	-13,46	5,88	-3,62	-12,48	9,19	13,54	2,29	-10,27	-24,80	9,41	-3,11
Brechas de Precios Córdoba (en %)	Tradicional-Cadena "A"	-2,80	-4,83	4,64	-12,96	16,93	10,91	-4,72	-1,03	20,48	-1,68	-8,11	-2,37	-47,72	-31,11	-27,19	-6,10
	Tradicional-Otras Cadenas	0,94	-1,79	5,24	-6,98	10,59	9,26	-0,46	-7,36	13,78	7,46	10,00	-0,97	-39,41	-21,70	-19,38	-2,72

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas a Muestra Definida de Farmacias.

Tabla 8

Nivel de Satisfacción del Usuario

Variables	Var. Dep.: Nivel de Satisfacción del Usuario				Var. Dep.: Desvío del nivel de satisfacción del usuario		
	Rosario	Córdoba (1)	Córdoba (2)	Total (1)	Total (2)	Total (3)	Total (4)
Demora en la atención (minutos)	-0.0427*** (0.00720)	0.000255 (0.00519)	0.00143 (0.00514)	-0.0139*** (0.00517)	-0.0115** (0.00497)	-0.0117** (0.00505)	-0.0115** (0.00505)
Índice de canasta de precios de medicamentos	0.00425 (0.00967)	-0.00484 (0.0128)	-0.00220 (0.0138)	0.0138* (0.00755)	-0.000346 (0.00767)	-0.000422 (0.00769)	-0.00160 (0.00753)
Cantidad de veces que vino a comprar el medicamento	0.0546** (0.0250)	-0.0451 (0.0311)	-0.0424 (0.0314)	-0.00399 (0.0200)	0.0126 (0.0198)	0.0127 (0.0198)	0.0140 (0.0197)
Asesoramiento farmacéutico	0.154** (0.0740)	-0.0202 (0.0956)	-0.0240 (0.0954)	0.283*** (0.0569)	0.0224 (0.0602)	0.0227 (0.0602)	0.00114 (0.0557)
Distancia de la vivienda a la farmacia	-0.0529 (0.0415)	0.0824* (0.0485)	0.0854* (0.0482)	-0.0134 (0.0316)	-0.00227 (0.0307)	-0.00318 (0.0311)	-0.00233 (0.0311)
Usuario con educación secundaria	-0.0162 (0.177)	-0.489*** (0.103)	-0.487*** (0.103)	-0.520*** (0.0842)	-0.388*** (0.0856)	-0.389*** (0.0858)	-0.378*** (0.0823)
Usuario con educación universitaria	-0.0824 (0.185)	-0.355*** (0.116)	-0.352*** (0.116)	-0.530*** (0.0931)	-0.398*** (0.0934)	-0.399*** (0.0938)	-0.388*** (0.0908)
Usuario Hombre	0.121* (0.0642)	-0.189*** (0.0728)	-0.191*** (0.0728)	-0.0212 (0.0497)	-0.0556 (0.0493)	-0.0551 (0.0494)	-0.0579 (0.0490)
Usuario con cobertura formal	0.347** (0.135)	0.306*** (0.101)	0.303*** (0.101)	0.253*** (0.0825)	0.286*** (0.0814)	0.287*** (0.0815)	0.289*** (0.0813)
Usuario reside en zona de edificios	0.290*** (0.0689)	-0.270*** (0.103)	-0.253** (0.0986)	-0.0115 (0.0553)	0.0414 (0.0527)	0.0371 (0.0551)	0.0411 (0.0548)
Status económico del usuario	-0.179*** (0.0540)	-0.186*** (0.0720)	-0.182** (0.0724)	-0.159*** (0.0439)	-0.107** (0.0436)	-0.108** (0.0440)	-0.104** (0.0437)
Usuario con edad entre 35 y 60 años	0.00941 (0.0750)	0.0122 (0.0892)	0.0120 (0.0891)	0.0237 (0.0601)	0.00810 (0.0588)	0.00819 (0.0588)	0.00691 (0.0586)
Usuario con más de 60 años	-0.0438 (0.0780)	-0.128 (0.109)	-0.128 (0.109)	-0.132** (0.0659)	-0.106 (0.0655)	-0.105 (0.0653)	-0.103 (0.0651)
Cadena Farmacéutica		0.0874 (0.0925)		0.358*** (0.0713)		0.0176 (0.0817)	-0.0105 (0.0700)
Cadena "A"			0.0634 (0.0991)				
Córdoba					0.658*** (0.0631)	0.650*** (0.0736)	
Constante	7.928*** (0.971)	9.895*** (1.303)	9.620*** (1.404)	7.589*** (0.761)	8.605*** (0.761)	8.618*** (0.766)	0.488 (0.759)
Observaciones	1,194	1,199	1,199	2,393	2,393	2,393	2,393
R cuadrado	0.065	0.046	0.046	0.072	0.100	0.100	0.019

Mínimos Cuadrados Ordinarios
 Errores estándares robustos entre paréntesis
 *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Una posibilidad es que estos efectos se encuentren asociados con diferencias de calidad que no son percibidas al interior de la provincia de Córdoba pero sí en la comparación entre jurisdicciones, por lo que se anulan en el ejercicio multivariado. Una explicación alternativa es que la atención en cadenas no aumente la satisfacción por sí misma, sino a través de sus características, por lo que el efecto “cadena” es absorbido por los coeficientes de las variables de calidad.

A fin de contrastar estas dos explicaciones, en la Tabla 9 se muestran los resultados de las estimaciones de dos modelos probit, cuyos coeficientes muestran los valores marginales del consumo en una cadena farmacéutica vis a vis el uso de farmacias tradicionales en la ciudad de Córdoba. La variable dependiente, por tanto, toma una estructura dicotómica que define la compra en farmacias de cadena con valor “1”, o no con valor “0”). De haber significatividad en las variables de calidad, se encontrarían argumentos para sostener que las regresiones de la Tabla 8 que incluían la variable de cadena se encontraban sobredefinidas (“calidad” y “cadena” van en igual dirección). Alternativamente, la no significatividad de las variables independientes en la Tabla 9 hablaría de una homogeneidad en la calidad de servicios, no habiendo diferenciales de trato entre tipos de farmacias.

Los resultados, corregidos por variables idiosincráticas de los usuarios, muestran que al menos tres variables asociadas con diferencial de calidad en farmacias de cadena son estadísticamente relevantes (demora, precios y confianza) y significativas (negativamente en los dos primeros casos, positivamente en el último).

En tanto, las variables que capturan distancia entre la farmacia y la residencia del usuario, así como la percepción de más asesoramiento farmacéutico, no resultaron estadísticamente significativas como determinantes de la compra en locales de cadena. Ello daría argumentos para sostener, al menos parcialmente, la hipótesis alternativa, que supone la existencia de características de calidad en cadenas de farmacias no capturadas en la regresión de mínimos cuadrados de la Tabla previa.

Complementariamente, la segunda columna de la Tabla 9 propone caracterizar la diferencial de aceptación de la cadena “A” con respecto al resto del universo de farmacias de Córdoba, más allá de su pertenencia a cadenas minoristas. Los resultados revelan que la demora en la atención en la cadena “A” es similar a otros locales de cadenas, aunque inferior a aquellas en farmacias tradicionales.

