



Centro de Estudios
de Estado y Sociedad

Cadena de Comercialización de Medicamentos.

Incentivos, Tendencias Globales, y la Experiencia Argentina

Daniel Maceira¹

2015²

¹ Ph.D. en Economía. Investigador Independiente CONICET, e Investigador Titular del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Profesor Titular, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Buenos Aires.

² El presente trabajo contó con los aportes y comentarios de referentes a lo largo de la cadena farmacéutica entrevistados para la realización de este estudio. Las opiniones vertidas no necesariamente reflejan sus puntos de vista, y son de exclusiva responsabilidad del autor. El autor reconoce particularmente el apoyo recibido por la Carrera del Investigador del CONICET. Se agradece la colaboración de Alfredo Palacios en la elaboración de este documento. Correspondencia a danielmaceira@cedes.org

1- Introducción

El tránsito de los medicamentos desde su producción por parte de los laboratorios farmacéuticos hasta su uso por parte del consumidor, como en buena parte de cualquier otra industria, cuenta con una serie de mecanismos de intermediación. Estos mecanismos, a lo largo del tiempo, han ido complejizándose, de la mano del incremento en la variedad y escala de productos ofrecidos por el sector, lo que ha requerido de mayor profesionalización y diversificación de su estructura.

Particularmente, la naturaleza heterogénea de los perfiles epidemiológicos por área geográfica, la mayor o menor concentración de la oferta comercial de medicamentos en estos espacios, y la segmentación en los mecanismos de pago y protección financiera agregan mayor complejidad en el ámbito local. En él coexisten instituciones de seguridad social de carácter nacional (PAMI, Obras Sociales Nacionales), otras de igual índole en el ámbito específico de cada provincia (Obras Sociales Provinciales) y proveedores de seguros privados (prepagas).

Todas ellas actúan en paralelo con una oferta pública que abastece de medicamentos a sus instalaciones mediante mecanismos generalmente definidos por normas jurisdiccionales (compras mediante licitación pública para hospitales en las provincias), o a través de programas centralizados en el gobierno nacional, dentro de los cuales sobresale el Remediar+Redes, para el abastecimiento específico de botiquines de medicamentos al primer nivel de atención.

El diseño segmentado del sistema sanitario, no sólo se observa entre subsistemas públicos, de seguridad social y prepagas, sino también al interior del grupo de instituciones de seguro solidarias y privadas, las que ascienden en conjunto a unas trescientas cincuenta. Gran parte de ellas deben observar la diversidad geográfica mencionada para su toma de decisiones, dando lugar al surgimiento de espacios de negociación en precios, modos de descuento y pagos entre actores individuales y colectivos.

El presente trabajo propone iniciar una línea de análisis que permita abordar la morfología del sector distribuidor farmacéutico, concentrándose en los medicamentos éticos (expedidos bajo receta), donde el sistema público no interviene en su rol de comprador para la provisión de servicios en instalaciones propias. El abordaje propuesto incorpora una discusión de la literatura sobre procesos de integración vertical y restricciones verticales provista por la teoría de la organización industrial, a fin de brindar un marco teórico donde localizar el estudio del caso argentino.

La metodología de trabajo descansó en entrevistas en profundidad con representantes de gran parte de los sectores participantes de la cadena: laboratorios y cámaras de productores de diferente origen de capital y tamaño, droguerías, distribuidoras y mandatarias, farmacéuticos y representantes de la autoridad pública de fiscalización desde la seguridad social.

El objetivo final es brindar una descripción de la cadena de comercialización de medicamentos en Argentina, identificando las lógicas de funcionamiento sectorial y los

espacios vacantes de análisis ante escenarios cambiantes en varios de los eslabones de la cadena, desde la salida del laboratorio hasta la llegada a la red de comercialización en farmacias. Paralelamente, se intenta describir los criterios que originan los descuentos otorgados por el sistema de seguridad social en salud y las empresas de medicina prepaga a sus beneficiarios para reducir las barreras de acceso a los medicamentos a nivel local.

2. Motivación y Marco Teórico

El vector de precios en el sector farmacéutico refleja la intersección entre las necesidades de los usuarios para acceder a tratamientos que incluyen el consumo de medicamentos y la estructura de costos de producción, abastecimiento y comercialización sectorial. Como es sabido, la elección de los usuarios responde no sólo a la naturaleza del tratamiento médico, sino que también está corregida por mecanismos de lealtad a la marca y reputación de laboratorios y marcas que devienen en percepciones de calidad. Ellas orientan la compra más allá del precio, y frecuentemente se originan en recomendaciones médicas que inducen la demanda.

Más allá de estos argumentos, tradicionales en economía de la salud, otros dos elementos adicionales influyen en el funcionamiento sectorial farmacéutico. Uno de ellos hacia adentro de la cadena de comercio, que refiere a los eslabonamientos entre productor, distribuidor y comercio minorista, los cuales se vieron modificados durante las últimas décadas. El segundo se origina en los mecanismos de protección financiera en salud presentes en el país, y a los modos de negociar descuentos o condiciones de pago y cobro entre los diferentes eslabones de la cadena.

Para cada una de las dimensiones analizadas, se escoge un argumento central a partir del cual se organiza la búsqueda de información, se estudia críticamente la normativa y se avanza en el trabajo de campo. Posteriormente, ambos argumentos y hallazgos en el proceso de investigación serán incorporados a una mirada más amplia sobre el funcionamiento del sistema farmacéutico como un todo, procurando avanzar en un debate de política sanitaria y argumentos de acción desde el sector de comercio minorista.

Desde una perspectiva de teoría económica, los distintos eslabones de la cadena de producción, distribución y venta de productos farmacéuticos son vistos como integrantes de un proceso vertical donde el resultado de uno de ellos constituye el insumo del siguiente, teniendo al usuario como último actor de la misma.

La discusión sobre el concepto de integración vertical refiere al argumento planteado por Coase (1937) acerca de los límites de la firma. El autor observa que las empresas no necesariamente incluyen en su proceso productivo iguales tareas, y que el denominador común entre ellas, por tanto, no es el tipo de actividad desarrollada puertas adentro, incluso en aquellas que participan de una misma rama productiva. Por tanto, es la gestión de actividades más que su realización efectiva lo que define la estructura de una firma, donde es inherente la coordinación o nexo entre vínculos contractuales, formales

o informales. De allí que la unidad mínima de análisis en la teoría microeconómica deja de ser la empresa en sí, sino el contrato, siendo la firma definida como un nexo entre contratos.

Estos eslabones o nexos contractuales pueden vincularse mediante estructuras integradas en propiedad o en control (Grossman y Hart, 1986; Hart y Moore, 1990), donde los mecanismos de articulación, incentivos y modos de pago son resultantes de los requerimientos de las partes (en términos de calidad, oportunidad en la entrega, costos, etc.) como también de los poderes relativos de negociación de cada uno de los actores.

La nueva organización industrial, de este modo, deja de considerar con exclusividad a un proceso de integración vertical como un espacio que une, mediante desembolsos de capital, a dos instancias de una cadena productiva. Un vínculo vertical puede también asociarse con un proceso de integración si, en cambio, habiendo diferentes propiedades en el capital entre firmas, una de las partes cuenta con el control sobre la producción de la otra, más allá que compartan un espacio societario común. Así, la dependencia productiva y no el capital invertido, establece el espacio de integración.

Arreglos contractuales diferentes tienen impacto no sólo en la tasa de ganancia de cada uno de sus eslabones, sino en ocasiones también en el precio final enfrentado por el usuario. La literatura económica ha desarrollado durante años un marco teórico que habilita el análisis de estas estructuras de mercado, caracterizadas por falta de información perfecta, y generalmente asimétrica, entre actores (Hart y Holmstrom, 1986 y posteriores), donde la especificidad (en capital, en *know-how* del recurso humano, en locación geográfica) y la frecuencia de las operaciones coopera en la definición y las particularidades de los vínculos contractuales y sus costos de transacción (Williamson, 1985).

