

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE ECONOMÍA

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ECONOMISTA

DETERMINANTES DE LA EVOLUCIÓN DE LAS CADENAS DE FARMACIAS EN
DETRIMENTO DE LAS FARMACIAS INDEPENDIENTES, EN EL SECTOR
FARMACÉUTICO DEL ECUADOR, PERÍODO 2001 - 2014

OSCAR MARCELO MONTES TEJADA

academmico@hotmail.com

DIRECTOR: Ec. Carlos Andrade Herrera

cjandrade@bce.ec

Quito, Junio de 2015

Resumen

Se ha revisado desde sus orígenes, la composición del mercado de farmacias en el Ecuador, el estudio profundiza su análisis en el período 2001-2014, el mismo que coincide, con la aparición a gran escala de un mercado paralelo de franquicias de farmacias asociadas a los grandes distribuidores farmacéuticos del país, quienes orientaron su esfuerzos a captar un mercado originalmente ajeno a sus intereses, en el transcurso de este proceso se provocan grandes cambios dentro del manejo de la industria farmacéutica, que llaman la atención del Gobierno Nacional y decide intervenir activamente, para regular el funcionamiento del Sector Farmacéutico. El estudio analizó la nueva composición del mercado de farmacias, determinando la composición por canal de venta y por región del país, el grado de ingerencia de los Distribuidores Farmacéuticos con sus cadenas de farmacias, en el mercado local y la situación actual de las farmacias independientes que van perdiendo terreno, frente a las cadenas, de igual manera, en el estudio se describieron los cambios regulatorios y la forma como el Gobierno Nacional ha decidido intervenir, en su intento por modificar la tendencia actual del mercado. Los resultados obtenidos, han demostrado que el actual mercado de farmacias, se asemeja a un Oligopolio, dominado por 3 oferentes y que las farmacias independientes van perdiendo poder participativo y aunque los cambios regulatorios recién se implementarán en el año 2015, el estudio realizó una perspectiva de la aplicación de cada uno de estos cambios.

Palabras Clave: Mercado de farmacias, Cadena de farmacias, Distribuidores farmacéuticos, Oligopolio, Cambios regulatorios.

*A mis tíos, Aníbal y Pola por haberme brindado
un hogar y un ejemplo de vida.*

Agradezco a mi esposa e hija por su comprensión y apoyo durante toda mi carrera.

Determinantes de la Evolución de las cadenas de Farmacias, en detrimento de las Farmacias Independientes, dentro del Sector Farmacéutico del Ecuador, período 2001-2014

Resumen	2
Introducción	8
Pregunta General	11
Objetivos	11
Objetivo General	11
Objetivos Específicos	11
Preguntas Específicas	11
Metodología de Estudio	
Tipo de Investigación	12
Fuentes de Investigación	13
Delimitación de la Investigación	13
Variables e Indicadores	14
Técnicas de Investigación	14
Procedimiento	14
Fundamentación Teórica	
Preámbulo	17
Competencia Perfecta	17
La Competencia perfecta como prototipo de la eficiencia social	18
Los fallos del mercado y el papel del Estado	18
Mercados Imperfectos	19
Monopolio	20
Oligopolio	24
El Modelo Oligopólico de Cournot	26
Tipos de Oligopolio	27
Farmacoeconomía	28
El mercado de farmacias en el Ecuador	
Origen	30
Época Prehispánica	30
Albores del mercado de farmacias en el Ecuador	30
Crecimiento del mercado de farmacias en el Ecuador (1610-1900)	31
Las primeras boticas en Quito	31
Las primeas boticas en Guayaquil	33
Las primeras boticas en Cuenca	35
Desarrollo exponencial del mercado de farmacias independientes (1900-1990)	36
Situación actual del mercado de farmacias en el Ecuador	37
Ventas por provincia y por tipo de mercado	39
Factores que propiciaron la creación de las cadenas de farmacias y la generación de un mercado paralelo de franquicias	