Asimismo, el precio de la cadena “A” sería más bajo que los cobrados no sólo en relación a las farmacias tradicionales, sino también menor en comparación con otros locales de cadena. Sin embargo, la mayor repetición de compras en locales de cadena no se extiende a los locales de la cadena “A”, cuyo signo es estadísticamente significativo y opuesto a sus pares⁵. Por su parte, la atención de personal idóneo muestra ser similar entre farmacias, sin identificarse diferencias significativas.

Finalmente, se identifican algunas particularidades en el usuario promedio que asiste a las cadenas farmacéuticas, y particularmente a la cadena “A”. El usuario de cadenas es

⁵ Una evaluación específica del coeficiente de esta variable podría llevarse a cabo mediante el análisis de la antigüedad de cada farmacia y particularmente de las cadenas farmacéuticas en el mercado cordobés.

en general femenino, aunque no existen diferencias marcadas entre la cadena “A” y las farmacias tradicionales, y el nivel de ingreso es superior en los modelos comerciales multi-locales vis a vis las farmacias tradicionales. El nivel de cobertura formal de los usuarios de la cadena “A” no difiere significativamente de otras farmacias, en tanto la edad promedio de compradores de esa cadena es menor.

Estos resultados brindan espacios para la reflexión sobre las potenciales ventajas de las cadenas farmacéuticas para lograr mayor satisfacción del usuario, abriendo también el debate sobre aquellos factores en los que las farmacias tradicionales aún muestran ser competitivas frente a nuevos modelos de negocios.

Tabla 9

Córdoba Capital. Probabilidad de Consumir Medicamentos en Cadenas

Variables	Var. Dep.: Cadena de Farmacias	Var. Dep.: Cadena de Farmacias	Var. Dep.: Cadena "A"
Demora en la atención (minutos)	0.0833*** (0.00904)	▾ 0.0332*** (0.00358)	▾ -0.00291 (0.00222)
Índice de canasta de precios de medicamentos	-0.0565*** (0.0144)	▾ -0.0225*** (0.00574)	▾ -0.0692*** (0.00525)
Cantidad de veces que vino a comprar el medicamento	0.0665* (0.0357)	▾ 0.0265* (0.0142)	▾ -0.0268** (0.0111)
Asesoramiento farmacéutico	-0.178 (0.119)	▾ -0.0704 (0.0470)	▾ -0.0252 (0.0365)
Distancia de la vivienda a la farmacia	0.0715 (0.0595)	▾ 0.0285 (0.0237)	▾ -0.0125 (0.0181)
Usuario con educación secundaria	-0.0176 (0.124)	▾ -0.00703 (0.0493)	▾ -0.0465 (0.0375)
Usuario con educación universitaria	0.121 (0.142)	▾ 0.0479 (0.0561)	▾ -0.00484 (0.0426)
Usuario Hombre	-0.203** (0.0903)	▾ -0.0805** (0.0358)	▾ -0.0418 (0.0272)
Usuario con cobertura formal	-0.248** (0.122)	▾ -0.0979** (0.0474)	▾ -0.0521 (0.0376)
Usuario reside en zona de edificios	1.907*** (0.114)	▾ 0.644*** (0.0274)	▾ 0.517*** (0.0311)
Status económico del usuario	0.881*** (0.0938)	▾ 0.351*** (0.0375)	▾ 0.285*** (0.0272)
Usuario con edad entre 35 y 60 años	-0.0876 (0.112)	▾ -0.0349 (0.0446)	▾ -0.0195 (0.0323)
Usuario con más de 60 años	-0.203 (0.128)	▾ -0.0807 (0.0507)	▾ -0.0797** (0.0351)
Constante	3.553** (1.468)		
Observaciones	1,199	1,199	1,199
Pseudo R cuadrado	0.3691	0.3691	0.331

Modelos probit
 Errores estándares robustos entre paréntesis
 *** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

6.- Conclusiones

Strong (sf) afirma que “el retail farmacéutico está atravesando una etapa de cambios significativos a nivel global”, y enuncia algunas características de esos cambios, así como los desafíos y estrategias que -presume- dominarán el sector en los próximos años.

El envejecimiento poblacional impulsa una mayor demanda por medicamentos, lo que llevaría a un aumento de la demanda del sector. Sin embargo, y en paralelo, a nivel global se observa la expiración de patentes tradicionales y el aumento de los medicamentos que pasan del régimen de venta bajo receta hacia OTC, disminuyendo potencialmente los ingresos de las farmacias, y un cambio de paradigma tecnológico en la producción de fármacos.

Ello conlleva a un debate sobre la estrategia tradicional en la operatoria de las farmacias, que se acentúa con la entrada en algunos mercados de estructuras de mayor escala como son las cadenas, las cuales ya han incursionado y se han consolidado en otros sectores del comercio minorista (ver Anexo). Lo que en algunos casos puede considerarse como una presión hacia una mayor eficiencia sectorial, en otros se observa como un elemento de riesgo para un sistema de atención personalizada, más allá de un análisis de eficiencia social.

Este debate de estrategias podría llevar a un cambio en los paradigmas de competencia sectorial, avanzando en modelos de servicios diferenciados, tal como fuera planteado en la introducción de este trabajo, donde formas societarias heterogéneas encuentran nichos de especialización basados en ventajas comparativas.

El presente trabajo expone un análisis comparado de normativa en comercio minorista a nivel internacional, regional y local -entre provincias argentinas-, a fin de identificar tendencias globales en este sector. Del mismo surge un movimiento a la flexibilización en la entrada de cadenas, particularmente en aquellos países con tradición desreguladora en el comercio minorista -Estados Unidos, por ejemplo-, como así también en naciones con baja capacidad regulatoria, o menor fortaleza institucional en la definición y *enforcement* de normativas. Paralelamente, las naciones europeas ven relajar algunas reglas de competencia, aunque manteniendo un fuerte control sobre ejes de intervención críticos (responsabilidad farmacéutica, distancias entre bocas de venta, incluso controles de precios).

La realidad argentina de multiplicidad de normativas a nivel provincial, abre un debate inicial acerca de las implicancias de esta fragmentación institucional sobre el modelo sanitario, y sus efectos sobre la equidad y la igualdad de oportunidades entre provincias.

Desde la perspectiva de un análisis de impacto de la política de comercio minorista, esta fragmentación brinda una oportunidad de evaluación inusual, al permitir comparar jurisdicciones de similares características socio-demográficas expuestas a distintos marcos normativos. De allí la elección de Córdoba Capital y Rosario como los focos de estudio de la segunda parte de este documento.

Las conclusiones alcanzadas parecen sostener algunas de las hipótesis teóricas presentadas en las páginas iniciales del trabajo.

En primer lugar, la mayor escala de operación de las cadenas lleva a ofrecer productos más económicos -en promedio- que sus pares tradicionales, con economías de entre el 3% y 6% para el total de la muestra. Ello resulta más evidente en clases terapéuticas de mayor escala de ventas (medicamentos de venta libre, antibióticos), con resultados menos concluyentes en otras clases terapéuticas, tales como los antiulcerosos o antihipertensivos.