Ambas formas de vinculación comparten la idea de que una firma debería ser capaz de producir (o vender) de una manera más eficiente de la que lo hacen sus partes constituyentes actuando separadamente (Tirole, 1988). En este sentido, los motivos para la integración vertical pueden ser múltiples (Perry, 1989).

En primer lugar, la integración puede tener como objetivo aumentar el poder para definir precios en el mercado, al evitar la doble marginalización (entre el productor de insumos y el del producto final -aguas arriba-, o entre el fabricante y el comercializador -aguas abajo-). Ello podría eventualmente brindar mayor capacidad para discriminar precios en mercados mayoristas o en el de *retail*, lo que daría lugar al arbitraje entre minoristas de este producto. Alternativamente, la integración vertical aguas arriba proveería mayor control de costos, mediante la reducción de precios en bienes intermedios.

En segundo lugar, la firma y el tamaño de la misma pueden ser vistos como un medio para explotar sinergias productivas, y/o explotar potenciales economías de escala o de alcance, en el sentido de que mayores niveles de producción permiten la utilización de técnicas productivas más eficientes, con la consecuente reducción de costos unitarios. Estos aspectos no se limitan a los procesos productivos propiamente dichos, sino que

también incluyen a aquellos que lo acompañan, como es el caso de servicios de auditoría, marketing, finanzas, contabilidad, *back office*, ventas, monitoreo, etc. (Williamson, 1975).

En tercer lugar, la integración de una firma puede ser vista como una “relación de largo plazo”, estando asociada con inversiones específicas, reduciendo los costos de cambiar de proveedores de producto/servicio, o *switching cost* (Williamson, 1976). Como fuera mencionado, Williamson (1975) distingue dos tipos de especificidad: de ubicación y de inversiones específicas en capital humano. Mientras la primera está vinculada con la ganancia de realizar operaciones con un oferente o comprador cercano, provocando el ahorro de costos en transporte, la segunda está referida a los procesos de aprendizaje y al trabajo en equipo. Ambas facilitan reducir costos de producción, asegurar escala, calidad y aprovisionamiento.

Finalmente, la firma puede ser vista como un *contrato incompleto* (Holmstrom y Tirole, 1989), debido a la existencia de “costos de transacción” (Williamson, 1985). Los costos de transacción -a diferencia de los costos de producción- se encuentran asociados con el proceso de intercambio en sí mismo, como es el caso de la búsqueda y análisis de información, procesos de negociación, etc. Un contrato “completo” es aquel en el que todas las decisiones relevantes (transferencias, comercio, etc.) dependen de variables verificables, e incluye declaraciones explícitas de las partes (respecto a sus valuaciones, costos, etc.).

En los casos en que una firma productora “aguas arriba” posee poder de monopolio en un mercado y encarga su comercialización a una empresa distribuidora/comercializadora “aguas abajo”, la teoría económica la asocia a un esquema de “restricciones verticales”, donde la primera establece pautas de ventas, ya sea a mayoristas o minoristas, mediante un menú de opciones posibles. Ellas abarcan desde esquemas de precios (máximos, mínimos o fijos) para la venta al público, la definición de cupos de ventas por firma comercializadora, el establecimiento de representaciones exclusivas, el delineado de áreas de distribución para cada minorista dentro de una ciudad, hasta la fijación de canastas de productos definidas de antemano por el productor. Ello ocurre debido a que las estrategias de venta afectan el beneficio conjunto, por lo cual la firma *upstream* tiene incentivos a controlar las operaciones “aguas abajo” (Perry, 1989).

Varios de estos esquemas verticales pueden identificarse en la relación de producción y distribución del sector farmacéutico -depósito de medicamentos bajo condiciones específicas de refrigeración y escala, recepción de pedidos, facturación, distribución, cobro, manejo de inventarios-. Sin embargo, el mercado argentino presenta una serie de especificidades, dentro de las cuales se destaca la fragmentación del sistema de financiamiento en el consumo, que agrega nuevos actores en paralelo a la estructura productiva, adicionando una dimensión financiera acerca de quienes abonan por el consumo de fármacos.

De este modo, el sistema de protección financiera en salud, con su lógica propia de funcionamiento, interactúa con la esfera productiva del sector farmacéutico, dando lugar a intersecciones que afectan los poderes de negociación de cada actor, influyendo

a su vez en la capacidad de definir precios, descuentos y mecanismos de distribución de recursos.

En general, un mecanismo de protección financiera en salud tiene como objetivo reducir el riesgo de exposición económica de la población ante la probabilidad de una enfermedad o evento de salud. Ello se traduce en el pago o co-pago de los consumos del sector, que reducen el gasto directo de bolsillo de los hogares, evitando la presencia de erogaciones financieramente catastróficas para las familias (Lustig, 2001; Baeza et al., 2006; Knaul et al., 2012). Cualquier esquema de seguros opera bajo iguales condiciones, mediante el pago de primas o cuotas mensuales o periódicas, realizadas a través de descuentos en el salario o pagos voluntarios de los afiliados.

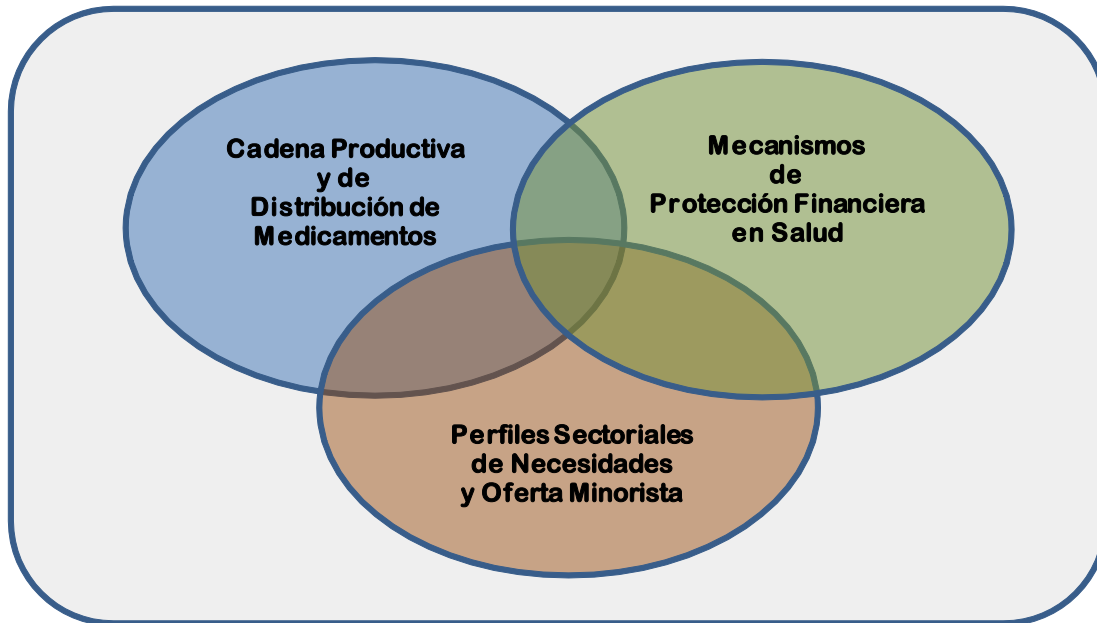
Estos mecanismos de protección financiera se muestran en diferentes formatos, pero descansan en tres ejes básicos (Maceira, 2001). Ellos son: presencia de un padrón definido de beneficiarios, el diseño de un plan de cobertura explícita de derechos, y la transferencia de recursos desde grupos poblacionales relativamente sanos a otros relativamente enfermos. Las modalidades sociales de aseguramiento incluyen un cuarto elemento: en base a un principio de equidad, la contribución al fondo de protección financiera se lleva a cabo en función de la capacidad de pago, mientras el consumo ocurre en base a la necesidad clínica o epidemiológica. En el caso de seguros privados o individuales, las transferencias de recursos entre beneficiarios sólo se verifican entre usuarios de distinto riesgo relativo.