El surgimiento de los grandes distribuidores farmacéuticos	40
Distribuidora Farmacéutica Ecuatoriana (DIFARE)	41
Farmacias y comisaratos de medicinas del Ecuador (FARCOMED)	45
Farmaenlace	49
Quifatex	51
Leterago	52
Ranking de distribuidores farmacéuticos al año 2014	54
Grandes distribuidoras de fármacos, generan un mercado paralelo de franquicias	55
Impacto en el sector farmacéutico de las reformas instauradas al entorno legal en el año 2014	
Antecedentes y entorno	68
Nuevo reglamento para la fijación de precios. (Decreto 400)	69
Aplicación en la práctica del decreto 400	73
Reforma para comercializar medicamentos genéricos (Decreto 522)	74
Aplicación en la práctica del decreto 522	77
Manual de buenas prácticas comerciales para los establecimientos farmacéuticos	78
Aplicación en la práctica del nuevo código de ética	84
Vigencia de las salvaguardias	85
Resumen situacional de cambios regulatorios	86
Conclusiones y recomendaciones	
Conclusiones	87
Recomendaciones	90
Anexos	92
Referencia Bibliográfica	95
Índice de gráficos	
Gráfico 1: Curva de demanda de una empresa perfectamente competitiva	20
Gráfico 2: Curva de demanda en monopolio	21
Gráfico 3: Curva de ingreso total en monopolio	22
Gráfico 4: Curva de ingreso en situación de competencia perfecta	22
Gráfico 5: Niveles de producción en monopolio	23
Gráfico 6: Ingreso y costo marginal en monopolio	24
Gráfico 7 El oligopolio de Cournot	26
Gráfico 8: Ventas de la Industria Farmacéutica por canal (Diciembre - 2014)	38
Gráfico 9: Tendencia de compra de medicinas en las Farmacias(Diciembre- 2014)	39
Gráfico 10: Causas de la compra sin receta médica en las farmacias Diciembre-2014	39
Gráfico 11: Ventas porcentuales por provincia y por tipo de mercado	40
Gráfico 12: Ranking de ventas porcentuales en valores por distribuidor	54
Gráfico 13: Ranking de ventas porcentuales en unidades por distribuidor	55
Gráfico 14: Evolución total de farmacias 2001-2014	59
Gráfico 15: Crecimiento de farmacias asociadas a cadenas (2001-2014)	61
Gráfico 16: Decrecimiento de farmacias independientes (2001-2014)	62

Gráfico 17: Ventas porcentuales en valores entre cadenas y farmacias Independientes (Diciembre-2014)	63
Gráfico 18: Ventas porcentuales en unidades, entre cadenas y farmacias Independientes (Diciembre-2014)	64
Gráfico 19: Relación de venta en valores de la Región Costa, entre cadenas y farmacias Independientes (Diciembre-2014)	64
Gráfico 20: Relación de venta en valores de la Región Austro, entre cadenas y farmacias Independientes (Diciembre-2014)	65
Gráfico 21: Relación de venta en valores de la Región Sierra, entre cadenas y farmacias Independientes (Diciembre-2014)	66
Gráfico 22: Establecimientos Farmacéuticos integrados en forma vertical	79
Gráfico 23: Matriz de Reformas Regulatorias (Año 2014)	86

INDICE DE CUADROS

Cuadro 2: Número de farmacias por filiación (Año 2014)	59
Cuadro 3: Crecimiento del mercado de farmacias, contrastado con la explosión Demográfica en el Ecuador (Años 2001-2014)	60
Cuadro 4: Habitantes por farmacia en países latinoamericanos (Junio - 2014)	80
Cuadro 5: Formato para proveedores de establecimientos farmacéuticos	84