En segundo lugar, y aunque sería posible proveer mayor robustez al análisis mediante la ampliación de la muestra a un mayor número de clases terapéuticas, es posible inferir un efecto “contagio” de la estructura de precios al resto del mercado: la capital cordobesa en su conjunto expone precios promedios menores que la ciudad santafesina.

En tercer lugar, las conductas empresarias -incluso dentro de cada bloque de farmacias- no son homogéneas. A modo de ejemplo, la cadena “A” ofrece precios un 6% más baratos que las farmacias tradicionales, en tanto que sus pares de cadenas ven reducida esta brecha a la mitad.

En términos de indicadores estándar de calidad de atención, las cadenas farmacéuticas muestran parámetros más satisfactorios de acceso, tales como disponibilidad de atención las 24 horas, posibilidad de pago con tarjeta de crédito, en tanto se observan resultados dispares en términos de asistencia del profesional en farmacia y demora en la atención, según la cadena analizada. En aquellos rubros vinculados con cercanía entre usuario y farmacéutico, los locales tradicionales mantienen su mayor capacidad de acción, tanto en las variables asociadas con lealtad del consumidor como de cercanía geográfica. Estos dos últimos elementos pueden considerarse asimismo como el resultado de una más reciente inserción de las farmacias de cadena en la operatoria del sector.

En promedio, la evaluación de los consumidores no refleja diferencias estadísticamente significativas en términos de la atención recibida en uno u otro tipo de establecimiento, facilitando un espacio de acción, tanto comercial (desde la mirada del empresario farmacéutico), como desde el Estado regulador, en términos de los ejes estratégicos de acción a futuro en base a los argumentos de calidad priorizados (precios, cercanía, asesoramiento para reducir brechas informativas, por ejemplo). La elección de estos argumentos ofrecerá modelos de atención alternativos, y/o la expansión/incorporación de líneas de acción aún no abordadas -mayor inversión en atención personalizada, o concentración en líneas de cuidado específicas-.

Desde una perspectiva regulatoria, el diseño de intervención debe considerar al sector de farmacias como el eslabón final, de contacto con el usuario, de una cadena de construcción de valor (sanitario y económico), que sirva como herramienta de difusión de productos clave para el mantenimiento y la restauración de la salud. Ello implica necesariamente menor gasto de bolsillo para acceder a productos eficaces, capacidad de respuesta ante políticas que reduzcan fallas de información (ley de prescripción por nombre genérico, por ejemplo), y cercanía física.

La entrada de cadenas farmacéuticas, de replicarse el modelo conocido en otras estructuras de comercio, podría llevar a alcanzar mayores estadios de productividad del sector en su conjunto. Este elemento ha sido identificado ya por las farmacias

tradicionales, y ha llevado al desarrollo de algunas estructuras coordinadas de compras, en algunos casos ya cubiertas por las droguerías mayoristas, como así también al planteo de modos flexibles de propiedad.

Desde esta perspectiva, el estudio observa usuarios altamente satisfechos (82% en Rosario, 89% en Córdoba), con significativa presencia de profesionales en farmacias y competencia (los precios, aunque con diferencias entre tipos de farmacias, son inferiores al precio de lista, más allá de la pauta de descuentos por tipo de cobertura formal). Sin embargo, la incorporación del factor escala en el análisis sectorial, más la tendencia a la baja de los márgenes de comercio agrega elementos al diseño de un plan de regulación, que involucra un grupo de decisiones técnicas sujetas a restricciones institucionales disímiles entre provincias.

En general, este plan regulatorio debe considerar un horizonte donde las ganancias de escala en el mediano plazo no obstruyan la presencia de un mercado más competitivo en precios en el largo plazo. En él, la política pública debe consensuar/sostener una agenda que haga viable una estrategia de intervención estatal ante un marco de intereses delineados por funciones objetivo de diferentes sectores, públicos y no públicos, en un contexto demográfico y tecnológico cambiante.

Referencias

- Arndt J. y L. Olsen (1975). A Research Note on Economies of Scale in Retailing. The Swedish Journal of Economics. Vol. 77, No. 2 (Jun., 1975), pp. 207-221.
- Beath, J. Y Y. Katsoulacos (1991) The Economic Theory of Product Differentiation, Cambridge University Press.
- Beltramini H., A. Busch y N. Sauer (2009). La evolución de la regulación de medicamentos en Argentina: aspectos técnicos e institucionales. sin publicar.
- Bennett, P. (1966). "Retailing evolution or revolution in Chile?" Journal of Marketing 30(3): 38-41.
- Bertrand, M. and F. Kramarz (2002). "Does entry regulation hinder job creation? Evidence from the French retail industry." The Quarterly Journal of Economics 117(4): 1369-1413.
- Bokhari F. y F. Mariuzzo (2014). Evaluating wholesale and retail mergers in pharmaceuticals. OECD Global Forum on Competition, Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals.
- Clark C., L. White (2009). Entry barriers in retail pharmacy: a novel model. Emerald 3 Research Paper.
- Clarke R., P. Dobson, S. Davies, M. Waterson (2000). Buyer Power and its Impact on Competition in the Food Retail Distribution Sector of the European Union. Main report for European Commission.
- Colegio de Farmacéuticos de la Provincia de Córdoba (2012). Reglamento de Publicidad.
- Colegio de Farmacéuticos de Valencia (2007). Marco Legal Comparado de la Farmacia en Europa: El Modelo Español de Farmacia Referente para el Futuro de la Farmacia en Europa.
- deVries, G. (2008). Did liberalization start a retail revolution in Brazil?, Faculty of Economics and Business and GGDC, University of Groningen.
- Duncan Reekie W. (1997). Cartels, Spontaneous Price Discrimination and International Pharmacy Retailing. International Journal of the Economics of Business Volume 4, Issue 3.
- Fitzgerald Power, Irlanda (2012). Retail Pharmacy Benchmarking Study 2012.
- General Pharmaceutical Council (UK) (2010). Standards for pharmacy owners and superintendent pharmacists of retail pharmacy businesses.
- Gobierno de la Provincia de Buenos Aires (1997). Decreto 145/1997. Reglamentación Ley PBA 10606.
- Gobierno de la Provincia de Córdoba (1994). Decreto 175/1994. Reglamentación Ley 8302.

Gobierno de Mendoza (2005). Decreto 959/2005. Reglamentario de la Ley de Farmacia de Mendoza.

Guy C., D. Bennison y R. Clarke (2005). Scale economies and superstore retailing: new evidence from the UK. *Journal of Retailing and Consumer Services* Volume 12, Issue 2, March, Pages 73-81.

Haskel, J. y R. Sadun (2009). "Regulation and UK Retailing Productivity: Evidence from micro data." IZA Discussion Paper No. 4028.

Hoffmeister A. (2006). Barriers to Retail Competition and Prices: Evidence from Spain. IMF Working Paper 06/231.

Hoj, J., T. Kato, et al. (1995). Deregulation and privatisation in the service sector. *OECD Economic Studies*, No. 25.

Heinsohn, J. y S. Flessa (2013). Competition in the German pharmacy market: an empirical analysis. *BMC Health Services Research* 2013, 13:407.

Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2001). Decreto 208/2001. Reglamentación Ley Básica de Salud de la Ciudad.

Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2014). Decreto 41/2014. Régimen jurídico propio en materia de comercialización de medicamentos, habilitación de farmacias, herboristerías y droguerías, como así también lo inherente al ejercicio de la actividad farmacéutica.

Jefatura de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (2014). Decreto 98/2014. Marco regulatorio para la fiscalización y control técnico de las farmacias que desarrollen sus actividades en la CABA.

Kanavos P. (2014). Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals. *OECD Global Forum on Competition, Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals*.

Kanavos P., W. Schurer y S. Vogler (2011). The Pharmaceutical Distribution Chain in the European Union: Structure and Impact on Pharmaceutical Prices. Final Report for European Commission.

Keh H. y S. Chu (2003). Retail productivity and scale economies at the firm level: a DEA approach. *Omega* Volume 31, Issue 2, April 2003, Pages 75-82.

Korda Mentha (Australia) (2011). Retail Pharmacy: Ready to Take its Medicine?. KM Publication nº 11-03.

Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires (1999). Ley GCBA 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad.

Legislatura de la Provincia de Buenos Aires (1987). Ley PBA 10606. Ley de Farmacias.

Legislatura de la Provincia de Buenos Aires (1992). Ley PBA 11328. Modificación Art. 14 de Ley de Farmacias.

Legislatura de la Provincia de Buenos Aires (2003). Ley PBA 13054. Modificación Art. 3 y Art. 36 de Ley de Farmacias.

Legislatura de la Provincia de Santa Fe (1932). Ley 2287 (y modificatorias). Creación de la Inspección General de Farmacia. Ejercicio Profesional de la Medicina.

Lowe R. y D. Montagu (2009). Legislation, regulation, and consolidation in the retail pharmacy sector in low-income countries. *Southern Med Review* 2; 2:35-44.

Maceira, D. (2015) "Cadena de Comercialización de Medicamentos. Incentivos. Tendencias Globales, y la Experiencia Argentina", mimeo, abril.

Mainville D., T. Reardon y E. Farina (2008). Scale, scope, and specialization effects on retailers' procurement strategies: evidence from the fresh produce markets of São Paulo. *RER*, Rio de Janeiro, vol. 46, n° 01, p. 207-227, jan/mar 2008 - *Impressa em abril 2008*.

McKinsey, G. I. (1997). *Removing Barriers to Growth and Employment in France and Germany*. Frankfurt, Paris, Washington.

McKinsey, G. I. (1998) *Productivity - The key to an accelerated development path for Brazil*.

Ministerio de Salud de la República Argentina (2013). Resolución Ministerio de Salud 1632/2013. Incorporación al Régimen de la Ley N° 26567 del listado de productos médicos de impacto directo en la salud que están sujetos al régimen instituido en su apartado 3° del artículo 1°, de venta exclusiva en farmacias, propuesto por la ANMAT.

Ministerio de Salud y Ambiente de la República Argentina (2004). Resolución Ministerio de Salud y Ambiente 1384/2004. Modificación Res. 192/98.

Ministry for Health and Children, Irlanda (2008). *Regulation of Retail Pharmacy Businesses: Regulations 2008 (Ireland)*. Statutory Instruments S.I. No. 488 of 2008.

Mossialos E. y M. Mrazek (2003). *The Regulation of Pharmacies in Six Countries*. Report prepared for the Office of Fair Trading.

OECD Competition Division (2014). *Chile: Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals*. Documento preparado para el Global Forum on Competition.

OECD Competition Division (2014). *China: Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals*. Documento preparado para el Global Forum on Competition.

OECD Competition Division (2014). *México: Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals*. Documento preparado para el Global Forum on Competition.

OECD Competition Division (2014). *Perú: Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals*. Documento preparado para el Global Forum on Competition.

Pilat, D. (1997). "Regulation and performance in the Distribution Sector." *OECD Economics Department Working Papers* 180: 68.

Poder Ejecutivo de la Nación (1964). Ley 16463. Ley de Medicamentos.

Poder Ejecutivo de la Nación (1967). Ley 17565. Régimen legal del ejercicio de la actividad farmacéutica, y de la habilitación de las farmacias, droguerías y herboristerías.

- Poder Ejecutivo de la Nación (1968). Decreto 7123/1968. Reglamentación de Ley 17565.
- Poder Ejecutivo de la Nación (1970). Decreto 547/1970. Reglamentación de Ley 17565 (Traspaso Jurisdicción Capital Federal).
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina (1991). Decreto 2284/1991. Desregulación económica del comercio interno de bienes y servicios y del comercio exterior; reforma fiscal; mercado de capitales; sistema único de la seguridad social; negociación colectiva; disposiciones generales.
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina (2009). Ley 26492. Regulación de la cadena de frío de los medicamentos.
- Poder Ejecutivo de la Nación Argentina (2009). Ley 26567. Venta de medicamentos exclusiva a farmacias.
- Poder Legislativo de Córdoba (1993). Ley 8302. Farmacias, droguerías farmacéuticas y herboristerías. Organización y funcionamiento. Derogación de los decs.-leyes 4346-D/57 y 471-D/63, de las leyes 5275 y 5418 y del dec. 4344-D/57.
- Poder Legislativo de Córdoba (1998). Ley 8683. Farmacia. Organización y funcionamiento. Información que deberán detallar envases y prospectos. Incorporación del art. 14 bis en la ley 8302 .
- Poder Legislativo de Mendoza (2004). Ley 7303. Ley de Ejercicio de las Actividades Farmacéuticas.
- Ridley D., F. Sloan y Y. Song (2011). Retail Zoning and Competition.
- Shaked, A. y J. Sutton (1987) "Product Differentiation and Industrial Structure" The Journal of Industrial Economics, 36(2).
- Secretaría de Política y Regulación de Salud, Argentina (1998). Resolución Secretaría de Política y Regulación de Salud n° 192/1998. Aprobación del nuevo reglamento para el funcionamiento de farmacias.
- Secretaría de Salud de la Nación, Argentina (1992). Resolución Secretaría de Salud n° 55/1992. Adecuación de los requisitos para el funcionamiento de las farmacias.
- Secretaría de Salud de la Nación, Argentina (1997). Resolución Secretaría de Políticas de Salud y Regulación Sanitaria (ex de Salud) n° 113/1997. Modificación Res. 55/1992.
- Stargardt T., J. Schreyögg y R. Busse (2007). Pricing behaviour of pharmacies after market deregulation for OTC drugs: The case of Germany. Health Policy Volume 84, Issue 1, November 2007, Pages 30-38.
- Strong J. (sf). Rethinking Strategy in Pharmacy and Drugstore Retailing.
- Vacca C., C. Vargas, M. Cañas y L. Reveiz (2011). Publicidad y promoción de medicamentos: regulaciones y grado de acatamiento en cinco países de América Latina. Rev Panam Salud Publica. 2011;29(2):76-83.
- Vassallo C. (sf). Los cambios en la producción y comercialización de medicamentos. Documento de Asociación de Economía de la Salud.