Si bien la literatura sectorial y las recomendaciones de los organismos sanitarios internacionales (OMS, 2009) mencionan la necesidad de avanzar en modelos de cobertura universal de salud, la fragmentación es moneda corriente, fundamentalmente en países en desarrollo, y particularmente en la región latinoamericana, donde las brechas en la distribución del ingreso se cristalizan a través de múltiples fuentes de aseguramiento y prestación de servicios (Maceira, 2015).

El caso argentino no escapa a esta lógica segmentada. El alto nivel de cobertura formal en simultáneo con una multiplicidad de instituciones aseguradoras, expone al sistema a un amplio espacio de convenios y negociaciones acerca de cómo distribuir la carga financiera del gasto en farmacias. Si bien existe un cuerpo normativo emitido desde la Superintendencia de Servicios de Salud sobre las pautas de descuento uniformes en medicamentos para sus instituciones reguladas y las prestaciones asociadas a estos consumos (Programa Médico Obligatorio), los acuerdos bilaterales de co-financiamiento proponen mayor diversidad en la esfera financiera de funcionamiento de la cadena.

De este modo, tres estructuras superpuestas confluyen al momento de establecer las relaciones verticales en el sector farmacéutico. Por una parte, el mapeo de actores en la cadena productiva vertical de participantes sectoriales, desde el laboratorio farmacéutico hasta la farmacia que comercializa a nivel minorista los medicamentos. Por otra, la corriente financiera de descuentos y co-financiamientos, que se desprende de la interacción de estos actores con los fondos de protección financiera (obras sociales y prepagas). En tercer lugar, el espacio geográfico donde estos actores interactúan, con particularidades en términos de morfología del mercado minorista y su poder de

negociación relativa frente a los actores de una y otra estructura. Este espacio geográfico sujeta el perfil epidemiológico de la población con la oferta farmacéutica y sus vinculaciones con las esferas productivas y financieras.



3. Experiencia Internacional

La regulación estatal y las condiciones tecnológicas y de demanda en el mercado de medicamentos moldean tanto la estructura de la cadena de valor farmacéutica, como la conducta estratégica de cada uno de los actores participantes con sus pares y sus interlocutores aguas arriba y aguas abajo. Como resultante, esta interacción establece, por un lado, los resultados sanitarios del modelo de cadena utilizado (acceso, precios y cantidades vendidas), y por el otro, el modo de distribución de los costos y las ganancias de la operación sectorial, la que se encuentra, como en cualquier otro sector, sujeta a una puja distributiva que indica los poderes relativos de negociación de las partes.

La presente sección resume la literatura sobre casos europeos y americanos de distribución de medicamentos, de donde emergen dos modelos claros: el esquema tradicional de inventarios (*investment buying*) y el modelo logístico (más reciente, de aplicación en Estados Unidos, parte de Europa y Chile) de distribución pura, o *fee for service*, llamados en Argentina de “compra-venta” y de “entrega por operador logístico”, respectivamente. Ambos modelos son evaluados comparativamente a la luz de la teoría económica. También se incluyen algunos trabajos empíricos que exploran la dimensión contractual en las operaciones de la cadena, estudiando cómo impacta la integración vertical sobre decisiones de investigación y desarrollo o el desempeño del mercado retail.

El downstream farmacéutico europeo ha sufrido un fuerte proceso de concentración durante los últimos años. Tres grandes jugadores (la británica Alliance UniChem y las alemanas Celesio y Phoenix) detentan más del 60% de la distribución de medicamentos en la eurozona, totalizando ventas por un valor de 50.000 millones de euros. Estos gigantes de la industria surgieron como consecuencia de un proceso de integración horizontal, que comenzó con fusiones domésticas con firmas más pequeñas y siguió con adquisiciones en el extranjero. Además, han utilizado su holgura financiera para integrarse verticalmente en propiedad, tanto hacia abajo (erigiendo cadenas de farmacias en aquellos países donde éstas se permiten, o financiando farmacias donde esto no es posible) como hacia arriba (comprando laboratorios productores de genéricos).

Alrededor de tres cuartos de los medicamentos comercializados en Europa pasan por manos de las distribuidoras, que mayoritariamente concentran sus ventas en farmacias. En la mayoría de los países (entre los que se incluyen Francia, Alemania e Italia) las instituciones de salud se manejan con compras directas a los laboratorios (o eventualmente importaciones paralelas). El canal de venta por correo ha estado ganando dinamismo en los últimos años (en particular en Dinamarca, Alemania, los Países Bajos, Suecia, Suiza y el Reino Unido), no obstante se espera que su participación de mercado en los próximos años no supere el 5% del total dispensado en Europa.

La tendencia creciente en varios países es la modalidad de venta directa desde los laboratorios a las farmacias, así como modelos de intermediación mayorista reducida. Bajo el esquema de venta directa los laboratorios entregan sus productos a un conjunto de mayoristas que actúan en consignación y luego entregan los medicamentos a las farmacias, cobrando sólo por la logística. Dado que no poseen la propiedad del inventario, no pueden aplicar descuentos (una práctica común bajo el modelo tradicional). El esquema de intermediación mayorista reducida establece el uso de un conjunto limitado de mayoristas que, a diferencia del caso anterior, compran los productos y pueden ofrecer descuentos a los minoristas. Aunque el modelo tradicional de intermediación mayorista sigue siendo predominante, este nuevo modelo capta entre el 10% y el 20% del mercado.

Por su parte, la regulación de los márgenes a nivel mayorista y minorista es una práctica común en buena parte de la UE, sin embargo predomina la heterogeneidad en relación a la implementación. Los esquemas van desde márgenes fijos, de tipo regresivos (decrecientes según el valor del producto) y, dependiendo del país, diferenciados según tipo de medicamento (marcas o genéricos). A nivel mayorista los márgenes de comercialización se concentran alrededor del 4% al 8%, con valores mínimos del 2% y máximos del 24%. Para el nivel minorista, el rango se extiende entre 12% y 50% de margen. Sin embargo, los valores efectivos dependen de los descuentos otorgados por los diferentes niveles de la cadena, así como también de los descuentos compulsivos al sector público (no todos los países aplican este tipo de descuentos). La información en materia de descuentos voluntarios no es pública y, por lo tanto, la estimación de los márgenes efectivos presenta grandes dificultades.

Los cambios acontecidos en el sector farmacéutico han impactado en forma diversa a los diferentes actores relevantes (*stakeholders*), reduciendo el margen de ganancia de los mayoristas, dependiendo del marco regulatorio de cada país en materia de integración y régimen de propiedad. Sin embargo, se identifican tres grandes grupos de argumentos:

(a) El surgimiento de las cadenas minoristas de farmacias, que ha mermado el poder de negociación de los mayoristas en ciertos segmentos del mercado o países;

(b) Los desarrollos tecnológicos ahorradores de costos en logística y administración (tecnologías de la información), que han reducido las barreras de entrada al sector e incrementan las presiones competitivas. En países con regulaciones que limitan la integración, como España, Francia y Grecia, los farmacéuticos minoristas han creado cooperativas o grupos de compra conjunta de medicamentos para beneficiarse de los descuentos por cantidad.