Introducción

La Economía es la ciencia que se ocupa del estudio de la asignación de recursos con el objeto de maximizar el bienestar social, cuando se habla de bienestar social, uno de los pilares básicos de este bienestar, hace relación a los temas ligados al sector de la salud y dentro de este sector la industria farmacéutica juega un rol fundamental dentro de la distribución de fármacos hacia los diferentes estratos de la sociedad, según (EUMED, 2011) los conceptos económicos de demanda, oferta, producción, distribución, equidad, adoptan un sentido especial, cuando se refieren a temas relacionados con la salud de los seres humanos. La teoría económica describe de forma matemática la situación de equilibrio de un mercado determinado de bienes y servicios, pero algunas situaciones en las cuáles los economistas, llamarían óptimos en términos de eficacia, relacionadas con un bien específico, serían consideradas, socialmente inaceptables cuando se refieren en términos de salud, por esta razón el desarrollo de medicamentos y el acceso a los mismos, ocupan un papel trascendental en la Economía y es la industria farmacéutica a través de sus varios canales, la que tiene el control dentro de un país de que producir, como producir y para quien producir, controlando en buena medida los canales de oferta y demanda y regulando directamente los precios de los fármacos.

Según la Comisión de Desarrollo de la Industria Farmacéutica de la Unión Europea (2008), el sector farmacéutico es vital para la salud de los ciudadanos de Europa, que necesitan tener acceso a medicamentos, seguros, innovadores y asequibles, la innovación es de crucial importancia para el sector farmacéutico, al mismo tiempo la industria farmacéutica está experimentando cambios importantes, ya que varios medicamentos que suponen “superventas”¹, han dejado de estar protegidos por los derechos de patente pues en los últimos cuarenta años las patentes han pasado de tener 18 años de protección, a 12 años y finalmente a 6 años, lo cual supone que la Industria pueda desarrollar con mayor facilidad un mercado paralelo de medicamentos genéricos, beneficiados por la falta de protección de patentes de los medicamentos originales, por esta razón muchas farmacéuticas han dejado de invertir en el desarrollo de nuevos productos, ya que resulta poco rentable competir con el precio de los genéricos, según el informe sectorial de la evaluación del sector farmacéutico de la Comisión de la Unión Europea (2008), resulta fundamental realizar un análisis, exhaustivo, comparativo y a gran escala del mercado de fármacos en la UE, los ámbitos de investigación deben incluir las cadenas de distribución, las tendencias de acceso a los medicamentos y el gasto en innovación de las farmacéuticas de investigación y desarrollo.

En los países de Latinoamérica (países en vías de desarrollo), la situación es diferente a la descrita en Europa, ya que al no tener farmacéuticas de investigación y desarrollo, la captación del mercado se ha dividido entre los genéricos de marca y el mercado de genéricos propiamente dicho, además conjuntamente con Brasil, Rusia, China e India el mercado latinoamericano ha sido considerado como un “mercado emergente”² para la venta de fármacos y esta es la razón por la cual las grandes farmacéuticas han volcado su atención a esta zona del mundo (El Espectador, 22-marzo-2013).

En los países desarrollados, el sistema de asistencia médica para la población en general tiene un mayor grado de apertura y en lo que al acceso de medicinas se refiere por parte de las farmacias,

¹ Dentro del sector farmacéutico se conoce como “super-venta” a aquella, que superan los 1.000 millones de dólares al año.

² Término utilizado en la Industria Farmacéutica para ubicar los mercados alternativos de inversión.

estas están reguladas de tal manera que todos los Fármacos Éticos³, se despachan obligatoriamente presentando una prescripción médica, quedando para la venta libre única y exclusivamente los productos OTC⁴.

En el Ecuador, tomando en cuenta que no todos los enfermos tienen los recursos suficientes para asistir a una consulta médica especializada, según la Lcda. Hipatía Yáñez⁵, todavía se maneja la figura de la automedicación y también se observa al dependiente de farmacias sugiriendo la compra de tal o cual medicina, visto de esta manera, en los países en vías de desarrollo, el negocio destinado al expendio de medicinas para consumo humano, llevado a cabo por las farmacias privadas, tiene un alcance mucho más profundo y complejo que el de un simple lugar de compra y venta de medicina, de todas formas y como quiera que se lo vea según la consultora IMS HEALTH (2014), demuestra que Ecuador, presenta desde el año 2001 hasta el año 2014 crecimientos superiores al 10% anual en promedio, en lo que a ventas de la industria farmacéutica se refiere, ubicando el crecimiento de esta industria como una de las más dinámicas en la región, actualmente en Ecuador, la industria farmacéutica factura 1.318 millones de dólares (Análisis MAT 2015, IMS HEALTH).