Vogler S. (2014). Liberalization in the Pharmacy Sector. OECD Global Forum on Competition, Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals.

Volkerink B., P. de Bas y N. van Gorp (2007). Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies. Main report for European Commission.

Waterson M. (1993). Retail Pharmacy in Melbourne: Actual and Optimal Densities. The Journal of Industrial Economics Vol. 41, No. 4 (Dec., 1993), pp. 403-419.

Página web www.farmacias.com.ar

Xie Y., J. Brooks, J. Urmie y W. Doucette (2010). Retail pharmacy market structure and insurer-independent pharmacy bargaining in the medicare part D era. Avi Dor (ed.), Pharmaceutical Markets and Insurance Worldwide (Advances in Health Economics and Health Services Research, Volume 22), Emerald Group Publishing Limited, pp.295-316.

APÉNDICE

Regulación y Estrategias Internacionales en el Mercado Minorista no-Farmacéutico

El debate sobre las características de los mercados minoristas ha sido siempre materia de análisis, tanto desde la literatura económica como de los especialistas en comercialización. Los cambios tecnológicos ocurridos durante los últimos veinte años enriquecieron el debate, dejando de ser un sector “intermediario” entre el productor y el consumidor, para avanzar en el desarrollo de perfiles propios, en especial de la mano del fenómeno supermercadista.

Por un lado surgen aspectos específicos asociados con la identificación de zonas geográficas y la tensión entre hipermercados para la compra masiva en los alrededores de las ciudades, versus la presencia de locales pequeños con compras de diario en los barrios. Por otro, la localización de productos en góndolas, la caracterización de los espacios y los modos de atención al cliente mostraron particulares avances, constituyendo parte integrante del diseño de un plan de negocios.

Dentro de este contexto, la discusión tradicional entre ganancias de eficiencia y ganancias monopólicas se redimensiona, como también el papel que desempeña el Estado en la regulación del sector.

La literatura sobre el sector de distribución minorista en países desarrollados es diversa, pero toda ella identifica la diferencia entre las economías europeas y la de Estados Unidos, sobresaliendo los debates sobre productividad y, en especial, sobre el diseño regulatorio que define las restricciones a las grandes superficies, y a los horarios de atención, zonificación y diseño ambiental.

Hoj, Kato y Pilat (1995) analiza veintidós países de la OECD con datos de 1990 y estima el impacto de distintas regulaciones sobre la productividad del trabajo. Tomando como variable dependiente el número de empleados por local, e incorporando la presencia de restricciones regulatorias por país, el trabajo muestra que sus coeficientes operan negativa y significativamente sobre el indicador nacional de productividad. Los autores argumentan que tales resultados se vincularían con pérdidas de eficiencia generadas por la reducción en la escala de operación y la menor competencia producto de las barreras a la entrada generadas por las normas de zonificación.

En Japón durante 1974 las autoridades hacen efectiva la Ley de Regulación a Negocios de Gran Escala, que representó una restricción a los locales de gran porte. Pilat (1997) muestra que esta restricción fue efectiva en reducir el tamaño medio de los puntos de venta minorista, y argumenta que esta pérdida de escala, dada su estrecha relación con la eficiencia y capacidad de modernización del sector minorista, fue en gran parte la causa de los bajos índices de productividad en este mercado. Pilat arguye que la reforma redujo las barreras a la entrada y facilitó el aumento en el número de firmas, permitiendo el crecimiento de los locales medianos (con más de 20 trabajadores) en

20%, incrementando la superficie promedio de los locales y un viraje hacia mercados de descuento.

En Italia, el mercado de distribución minorista también se ha caracterizado por fuertes restricciones a las grandes superficies y estrictas normas de zonificación. Hoj et al (1995) muestra que la regulación fue efectiva en reducir el tamaño medio de los puntos de venta en Italia, retrasando el desarrollo de formatos modernos y reduciendo el proceso de internacionalización (Pilat, 1997). Por su parte, un estudio de Haskel y Sadun (2009) analizan si la regulación pública en el Reino Unido retrasó el crecimiento de la productividad entre 1997 y 2003. En 1947 entró en vigencia el Town and Country Planning Act que disponía la necesidad de gestionar autorización para toda modificación del espacio público. En particular, y en 1996 para el sector minorista operó una modificatoria, la Planning Policy Guidance. Diversos estudios, y en particular un informe de la consultora McKinsey (1998) demuestran el fuerte vínculo existente en esta reforma regulatoria y la disminución del tamaño medio de los locales. Tomando este estudio como antecedente, Haskel y Sadun (2009) sugieren que el cambio en las regulaciones de planeamiento generó que las cadenas de distribución minorista abrieran locales más pequeños, lo que condujo a menores índices de productividad factorial, perdiendo economías de escala y alcance.

Francia y Alemania representan dos casos donde se combinan indicadores de marcada regulación junto con un desempeño productivo similar a la de Estados Unidos. En Francia la Loi Royer de 1973 representó una restricción a la entrada de grandes superficies (mayores a 1500m² en ciudades con menos de 40.000 habitantes), a fin de proteger a los comerciantes minoristas tradicionales (panaderías, carnicerías, etc.). De acuerdo a esta norma, cada nuevo establecimiento debe ser aprobado por una junta regional, con representatividad de comerciantes, empleados y consumidoras/os. Según algunos autores (Hoj et al, 1995, Pilat, 1997 y McKinsey, 1997), la norma tuvo un impacto positivo, pues logró proteger a las firmas locales que desempeñaron fuertes estrategias tendientes a aumentar su productividad y escala de acción. Ellos coinciden que el mayor impacto de la restricción fue sobre la entrada de grandes centros comerciales, y no necesariamente sobre formatos de super e hipermercados, de manera que estos últimos mostraron un constante crecimiento a pesar de la regulación (Pilat, 1997). Sin embargo, sobre este particular Bertrand y Kramarz (2002) presentan información que sugiere que las medidas adoptadas beneficiaron a las grandes cadenas ya instaladas, afianzando su poder de mercado y permitiendo aumentar sus márgenes de ganancia, y perjudicando el ingreso de nuevos trabajadores. Una experiencia normativa similar se identifica en Alemania, con fuertes restricciones sobre normas de zonificación. En este caso, la literatura identificada muestra que la protección ejercida por esta regulación sobre los incumbentes eficientes determinó una dinámica creciente de la productividad, ya con niveles altos para los estándares internacionales (McKinsey, 1997).

El sector de comercialización minorista de Brasil surge en la literatura como un caso desafiante desde una mirada regulatoria. Al igual que en Argentina, Brasil experimentó en la década del 90 un amplio proceso de liberalización económica que impulsó el comercio internacional y la inversión extranjera directa. Sin embargo, la literatura no destaca pérdidas en el empleo. Por el contrario, los históricos niveles de baja

productividad factorial sobrevivieron, y hasta se impusieron ante la entrada de nuevos jugadores al mercado.