(c) Adicionalmente, existe la posibilidad de redefinir el rol sanitario de las farmacias en relación a la promoción y prevención de enfermedades gracias a su cercanía con la población. En este sentido, las cadenas farmacéuticas minoristas se posicionan como principales beneficiarios potenciales gracias a su mayor tamaño y cobertura.

De acuerdo a la visión de Bünte et al. (2007), las tendencias actuales del segmento mayorista ponen en riesgo la rentabilidad del upstream farmacéutico debido a que la armonización regulatoria dentro del área europea favorece el proceso de concentración horizontal en la distribución de medicamentos. Por ejemplo, las últimas compras de la distribuidora alemana Phoenix incluyen otras distribuidoras líderes en Croacia y Eslovenia, reduciendo el poder de negociación de los laboratorios. Asimismo, el surgimiento de cadenas farmacéuticas, basadas en algunos casos en la relajación de las leyes locales que prohíben la propiedad y control de las farmacias, se orientan en la misma dirección. Finalmente, la integración vertical de los distribuidores aguas abajo podría favorecer la sustitución de medicamentos de marca de laboratorio por genéricos (de propia marca) en las farmacias. La firma Celesio, por caso, tiene una estrategia muy agresiva de penetración en el retail farmacéutico, controlando más de 1.850 farmacias en más de siete países.

Por su parte, Heinfeld (2012) identifica tres elementos clave que impactarán de lleno en la cadena de comercialización de medicamentos en los próximos años en el mercado estadounidense.

- Esquemas de pagos. En los últimos ocho años transcurrió un cambio drástico en el modelo de contratación entre laboratorios y distribuidoras mayoristas de medicamentos. El esquema anterior estaba caracterizado por la práctica del *forward buying*, en la que el mayorista adelantaba las compras de todo un año, asegurando precios, inventarios y permitiendo la oportunidad de brindar descuentos aguas abajo. A partir de un litigio en 2003 entre la fiscalía de Nueva Jersey y Bristol-Myers Squibb, los laboratorios adoptaron la política de restringir el volumen máximo de ventas a un mes de inventario por distribuidora (*inventory management agreements*, IMA). Posteriormente, en 2005, el gobierno federal observó el mecanismo de contabilidad de descuentos otorgados por laboratorios a distribuidoras, virando el sistema de contratación a uno de “*fee for service*”, en el que lo que se comercia es un servicio logístico y por tanto el laboratorio

es ahora el demandante de dicho servicio y quien efectiviza un pago a la distribuidora. Este esquema consiste en la determinación de un margen porcentual para cada laboratorio. Si bien en este modelo también hay incentivos para ofrecer descuentos logísticos por cantidad, este esquema permite que las distribuidoras tengan una demanda más estable y predecible, mitigando el riesgo y moderando los problemas crediticios en la cadena.

- Aspectos relacionados al canal de ventas. Los cambios en el ambiente regulatorio y en los mecanismos de compensación elevaron al límite la presión sobre los márgenes logísticos en la cadena, con lo cual se espera que cualquier shock de costos sobre estos eslabones sea trasladado enteramente aguas abajo.

- Aspectos relacionados a la fragmentación del mercado. Uno de los principales problemas que enfrenta la cadena es la proliferación de nuevos productos, algunos de los cuales requieren una red de distribución propia o separada. Los nuevos medicamentos terapéuticos y los genéticos también tienen exigencias de transporte y de almacenamiento que son muy superiores a los medicamentos convencionales, puesto que su vida en góndola puede ser mucho menor que los comunes, o incluso algunos deben contar con ciertas condiciones ambientales (cadena de frío y humedad) particulares. Estos nuevos desarrollos vienen de la mano de nuevos nichos. Por el contrario, Heinfeld reconoce que los medicamentos genéricos continúan la tendencia observada en los medicamentos OTC, en donde los consumidores ya no demandan un “producto de marca” de un laboratorio particular, sino que consumen ciertos “ingredientes activos” en una cadena de farmacias de confianza.

4. El Caso Argentino

Al igual que en el resto de los países considerados, la estructura de la cadena comercial y financiera desde la producción de medicamentos hasta su consumo en Argentina cuenta con una sucesión de actores interconectados. La misma se origina en los laboratorios comerciales, tanto nacionales como multinacionales, productores de marcas y similares, los cuales canalizan su producción a través de distribuidoras, principalmente, o mediante venta directa a droguerías y farmacias.

La participación de las distribuidoras se ha ido incrementando en el tiempo, principalmente durante los últimos veinte años, recibiendo para el 2014 aproximadamente un 80-85% del total del flujo comercial. El 15% restante, de acuerdo a las fuentes consultadas, se orienta a ventas directas a droguerías (9%) y farmacias (5%), sin pasar por distribuidoras.

A su vez, las distribuidoras se encargan de comercializar los medicamentos recibidos fundamentalmente hacia las droguerías, y en menor medida (aproximadamente un 10%), directamente hacia farmacias. De esto modo, las droguerías concentran la relación con el comercio minorista farmacéutico, con un porcentaje que fluctúa alrededor del 85% de las ventas totales.

Las distribuidoras nacen como un espacio de “*front office*” de algunos laboratorios localizados en el país, tanto de capital nacional como multinacional, entre las que se destacan Rofina, Farmanet, Disprofarma, y Global Farm, con más del 50% del mercado entre ellas. En algunos casos, estas empresas se constituyen a partir del capital aportado por los mismos laboratorios, individualmente o en conjunto de un grupo, y operan por cuenta de ellas y/o mediante la contratación de laboratorios no-socios. Sus estrategias comerciales son heterogéneas en términos de carteras de clientes, incorporación de productos de laboratorios no-socios en su operación, y capacidad de depósito y logística en la distribución de medicamentos.

Por su parte, y de acuerdo a las fuentes consultadas, existen aproximadamente unas 50 droguerías en todo el país, algunas de ellas muy tradicionales (Monroe, del Sud, Suizo Argentina-Barracas), en tanto otras son de menor escala e independientes, con pesos específicos propios en áreas geográficas definidas. Entre las primeras generan aproximadamente un 40% de las ventas totales a ese nivel de la cadena. El vínculo entre distribuidoras y droguerías se efectúa mediante pedidos directos u órdenes, haciéndose efectiva la operación a través de créditos que cada droguería tiene con la distribuidora, basada en el giro comercial y su historial de pagos, a diferencia de las ventas a farmacias, con las cuales las entregas se gestionan contra reembolso.

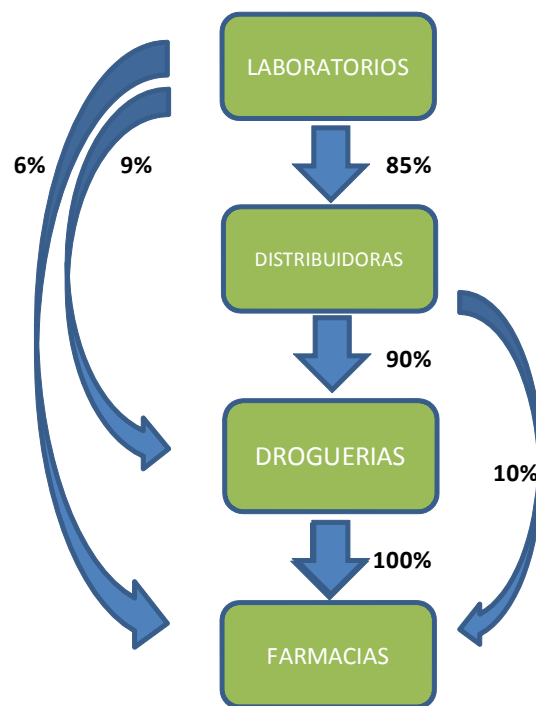
La diferencia entre distribuidoras y droguerías no sólo descansa en temas de propiedad o filiación societaria, sino también en cuanto a las funciones que desarrollan. Las primeras, por cuenta y orden de laboratorio organizan la logística y la gestión de venta de los productores, agregando tareas de depósito, control de inventario y administración, en tanto que las droguerías contribuyen con tareas de logística, ventas e incluso inventarios, aunque tienen un alcance minorista más amplio, jugando un papel significativo particularmente en áreas con gran cantidad de locales de ventas y/o espacios geográficos dispersos, con baja densidad de población, donde la atención personalizada es prioritaria, con ventas diarias en farmacias.

La principal fortaleza de las distribuidoras reside en estructurar los mecanismos de abastecimiento, la aplicación de las notas de crédito a laboratorios en base al procesamiento de recetas que entregan a las mandatarias (actores que presentaremos más adelante), y la gestión de cobros y pagos de cada laboratorio. Asimismo, y en la medida que se constituyen en grandes comparadoras de servicios logísticos (transporte, por ejemplo), se alcanza mayor eficacia en costos, y se constituyen en el punto de contacto de la industria con los mayoristas. En algunos casos, se incorporan actividades complementarias de apoyo, tales como cámaras de frío, acondicionamiento secundario (etiquetado), trazabilidad, re-empacado, re-estuchado, distribución de muestras médicas a los visitantes médicos, etc. En ocasiones se han desarrollado áreas de gestión de información, mediante la producción de reportes específicos sobre evolución de ventas y cobranzas.

Asimismo, las droguerías tienen la autorización de vender a hospitales y sanatorios, o incluso a otras droguerías (venta horizontal), transacción que no es permitida aguas abajo, a nivel de farmacia. Más allá de ello, en general los prestadores de servicios de

salud, prepagas y cadenas farmacéuticas acuden al distribuidor como fuente de aprovisionamiento.

Los mecanismos de pago a las distribuidoras se basan en un porcentaje sobre proyecciones de venta, las cuales en general no incluyen medicamentos especiales. Asimismo, los prestadores públicos de servicios de salud (hospitales, CAPS) y buena parte de los sanatorios privados no son clientes frecuentes de estas instituciones, gestionando sus compras directamente a laboratorios.



Si bien en otros países no existe la distribuidora como parte de la cadena farmacéutica, y su papel es cubierto por operadores logísticos y/o droguerías, en Argentina su presencia permitió, según la opinión de otros actores de la red aguas abajo, orientar la producción de los laboratorios y concentrarlas en espacios de depósito que, más allá de la política de ventas, fue conveniente para relacionarse mejor con la logística compleja de la droguería.

La droguería de reposición diaria siguió desarrollándose atomizadamente, para luego concentrarse y pasar de una o dos instituciones por ciudad a un grupo reducido, coordinando la logística con una amplia red de farmacias.

En todo caso, el argumento de escala constituye un elemento particularmente importante al momento de analizar el vínculo distribuidor-mayorista-farmacia, donde los

temas de control de stock en cada instancia es el factor crítico para lograr un abastecimiento adecuado a lo largo de la cadena. Ello cobra aún más protagonismo en momentos de inflación moderada y alta: el manejo de inventarios establece fuertes restricciones por parte de los farmacéuticos, que deben minimizar su stock, y por tanto requieren de atención eficaz por parte de las droguerías mayoristas. Ello tiene su contraparte en la administración de las droguerías, desde diferentes especificidades: ubicación geográfica de los depósitos, minimización de los tiempos de espera en el aprovisionamiento, fortaleza financiera, facilitador de variedad y cantidades adecuadas de una amplia gama de medicamentos, y contratos estables y financieramente sostenibles en términos de riesgo compartido entre ambos extremos de la transacción, a fin de sostener el canal de aprovisionamiento.

A diferencia del espacio aguas arriba (distribuidores y droguerías mayoristas), donde la cantidad de actores participantes es relativamente reducida, en el espacio de farmacias el número de competidores es particularmente elevado. Se estima para el 2014 la presencia de aproximadamente 12.500 locales de venta, una amplia mayoría de ellas constituidas por farmacéuticos o grupos de farmacéuticos independientes. Es observable la presencia de profesionales farmacéuticos con más de un local, como también, dependiendo de la provincia bajo análisis, el surgimiento de cadenas farmacéuticas concentradas en áreas geográficas específicas, o distribuidas en varias jurisdicciones del país. Dentro de este último grupo se destacan las pertenecientes a la red Farmacity, otras como Rp y Azul, o Doctor Ahorro, esta última especializada en productos similares. Asimismo, con localización regional se identifican Farmar en el Noreste argentino, o Maga, en la zona sur bonaerense, entre otras. En total, las farmacias de cadena constituyen, según las fuentes consultadas, aproximadamente el 10-12% del total de las farmacias, distribuidas diferencialmente de acuerdo a la norma (por ejemplo, en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y en Córdoba están autorizadas las farmacias de sociedades comerciales, en tanto que en Provincia de Buenos Aires y Santa Fe no se encuentran habilitadas a operar)³, aunque el promedio mensual de facturación sería superior al de las farmacias tradicionales.

Las farmacias escogen su droguería de abastecimiento en función de la cercanía geográfica y las condiciones de compra. Generalmente, la droguería ofrece ofertas o modos de traslado que benefician al vínculo entre ambos eslabones de la cadena, o brinda servicios especiales (software, crédito o stock inicial para abrir una farmacia). Si bien habitualmente una farmacia descansa en una sola droguería, ello puede alterarse por motivos asociados con el mantenimiento de stock o el aprovechamiento de ofertas de estación. Sin embargo, la aparición de la nota de crédito como parte del sistema de pagos de algunos esquemas de aseguramiento social (PAMI y otras obras sociales), produjo la necesidad de elegir el proveedor, generando dependencia hacia una sola droguería.

³ Para un análisis específico sobre presencia de farmacias de cadena, normativas provinciales y experiencias internacionales en esta materia, consultar Maceira (2015b).

Estos espacios de interacción no incluyen la gestión de medicamentos de alto costo, para lo cual se generan otros vínculos contractuales y diferentes mecanismos de distribución. Por caso, existen droguerías específicas para la distribución de tales medicamentos, con las cuales las farmacias no se vinculan, salvo en los casos que estas últimas se hagan cargo de la distribución a pacientes del entorno geográfico, o cuando existe una especialización del minorista en tales nichos de cuidado.

El cambio en las modalidades de contratación y financiamiento y el surgimiento de nuevos actores sectoriales, entre ellos las cadenas farmacéuticas, redefine algunos de los vínculos entre actores, y presentan presiones o demandas sobre aquellos existentes. Dentro de este marco, surge la discusión sobre el papel a desempeñar por las asociaciones profesionales. Entre ellos se identifican: la COFA (Confederación Farmacéutica Argentina), que reúne a colegios, círculos, federaciones y asociaciones de farmacéuticos provinciales, de la cual dependen unos 16.000 profesionales, ya sea desarrollando tareas en farmacias, hospitales, sanatorios, u otro prestador del sistema de salud (www.cofa.org.ar); la FACAF (Federación Argentina de Cámaras de Farmacias), institución federativa que nuclea a las instituciones civiles sin fines de lucro que agrupa a propietarios de farmacias (www.facaf.org.ar); la AFMSRA, Asociación de Farmacias Mutuales y Sindicales (www.afmsra.org), Y la FEFARA, Federación Farmacéutica (www.fefara.org.ar) entre otras.