Un informe de la consultora McKinsey del año 1998, basada en entrevistas con gerentes y especialistas, encuestas de campo y datos censales, ilustra la situación productiva brasilera hacia principios de la década del 90. Comparando los valores de la productividad del trabajo en el sector minorista brasilero (medido en valor agregado sobre horas trabajadas) para el año 1995, el estudio encuentra que la misma representa un 14% de aquella registrada en Estados Unidos. Particularmente, mientras que los grandes comercios (super e hipermercados) en Brasil exhiben un indicador de productividad 50% menor que en EEUU, los negocios tradicionales guardan una relación de 11 a 88.

Posibles causas de esta brecha se identifican en la mayor proporción del mercado minorista dependiente de la venta de alimentos de los negocios tradicionales, menos productivos que los grandes comercios; y el bajo nivel de penetración automovilística, que obstaculiza el acceso a los grandes centros de consumo. Asimismo, el reporte estima que las grandes centros comerciales en Brasil son relativamente menos productivos que en Estados Unidos, asociado con una débil organización de funciones y tareas.

Al igual que lo que sostiene tal informe, de Vries (2008) argumenta que previo a la modernización del sector el comercio minorista se encontraba en manos de comercios tradicionales de poca productividad. Se esperaba, entonces, que con la entrada de nuevos jugadores misma creciera: las firmas entrantes - más productivas y con posibilidad de imponer precios menores - desplazarían a las incumbentes que operan con altos costos. Sin embargo, los aumentos que se observaron estuvieron por debajo de los niveles agregados de toda la economía, rechazándose la hipótesis de destrucción creativa.

Haciendo un análisis intra-industria, las cadenas de comercialización minorista son más productivas que las firmas que tienen un único punto de venta, atribuyendo este diferencial a la incorporación diferencial de tecnología y a la presencia de economías de escala.

En suma, los estudios de casos brasileros coinciden en que la entrada de jugadores internacionales más productivos no desplaza del mercado a los incumbentes ineficientes en un marco de limitada productividad laboral en la economía brasilera. Sin embargo, no se encuentra consenso sobre la dirección del cambio (si alguno) en productividad a partir de la entrada de IED a partir de los indicadores seleccionados en los estudios relevados.

El sector minorista en Chile surge en la literatura como uno de los más dinámicos desde una perspectiva comparativa. No sólo la estrategia defensiva de los incumbentes condujo a una reasignación dinámica de recursos adaptando comportamientos, copiando formatos internacionales eficientes. El proceso de cambio permitió que Chile transnacionalizara sus cadenas de comercio minorista en varios países latinoamericanos.

Hacia la década del 60 surgen los primeros formatos “modernos” en el comercio minorista de alimentos y almacén, a saber, autoservicios y supermercados. Bennett (1966) analiza las medidas regulatorias del gobierno central y municipal en Santiago de

Chile, que regían en ese entonces. Las mismas referían a políticas de control de precios y otorgamiento de licencias para la entrada y variedad de productos autorizados para la comercialización. El autor realiza un análisis descriptivo comparado entre el desempeño de los formatos tradicionales y modernos, sugiriendo que existen diferencias en la productividad entre ambos sectores. El sector moderno presenta indicadores de productividad significativamente más altos, cercanos a una relación de tres a uno con respecto a los supermercados.

Esta diversidad en la productividad entre subsectores, considera Benett, tiene su origen en la capacidad diferencial de control entre sectores de la autoridad pública. Los formatos modernos de comercialización traen consigo mejoras en la formalidad de la facturación y registro de compras a proveedores, facilitando el control de las reglamentaciones. Más allá de la calidad de la norma, la gestión regulatoria incide sobre los resultados de la intervención.

Una estrategia regulatoria comprehensiva, requiere considerar la estructura completa del sistema vertical de producción y comercialización para identificar de modo más efectivo las conductas anticompetitivas y favorecer incrementos en productividad y bajos precios. Ello requiere conocer los nichos de comportamientos abusivos u oportunistas, facilitando el comercio y protegiendo al consumidor.

Los resultados alcanzados en gran parte de los estudios sobre mercado minorista y escala de las empresas participantes refieren a un casi homogéneo movimiento hacia una mayor productividad por trabajador empleado, con mayor probabilidad de reducción de precios y aumento de ventas en los casos donde las superficies promedio de los locales son mayores. Sin embargo, en todos los casos se identifica la necesidad de establecer pautas que regulen la capacidad de comportamiento monopólico/oligopólico, a fin de mantener un espacio de operación más eficiente, pero manteniendo la diversidad en la oferta.

Anexo 2A

Precios de Productos Escogidos en Clases Terapéuticas Seleccionadas - Índice Precios Córdoba