Más allá de las temáticas sobre estructura de cadena farmacéutica y modos de contratación e integración vertical en control, el debate actual sobre el sector minorista específicamente aborda cuáles son los criterios que debe seguir una normativa a fin de facilitar un acceso eficaz y seguro a los medicamentos. Dentro del mismo, surgen argumentos sobre escala óptima de la farmacia, criterios para establecer (o no) territorios para la locación de locales farmacéuticos, y economías de escala y de especialización en el funcionamiento del comercio minorista de medicamentos.

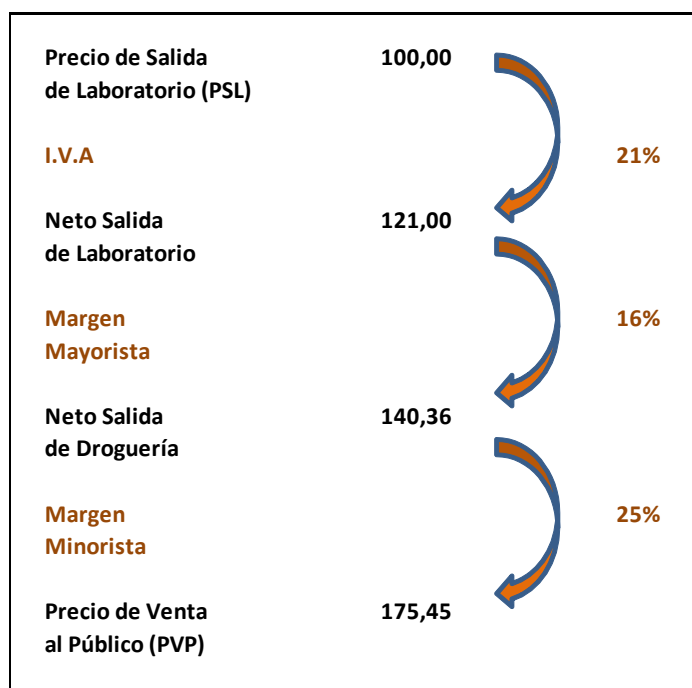
En los casos donde la provisión de medicamentos se hace en locales de cadena, el mecanismo de aprovisionamiento puede variar. A modo de ejemplo, y como fuera mencionado previamente, las cadenas pueden contar con droguerías propias que, según el tipo de medicamentos, compran directamente al distribuidor -mediante cuentas directas- y articulan sus inventarios entre sucursales mediante mecanismos internos de traslado y abastecimiento. Ello permite mantener el respeto a la norma, que requiere la presencia de una droguería como institución intermedia, aunque las mismas no son droguerías-de-servicio, por lo que no están autorizadas a operar por fuera de las fronteras de la firma. Este proceso de integración vertical en propiedad permite absorber la doble marginalización y organizar la logística intra-firma.

La operatoria entre actores de la cadena farmacéutica están sujetas a normativas emitidas desde el Congreso Nacional, y abarcan desde la producción e importación de medicamentos hasta la comercialización de los mismos. Entre ellas se encuentran las leyes 16.463 de agosto de 1964 sobre especialidades medicamentos, y modificatorias, y la ley 17.565 de diciembre de 1967 sobre ejercicio de la profesión farmacéutica, y modificatorias.

Dentro de este cuerpo normativo se han establecido márgenes de comercio a lo largo de la cadena, que se mantienen de larga data. El modelo toma como base el precio de salida de laboratorio, al que se le agrega el impuesto al valor agregado y sobre el cual se incorporan sucesivamente un 16% de margen mayorista y un 25% de margen minorista, dando lugar al PVP (precio de venta al público).

Sin embargo, sobre estos espacios de comercialización desarrollados previamente, se superpone una esfera financiera, que establece descuentos a usuarios y contribuciones al financiamiento sectorial donde participan tanto las instituciones de aseguramiento (obras sociales y prepagos) como los propios eslabones de la cadena.

MARGENES TEÓRICOS DE COMERCIALIZACIÓN



Más allá de esta estructura sectorial y de la normativa sobre márgenes de comercialización, existen modalidades de convenio que relacionan a los esquemas de aseguramiento social con la cadena farmacéutica. Esta interacción tiene su origen en la aplicación de la norma de la Superintendencia de Servicios de Salud, que define descuentos diferenciados a los beneficiarios del sistema de protección social en salud del país, y que facilita el acceso a medicamentos de la población con cobertura formal, los cuales se extienden a 40%, 70% y hasta 100% del precio de venta al público (PVP) en algunos casos, dependiendo de la clase terapéutica y la droga.

En la medida que el sector industrial farmacéutico y el de aseguramiento interactúan en la producción y el financiamiento, con un canal formal de distribución que cuenta con las farmacias como su último eslabón, se han desarrollado con el tiempo estructuras contractuales que generan un co-financiamiento de los subsidios al beneficiario. Ello

conlleva la definición de convenios individuales entre las cámaras farmacéuticas y de laboratorios, y las grandes instituciones de seguridad social. Se presume, a partir de la información provista por los informantes entrevistados, que aproximadamente un 60% de las transacciones en farmacias forman parte de esquemas definidos de convenios entre la seguridad social -principalmente el PAMI y algunas obras sociales provinciales-, la industria farmacéutica y la cadena minorista. Estos convenios son gerenciados desde empresas mandatarias, que alcanzan aproximadamente una veintena, más allá de otras de menor escala y con nichos de especialidades, que tienen a su cargo la articulación entre las partes.

En ocasiones, estas administradoras de convenios y mandatarias actúan por cuenta del sector productor, en tanto que en otros son independientes de las partes, constituyéndose en ocasiones en el “brazo negociador” de sus principales, incluso celebrando contratos con otras mandatarias. Dentro de este grupo de instituciones se encuentra Farmalink -con más del 40% del giro total de su grupo, y convenios con PAMI, grandes prepagas y obras sociales, así como Preserfar y Admifarm, entre otras, siendo las más representativas del sector. Su labor incluye el gerenciamiento de los convenios, así como el desarrollo de las tareas de gestión, liquidación y seguimiento de los acuerdos. Instituciones como FACAF, CAF o FEFARA, también administran convenios, más allá de su rol gremial.

En todos los casos, la función de las administradoras reside en identificar farmacias que formen parte de la red de distribución de los convenios entre laboratorios y obras sociales (las mandatarias usualmente cuentan con sus propias redes), siendo ante las farmacias la voz del financiador, dependiendo de las características de la institución intermediaria. Entre sus tareas pueden encontrarse el diseño del vademécum de productos, la definición de inclusiones y exclusiones, la administración de los padrones de afiliados y de médicos prescriptores, la recepción, procesamiento y auditoría de recetas.

Dentro de este convenio se aplican las reglas de “rebate” y las bonificaciones de farmacias. El primero, generalmente aplicado a productos ambulatorios para obras sociales y prepagas, es el descuento aplicado por los laboratorios a las obras sociales como parte del acuerdo de co-financiamiento, el cual se aplica al precio de venta al público del producto. El mismo se traduce, en ocasiones, a través de notas de crédito a favor de la farmacia vendedora del producto. Estas notas de crédito se cancelan en efectivo o en especie, contra pedidos futuros de compra de medicamentos, lo que lleva, en productos de alto descuento al usuario, a mayor riesgo de liquidez de la farmacia. El segundo, es la contribución -aportes/descuentos- de la farmacia por participar del esquema del convenio⁴.

A modo de ejemplo, un descuento del 40% al medicamento en farmacia implica un pago de bolsillo del paciente por el 60% remanente. Del primer 40%, el financiador acuerda

⁴ En Estados Unidos, el concepto de rebate cobra un sentido diferente, refiriéndose a descuentos contra garantía de participaciones de mercado sobre las ventas.

una absorción compartida de los riesgos financieros, cuya distribución se correlaciona con la capacidad de negociación (el poder de mercado) de cada uno de los tres actores intervinientes.