no.de orden	Grupo 1 Antiulcerosos			Grupo 2 Antihipertensivos			Grupo 3 Lipolipemiantes			Grupo 4 Antibióticos			Grupo 5 Analgésico/Antiinflamatorio			Índice Precios
	Nexium	Pantus	Gastec	Gadopril	Gliten	Lotrial	Ampliar	Lipitor	Sinlip	Optamox	Clavulox	Amoclav	Actron 400	Febratic	Ibupirac	
Farmacia	Tabletas Recubiertas 20mg x 28	Tabletas 20mg x 30	Capsulas 20mg x 30	Tabletas Ranuladas 10mg x 60	Tabletas Recubiertas 10mg x 60	Tabletas 10mg x 60	Tabletas Recubiertas 10mg x 30	Tabletas Recubiertas 10mg x 30	Tabletas Recubiertas 10mg x 30	Suspensión Duo 400mg x 70ml x 1	Suspensión Duo 400mg x 70ml x 1	Suspensión Duo 400mg x 70ml x 1	Rápida Acción Capsulas 400mgx20	Tabletas 400mg x 20	Comprimidos 400mg x 20	
1	298,00	115,80	197,80	128,70	145,99	135,60	248,00	262,70	182,90	127,75	84,60	97,40	26,97	22,80	18,20	105,45
2	288,77	112,90	182,50	90,00	145,75	128,25	238,00	261,33	202,90	125,00	80,00	94,00	18,00	14,00	13,00	100,47
3	291,00	118,00	195,30	107,00	116,30	102,95	248,50	262,00	164,00	127,75	88,60	97,25	37,97	18,30	18,00	100,40
4	289,00	110,20	225,70	79,80	145,50	102,00	237,00	263,20	210,95	122,00	79,70	98,10	17,00	14,00	13,90	101,16
5	292,95	116,50	199,40	107,30	110,00	105,50	247,50	199,70	162,00	120,00	83,00	95,50	36,95	18,00	17,10	96,29
6	298,10	115,30	198,75	109,50	116,10	103,70	249,75	263,75	163,30	125,50	89,00	99,00	37,00	23,00	19,50	101,32
7	292,00	118,75	220,80	100,75	144,90	129,00	237,75	262,25	201,95	121,36	85,00	97,95	39,00	27,00	21,70	105,80
8	288,75	110,22	185,60	96,00	140,40	122,25	236,00	250,35	193,90	122,00	79,00	93,00	18,00	14,00	13,00	98,86
9	289,00	115,90	199,00	110,00	117,00	102,23	233,85	261,00	162,15	120,00	90,00	99,00	35,00	20,00	19,90	99,45
10	287,90	117,00	195,77	108,00	115,25	101,80	248,50	261,33	164,70	126,35	89,10	96,00	37,20	19,00	18,50	100,07
11	290,70	110,00	219,50	108,80	109,70	102,80	250,00	208,50	161,90	155,00	120,00	109,70	25,00	18,00	15,00	100,99
12	292,30	118,00	196,00	108,75	119,20	102,90	249,00	261,95	162,25	131,00	97,00	99,55	33,00	21,75	18,00	101,29
13	289,99	117,30	199,50	110,00	117,40	103,50	249,75	263,70	164,50	129,00	89,30	97,50	37,30	19,00	18,20	101,05
14	289,00	110,20	225,70	79,80	145,50	102,00	237,00	263,20	210,95	122,00	79,70	98,10	17,00	14,00	13,90	101,16
15	291,10	118,50	198,75	112,30	118,00	106,50	249,00	263,10	163,50	131,00	88,00	99,50	38,30	21,40	19,00	101,66
16	290,20	117,35	197,55	115,20	118,00	103,75	248,50	261,20	165,00	129,20	89,80	98,00	35,00	23,00	19,00	101,30
17	289,00	99,70	185,70	110,00	130,90	122,85	238,00	262,20	202,80	123,00	79,00	93,00	18,00	14,00	12,90	99,80
18	290,00	110,90	230,70	87,00	143,50	120,77	210,70	262,40	190,89	132,00	97,70	100,00	28,00	17,00	18,20	102,76
19	289,10	110,90	185,50	99,60	109,70	102,85	237,00	241,75	198,00	123,00	79,00	93,00	17,00	15,00	13,90	96,49
20	319,70	117,00	195,00	110,00	122,00	104,10	245,00	261,15	160,00	123,20	90,00	93,00	40,00	19,00	20,00	101,72
21	288,00	111,25	230,19	90,00	141,85	110,50	240,00	262,35	193,00	120,00	79,00	98,10	17,00	14,00	12,75	101,16
22	288,00	110,00	187,95	115,50	142,30	119,70	238,00	261,00	202,30	125,00	89,00	94,00	19,00	14,00	13,80	101,74
23	319,00	105,25	198,20	107,00	112,45	103,00	245,00	259,30	160,00	126,30	90,00	99,10	36,00	20,50	19,00	100,76
25	318,40	106,00	197,50	109,00	111,75	104,20	243,00	258,00	161,23	127,00	95,00	98,00	38,00	22,00	20,00	101,21
26	290,00	111,49	234,74	90,00	140,50	125,00	242,00	262,15	203,00	132,00	83,00	97,00	18,90	15,00	14,00	103,72
27	319,70	120,00	199,00	108,90	119,00	105,50	251,35	264,00	200,90	130,00	90,55	102,00	42,00	27,00	21,00	105,84
28	321,00	117,00	160,20	112,00	121,00	110,00	262,00	243,10	165,00	160,00	123,00	115,00	28,00	18,00	17,25	104,41
29	321,00	117,00	299,75	112,00	120,00	110,00	260,00	213,00	185,00	135,00	125,00	115,00	26,00	18,00	17,00	109,51
30	315,00	104,00	197,35	106,30	113,00	102,15	243,20	257,00	156,00	125,30	89,00	97,40	37,00	20,00	18,75	99,82
31	320,00	122,00	199,05	111,00	125,00	110,70	263,70	210,75	163,00	153,00	123,00	110,50	27,00	21,00	18,00	104,67
32	292,00	118,00	199,00	110,50	118,00	104,00	250,13	262,00	165,00	127,20	98,15	100,00	41,00	24,00	20,00	102,21
33	295,00	119,00	198,00	109,00	115,35	102,00	251,00	263,00	162,80	126,00	90,00	99,45	39,00	20,00	18,78	101,18
34	289,80	115,00	197,20	107,33	115,00	100,99	248,75	260,00	163,10	123,00	91,00	99,45	37,00	24,00	19,00	100,28
35	319,70	119,00	109,50	108,50	120,00	103,50	270,00	208,70	163,50	159,00	120,00	11,50	27,00	20,00	18,00	94,60
36	289,97	115,00	199,70	110,50	119,30	110,00	250,00	264,70	162,50	130,00	87,90	100,50	39,00	19,70	18,30	101,61
37	289,50	112,00	189,20	109,50	138,28	126,75	240,00	241,33	202,90	123,00	84,10	99,00	28,00	18,00	15,00	101,59
38	321,00	125,00	199,80	112,90	115,00	112,00	270,00	220,10	170,00	162,70	125,40	112,00	30,00	21,80	19,00	106,63
39	320,00	118,00	199,65	110,00	117,10	102,90	247,00	264,20	169,70	133,00	102,00	105,85	42,00	25,00	21,00	104,65
40	289,00	113,55	197,00	108,85	115,20	103,00	249,75	263,65	164,00	126,00	90,00	99,80	37,00	22,30	20,00	100,71
41	297,00	117,00	198,50	110,50	128,70	107,80	252,00	263,70	163,90	129,00	85,00	99,00	28,00	20,70	19,50	101,78
42	289,95	117,00	196,00	110,00	117,00	103,50	249,00	261,99	162,50	125,00	90,00	99,00	39,00	20,00	19,00	100,70
43	289,99	116,25	197,00	109,50	116,50	102,70	248,00	262,70	163,70	127,00	88,00	97,00	38,00	18,50	17,70	100,38
44	290,00	115,00	197,20	110,00	115,75	102,00	245,50	262,00	162,30	125,00	90,00	95,00	37,00	19,20	18,00	99,95
45	296,90	116,30	198,50	109,70	117,99	103,70	249,00	263,99	165,00	128,00	87,00	95,00	37,00	19,80	19,10	101,11
46	289,75	116,30	199,20	109,00	113,50	102,75	250,00	252,50	163,00	125,45	85,00	99,00	37,90	25,00	19,20	100,13
47	288,60	113,50	198,00	110,75	112,00	102,15	251,70	261,90	163,00	127,00	89,00	97,00	38,00	21,00	20,00	100,43
48	320,90	120,00	198,90	110,70	125,00	128,00	262,00	210,70	182,40	153,00	122,80	110,00	28,00	20,50	18,20	106,35
49	320,00	119,80	299,95	120,00	123,00	125,50	260,00	212,00	190,00	150,00	125,00	112,00	26,00	21,00	19,00	112,00
50	288,80	109,70	230,90	99,70	139,15	123,20	237,00	251,75	193,70	125,00	79,80	95,00	17,00	14,00	13,00	101,65
	298,46	112,40	194,93	106,68	121,20	105,34	247,10	246,77	168,84	130,49	91,48	94,12	31,15	19,13	16,95	100,00