En promedio, la información recogida sugiere que aproximadamente entre un 6% y 9% lo absorbe la industria (el productor), un 20% la farmacia, y el resto la institución financiadora. Convenios con PAMI u otras instituciones de peso en el sistema argentino de gestión de fondos muestran menor participación en el esquema de riesgo compartido -con mayor aporte de laboratorios sobre cualquier producto ambulatorio-, del mismo modo que farmacias en zonas de menor concentración de bocas de venta de medicamentos reducen su aporte sobre el total (en Ciudad de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, el aporte farmacéutico es de 17%, disminuyendo a medida que se aleja de la capital del país, llegando en el norte argentino a 6-9%, y en algunos distritos al 0%). Estos acuerdos entre obras sociales y farmacias, gestionados a través de las mandatarias, se traducen en convenios específicos con los colegios farmacéuticos y de farmacias de cada jurisdicción, o con las mismas redes de farmacias organizadas por las mandatarias.

Para la ley 17.565, y modificatoria por la 26.657, los medicamentos deben expendirse a través de las farmacias, más allá de quien abona el producto, lo cual no es relevante desde la perspectiva normativa.

5. Discusión

Parte de las estructuras verticales discutidas en el marco teórico de la segunda sección son claramente observadas en el sistema de producción, distribución y consumo de medicamentos. Las tareas a lo largo de la cadena pueden especificarse para la situación bajo análisis, ya sea como espacios de especialización en depósito de medicamentos bajo condiciones de refrigeración y escala, recepción de pedidos, facturación, distribución, cobro, manejo de inventarios, etc. En ocasiones, estos esquemas de integración, tanto en propiedad o control mediante restricciones verticales se aplican incluso en condiciones de monopolio.

Sin embargo, la realidad sectorial en Argentina se enriquece y complejiza en la medida que:

- los espacios de comercialización minorista -las farmacias- son muy competitivos en número y con estructuras de propiedad y capacidad de almacenamiento de escalas diferentes,
- estos espacios asimismo ofrecen productos farmacéuticos correspondientes a diferentes laboratorios, lo que en principio reduce la probabilidad de control vertical,
- el nivel de competencia entre farmacias es muy variado, en función de la ubicación geográfica de las mismas, lo que también afecta su estrategia de abastecimiento,

- tal masividad de bocas de expendio genera la necesidad -y la obligatoriedad por norma- de contar con espacios de distribución mayorista (droguerías),
- estas droguerías, por su parte, establecen relaciones oligopólicas, con poder de negociación incluso aguas arriba, con laboratorios y sus distribuidoras,
- los diferentes poderes de negociación de las partes afectan los mecanismos de cofinanciamiento del sector, los cuales varían de acuerdo a los firmantes de cada convenio (obras sociales, colegios farmacéuticos, laboratorios).

De la revisión de literatura internacional, pueden extraerse experiencias que sirven para explicar el caso argentino. Por ejemplo, Vitale (2014) identifica dos modelos “polares” de distribución: el de mayoristas (*wholesalers*, droguerías, en el caso local) y el de distribuidores (*distributors*).

En el primer caso, los mayoristas son intermediarios que compran medicamentos -en cantidad- a los laboratorios y los revenden en menor cantidad al retail (o a una red mayorista menor, lo cual suele existir en países con grandes extensiones geográficas o dificultades logísticas). Los mayoristas asimismo pueden proveer otros servicios a los minoristas, como ser manejo de stock e inventarios, tratamiento de productos vencidos y apoyo en *back office* y almacenamiento de datos de clientes. Vitale identifica dos tipos de mayoristas: los *full-line* y los *short-line*, con los primeros operando en la totalidad del universo de medicamentos, mientras que los últimos se especializan en un nicho particular del mercado (generalmente los de mayor margen). Los *full-line* suelen competir en el nivel de servicio (frecuencia de reposición, asesoramiento personalizado, servicios adicionales de manejo de stock, etc.) mientras que los *short-line* compiten en precio en un segmento determinado del mercado, ofreciendo importantes descuentos en una línea acotada de productos.

Los mayoristas asumen el riesgo por las drogas que compran negociado con los laboratorios, que no guardan interacción alguna con farmacias y hospitales; y acuerdan con los minoristas el precio de venta, con lo cual el margen mayorista es el diferencial de ambos precios, que depende obviamente de: a) el poder de negociación del mayorista versus el de los laboratorios y el de la demanda minorista, b) la estructura de costos del mayorista y c) la elasticidad de la demanda.

Vitale también reconoce que la búsqueda de eficiencias productivas y el aprovechamiento de las economías de escala (en infraestructura de almacenamiento, mantenimiento electrónico de registros y sistematización de pedidos y órdenes) han dado lugar a un proceso de concentración en este segmento de la industria, lo cual ha provocado en algunos países reacciones estratégicas de parte de los laboratorios, que integraron sus operaciones de manejo de stocks y planificación de demanda, y ahora venden directamente a los minoristas.

Como consecuencia, los mayoristas se vuelven menos relevantes y la logística ahora es encargada a empresas de distribución, quienes cobran un “fee for service” por trasladar mercadería de un punto a otro, sin ningún tipo de relación comercial ni financiera con los minoristas. La primera consecuencia fue que la distribuidora conviene las frecuencias

de los servicios con los laboratorios y no con las farmacias. Estos distribuidores pueden contratar de forma independiente con varios laboratorios, o tener exclusividad para determinados productos de un/os laboratorio/s. Incluso pueden existir casos de integración vertical entre un laboratorio y una distribuidora. Esto tiene implicancias competitivas aguas abajo.

Estos esquemas afectan la capacidad de negociación de las farmacias, cuyas opciones de compra varían con el grado de exclusividad del distribuidor. En el caso extremo de único distribuidor, el poder de negociación de las farmacias es mínimo, al igual que en el caso de la integración vertical. Los laboratorios argumentan que existen razones de eficiencia intra-firma detrás de la integración vertical, a lo que puede incluirse un espacio de mayor poder frente a mayoristas y farmacias. Ello potencialmente genera incentivos por parte de las farmacias a “cartelizarse” a fin de concentrar el poder de compra y mejorar las condiciones de negociación.

Sin embargo, estos modelos quedan sujetos a la norma regulatoria que identifica la cantidad de farmacias de venta directa al público, su ubicación geográfica, como también la posibilidad de establecer o no cadenas farmacéuticas. Incluso, en algunos países la presencia de establecimientos mayoristas es indicada como parte integrante obligatoria de la cadena. Sus detractores consideran que aumenta el costo de intermediación en el funcionamiento de la cadena vertical de comercialización, en tanto que otros le asignan un papel significativo en la distribución: por un lado, reducen el riesgo de exposición de las farmacias a estructuras monopólicas aguas arriba, en tanto otros argumentan que facilita el acceso en espacios geográficos amplios con población dispersa.

Ambas estructuras coexisten en el caso argentino, a lo cual se le agrega otro elemento que incorpora presión a la cadena farmacéutica: la necesidad de administración simultánea de un número elevado de contratos con laboratorios y mayoristas, derivadas de los contratos de exclusividad, agregando complejidad financiera a la administración del retail.

6. Conclusiones y Debate

La realización de este trabajo permite, mediante un planteo teórico surgido del cuerpo de la teoría de la organización industrial, examinar la cadena farmacéutica argentina y compararla con aquellas prevalecientes en otros países del mundo. Si bien existen particularidades institucionales y normativas, el documento muestra amplios paralelos con las temáticas y estrategias llevadas a cabo por los actores en otras latitudes.