Anexo 2B

Precios de Productos Escogidos en Clases Terapéuticas Seleccionadas - Índice Precios Rosario

no.de orden	Grupo 1 - Antiulcerosos			Grupo 2 - Antihipertensivos			Grupo 3 - Lipolipemiantes			Grupo 4 - Antibióticos			Grupo 5 - Analgésico/Antiinflamatorio			Índice Precios
	Nexium	Pantus	Gastec	Gadopril	Gliten	Lotrial	Ampliar	Lipitor	Sinlip	Optamox	Clavulox	Amoclav	Actron 400	Febratic	Ibupirac	
Farmacia	Tabletas Recubiertas 20mg x 28	Tabletas 20mg x 30	Capsulas 20mg x 30	Tabletas Ranuladas 10mg x 60	Tabletas Recubiertas 10mg x 60	Tabletas 10mg x 60	Tabletas Recubiertas 10mg x 30	Tabletas Recubiertas 10mg x 30	Tabletas Recubiertas 10mg x 30	Suspensión Duo 400mg x 70ml x1	Suspensión Duo 400mg x 70ml x1	Suspensión Duo 400mg x 70ml x1	Rápida Acción Capsulas 400mgx20	Tabletas 400mg x 20	Comprimidos 400mg x 20	
1	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,62
2	278,65	102,69	232,19	115,60	145,50	128,30	237,70	263,00	203,00	121,00	84,69	98,00	35,00	25,50	20,50	100,36
3	272,65	102,69	232,19	105,60	131,00	115,00	214,00	263,00	203,00	121,00	76,00	98,00	36,50	26,00	20,50	96,80
4	267,00	102,70	232,00	115,65	145,60	128,25	n.a.	n.a.	n.a.	121,00	84,00	98,00	35,00	26,20	26,00	99,66
5	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	264,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,67
6	278,00	102,00	232,00	115,62	145,46	128,27	237,80	263,00	203,00	121,00	82,00	98,00	35,03	26,20	12,71	99,82
7	324,04	112,22	232,19	115,00	145,00	128,00	n.a.	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	36,00	26,00	26,00	103,06
8	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	n.a.	n.a.	n.a.	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,26
9	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	238,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,67
10	256,00	94,50	214,00	115,00	145,00	128,00	238,00	263,00	203,00	111,00	84,00	98,00	36,00	26,00	25,00	97,73
11	278,00	103,00	232,00	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	120,00	84,00	98,00	35,03	26,20	12,71	99,88
12	278,00	102,00	232,00	n.a.	145,46	128,27	237,00	263,00	180,00	120,00	n.a.	89,00	35,03	26,20	12,71	98,14
13	279,00	102,00	232,00	115,62	145,46	128,27	210,00	263,00	203,00	121,00	84,00	98,00	35,03	26,20	12,71	98,63
14	278,25	103,00	232,00	115,62	145,46	128,27	237,80	263,30	202,90	121,00	86,00	94,00	35,03	26,20	12,71	99,89
15	278,00	102,70	232,00	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,00	84,00	98,00	35,03	26,20	12,71	99,91
16	278,00	112,00	232,00	115,62	145,46	128,27	237,00	n.a.	n.a.	121,36	84,20	n.a.	35,03	26,20	12,71	90,45
17	278,00	112,00	232,00	115,62	145,00	128,27	237,77	263,33	203,00	121,00	71,50	83,00	30,00	24,00	23,00	99,22
18	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,80	263,30	202,90	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,67
19	279,00	112,25	232,00	115,62	145,46	128,27	238,00	263,30	203,00	121,00	84,25	94,00	35,03	26,20	12,71	100,30
20	251,00	92,50	209,00	103,50	130,00	114,50	237,00	264,00	203,00	121,00	84,00	94,00	31,30	23,20	23,40	95,08
21	167,00	102,70	232,00	115,60	145,50	128,30	237,80	263,30	202,90	121,00	84,00	94,00	35,00	26,00	26,00	95,07
22	278,65	102,70	232,00	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,00	82,00	98,11	35,03	26,20	12,71	99,85
23	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	238,00	264,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,72
24	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,77	263,33	202,98	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,67
25	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,50	263,50	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,67
26	324,04	112,22	232,19	115,00	145,00	128,00	237,00	263,00	202,95	121,36	84,20	98,11	36,00	25,00	25,00	103,13
27	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,62
28	237,00	87,00	197,00	98,30	123,64	109,00	202,00	224,00	172,00	103,00	71,50	83,00	30,00	25,00	12,00	85,15
29	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	214,00	237,00	182,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	99,26
30	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,62
31	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,62
32	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,62
33	270,00	100,00	230,00	110,70	140,46	125,50	230,00	263,00	202,00	121,00	84,00	92,00	30,50	26,00	17,00	98,00
34	278,00	102,70	232,00	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,00	84,00	91,00	35,03	26,20	12,71	99,58
35	278,00	102,00	232,19	115,60	150,00	128,50	237,00	263,00	203,00	103,00	84,00	94,00	35,50	28,50	25,00	99,78
36	278,79	102,69	232,69	115,60	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	103,00	84,00	94,00	35,20	25,50	20,50	99,27
37	278,00	103,00	232,00	105,00	123,90	115,00	215,00	n.a.	n.a.	121,00	84,00	94,00	36,00	24,00	24,50	96,81
38	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	230,00	260,00	200,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,00
39	278,00	102,00	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,00	84,00	89,00	35,03	26,20	12,71	99,46
40	324,04	112,22	232,19	115,62	145,46	128,27	237,00	263,00	203,00	121,36	84,20	98,11	35,03	26,20	12,71	102,62
Promedio	292,04	106,46	230,17	114,16	143,58	126,70	233,38	261,26	200,80	119,51	82,22	95,77	34,72	25,95	16,12	100

Fuente: Elaboración propia en base a Encuestas a Muestra Definida de Farmacias.

Anexo 3

Encuesta a Usuaris/os

1- Ciudad	Córdoba Capital Rosario	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2- Hora de la Encuesta		<input type="checkbox"/>
3- Dirección de la Farmacia		<input type="checkbox"/>
4- Sexo del Entrevistado/a	Masculino Femenino	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5- Edad del Entrevistado/a	Menos de 35 años Entre 35 y 60 años Más de 60 años	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6- Nivel Educativo del Entrevistado/a	Primaria (Comp./Incompl.) Secundaria (Comp./Incompl.) Universitaria (Comp./Incomp.)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7- Tipo de Cobertura	Obra Social Prepaga PAMI Ninguna	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8- Tiene niños en la casa?	si no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9- Vino a la farmacia a comprar un medicamento?	si no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10- Consiguió el remedio?	si no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11- Cuántas veces vino a esta farmacia a comprar este remedio?	Una Dos Tres Más de Tres	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12- Esta es la primera farmacia que visita para adquirir este remedio?	si no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13- Lo/a atendió un empleado/a o tomó el medicamento de un estante?	me atendió empleado/a saqué producto del estante ambos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14- El empleado/a era farmacéutico?	si no no sabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15- Traía una receta?	si no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16- La receta tenía la marca del producto?	si no no sabe	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17- El/la empleada/o le ofreció otro producto de igual efecto terapéutico?	si no	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18- Usted optó por el remedio más económico o el de marca?	económico marca	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19- Qué remedio/s adquirió?		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20- Cuánto tiempo demoraron en atenderlo/a? (en minutos)		<input type="checkbox"/>
21- Forma de pago	efectivo tarjeta de débito tarjeta de crédito	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
22- De 1 a 10 (diez el mejor), cómo calificaría la atención en la farmacia?		<input type="checkbox"/>
23- Distancia de su residencia a la farmacia (en cuadras)		<input type="checkbox"/>

si no, fin de la encuesta

Muchas gracias