Asimismo, el artículo resalta que los resultantes del modelo de producción, distribución y venta en el sector farmacéutico argentino descansan en la interacción de tres esferas: la propia del funcionamiento vertical en comercialización, aquella surgida de estructuras múltiples de financiamiento de medicamentos, sujeto a norma, y de la morfología de los mercados jurisdiccionales, que aumentan o disminuyen los poderes relativos de negociación de las partes participantes.

El trabajo necesariamente avanza en un campo donde la asimetría de información abunda, lo que afecta el mismo proceso de construcción del documento: la lectura de cada actor es parcial, sujeta a conjeturas y percepciones específicas sobre sí mismo y el resto de los participantes sectoriales, lo que es tomado como insumo para el desarrollo del proceso de investigación. Por ello, el trabajo sólo procura establecer lineamientos generales sobre el modo de funcionamiento del mercado, fundamentalmente descriptivo, ofreciendo en la literatura teórica y en la comparación internacional algunas herramientas para la discusión de política. En todo caso, la evolución de la estructura sectorial claramente refleja comportamientos y respuestas racionales desde la perspectiva económica ante los incentivos generados por las partes, principalmente orientados a lograr mayor eficacia operativa.

A partir de una serie de encuestas realizadas a los diferentes actores del mercado, el trabajo presenta cuáles son las percepciones de cada uno de ellos en relación a sus contribuciones en el marco de los cambios ocurridos y las políticas relacionadas a los márgenes de distribución.

En primer lugar, los laboratorios reconocen la importancia de la contribución del sector mayorista para asegurar el acceso y disponibilidad de los medicamentos, sin embargo, argumentan que la remuneración que reciben a cambio es desafiante. Este tipo de percepción da sustento a sus iniciativas de establecer sus propias redes de distribución.

En segundo lugar, los mayoristas -cuya operatoria se basa en grandes volúmenes y relativos bajos márgenes- sienten que sus ingresos se ven disminuidos por la mayor competencia.

Por otro lado, los farmacéuticos perciben que el sistema les exige mayor estructura operativa a la vez que subsidian en forma cruzada al segmento de medicamentos de venta bajo receta, asumiendo riesgos financieros a medida que aumentan los mecanismos de protección social. Asimismo, este grupo se encuentra expuesto a cambios en su poder de negociación con los distribuidores mayoristas, aunque el signo de tal variación depende del grado de penetración en su segmento de las modalidades de venta directa, y la magnitud del incremento de los costos asociados a la búsqueda de productos.

El surgimiento de nuevos actores en el comercio minorista aumenta la competencia y la necesidad de reorientar las estrategias de las farmacias tradicionales a modalidades de nicho, ponderando la atención personalizada.

Las instituciones de seguridad social se ven afectadas por los costos de distribución, la incorporación de nuevos medicamentos a los vademecums médicos, lo que impulsa conductas de co-financiamiento y arreglos institucionales que permitan reducir los costos de las políticas de descuentos que define la norma. Ello en el mediano plazo impulsará iniciativas más definidas de genéricos o de negociación de precios con los laboratorios, especialmente en el tratamiento de enfermedades crónicas.

Por sobre todo, las políticas de trazabilidad impactan sobre la cadena en su conjunto - desde el financiador hasta la farmacia-, incrementando costos operativos aunque también brindando mayor calidad y eficacia al funcionamiento sectorial.

Finalmente, la presión competitiva en la cadena de distribución es clave para garantizar la eficiencia del sector, ya sea mediante fusiones horizontales entre los participantes del retail o también integración de tipo vertical. Otro signo de la presión competitiva surge de la reconsideración del rol del segmento minorista, que deberá buscar cada vez más diversificar su oferta y expandir el horizonte de servicios.

De esta manera, las farmacias cobrarían un rol más activo, lanzando campañas de promoción de la salud, de monitoreo o de “*clinical governance*”. Se espera que este rol cobre relevancia en el futuro, dado que las farmacias enfrentarán consumidores exigentes, buscando opciones más costo-efectivas de un menú de alternativas terapéuticas equivalentes.

Referencias

- Baeza, C. y T.Packard (2006) "Beyond Survival. Protecting Households from health shocks in Latin America. Washington, Standford University Press - The World Bank.
- Boccanera, G. (2014) "Evolución del mercado de medicamentos en los últimos 15 años. El caso de los convenios entre laboratorios y financiadores", Jornadas FEFARA. Potrero de Funes, San Luis, Argentina. mimeo.
- Bünthe, M., Ehrhardt, M., Sawaya, O. (2007). „Getting to Grips with the Supply Chain: How Pharmaceutical Companies can Enhance Patient Safety and Protect Revenues by Increasing Their Control of Drug Distribution". Booz Allen Hamilton.
- Caillaud, B., & Rey, P. (1986). "A note on vertical restraints with the provision of distribution services". Mimeo. MIT.
- Coase, R. H. (1937). "The nature of the firm". *Economica*, 4(16), 386-405.
- Dayan, D. (1972). "Vertical integration and monopoly regulation". Princeton University.
- Grossman, S. J., & Hart, O. D. (1986). "The costs and benefits of ownership: A theory of vertical and lateral integration". *The Journal of Political Economy*, 691-719.
- Hart, O., & Holmström, B. (1986). "The theory of contracts". Department of Economics, Massachusetts Institute of Technology.
- Hart, O., & Moore, J. (1990). "Property Rights and the Nature of the Firm". *Journal of political economy*, 1119-1158.
- Handfield, R. (2012). "Biopharmaceutical Supply Chains: Distribution, Regulatory, Systems and Structural Changes Ahead". CRC Press.
- Holmstrom, B., & Tirole, J. (1989). "The theory of the firm." *The Handbook of Industrial Organization*, 1(1), 61-133, Bresnahan & Willig Eds. North Holland.
- Knaul, F. Wong, R.; Arreola-Ornelas, H. (2012) "Financing Health in Latin America, Volume 1: Household Spending and Impoverishment Global Health and Equity", Global Equity Initiative, Harvard University.
- Lustig, N (2001) "Shielding the poor. Social protection in the Developing World. Washington DC, Brookings Institute Press.
- Maceira, D. (2001) "Dimensiones Horizontal y Vertical en el Aseguramiento Social en Salud de América Latina y el Caribe". Iniciativa Latinoamericana para la Reforma del Sector Salud (HSPH, FPMD, PHR, PAHO, USAID), no.2.
- Maceira, D. (2015) "Cuadrantes de Análisis en los Sistemas de Salud de América Latina", Documento de Trabajo no.122. Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires.
- Maceira, D. (2015b) "Regulación del Comercio Minorista de Medicamentos en Argentina. Un Análisis de Diferencias entre Modelos de Mercado", mimeo.
- Organizacion Mundial de la Salud (2009) "¿Piensa implantar un seguro social de salud? Diez preguntas. Doetinchem, O., Carrin, G. y Evans, T.

- Perry, M. K. (1989). "Vertical integration: determinants and effects." The Handbook of Industrial Organization, 1(4), 183-255, Bresnahan & Willig Eds. North Holland.
- Spengler, J. J. (1950). "Vertical integration and antitrust policy". The Journal of Political Economy, 347-352.
- Tirole, J. (1988). "The theory of industrial organization". MIT press.
- Vitale, C. (2014). "Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals". Background Note by the Secretariat. ECD Global Forum on Competition.
- Williamson, O. E. (1975). "Markets and Hierarchies". New York Press.
- Williamson, O. E. (1976)" Franchise bidding for natural monopolies-in general and with respect to CATV". The Bell Journal of Economics, 73-104.
- Williamson, O. (1989) "Las Instituciones Económicas del Capitalismo". Fondo de Cultura Económica.