Según Fausto Jaramillo⁶, en el Ecuador el desarrollo de la industria farmacéutica, está determinado por la gran acogida de los genéricos de marca (un genérico copiado de una molécula original, con una marca novedosa), algunos de los cuales tienen precios muy superiores a los que despeja el mercado, dejando un espacio importante para el desarrollo de los genéricos tradicionales (un genérico copiado de una molécula original pero con el nombre original de la sustancia de la cual se copia), al mismo tiempo los canales de distribución de fármacos están siendo monopolizados por las grandes distribuidoras de fármacos, que han desarrollado cadenas propias de farmacias, desplazando a las farmacias independientes que poco a poco empiezan a extinguirse del mercado.

En Sudamérica el único país que presenta un caso similar al que estamos presenciando en Ecuador, referente a que pocas empresas monopolicen el mercado de farmacias es el caso chileno, en donde 3 grandes empresas han conformado un oligopolio de oferentes y a pesar de que en el año 2008, el caso fue sancionado por actos colusorios, lo cierto es que actualmente miles de chilenos, mueren anualmente por no poder costear sus medicinas (HispanTV, 12-marzo-2015).

El estudio desarrollado tiene el carácter de exploratorio, pues se trata de una investigación novedosa en el ámbito farmacéutico, incluso dentro de la facultad de economía de la PUCE, no existe ningún trabajo relacionado, por esta razón en varios acápite, la referencia consignada, corresponde a fuente de primera mano, recabada a través de entrevistas con los propios actores del negocio farmacéutico en el país, pues no existe una referencia bibliográfica que explique a profundidad la evolución del problema propuesto, es así como, el presente trabajo contiene en su primer capítulo, un recuento histórico de las primeras boticas fundadas en el país, ya que para abordar el tema y conocer la estructura del mercado de farmacias en el Ecuador, resulta indispensable, conocer a profundidad la historia y la génesis de este mercado, al respecto el único libro fuente, que resume al

³ Se entiende por Fármaco Ético a todo aquel que para ser consumido, requiere obligatoriamente de una prescripción médica avalada y certificada por un profesional de la salud, en este caso un médico titulado.

⁴ Se conoce por las siglas OTC (Over the Counter), a todos aquellos medicamentos que pueden ser consumidos sin necesidad de presentar una prescripción médica, es decir son de venta libre.

⁵ Reseña de la entrevista realizada, al Jefe del Área de Farmacias del Hospital del Seguro Social de la ciudad de Quito, ver el formato de entrevista en sección anexos.

⁶ Reseña de la entrevista realizada a Fausto Jaramillo Proaño, ex Gerente General de Acromax y Genéricos Nacionales S.A, ver el formato de entrevista en sección anexos.

detalle toda la actividad boticaria, desde la época colonial, hasta 1952 es el libro del Dr. Jose Muñoz, el cual soporta buena parte del primer capítulo, detallando el surgimiento de las primeras boticas en las principales ciudades, se hace un repaso de la forma como en las distintas épocas, los cambios relacionados al manejo de las boticas, estuvieron directamente relacionados, a regulaciones del cabildo, de los municipios y de los gobiernos de turno, confirmando que desde su nacimiento las farmacias en Ecuador, fueron objeto de regulaciones, ya que siempre estuvieron ligadas directamente a la salud de las personas y su importancia fue relevante, de igual manera en este primer capítulo, se detalla como las boticas cambian su razón social de boticas a farmacias y como las principales farmacias del país, estuvieron ligadas a familias y personajes influyentes de sus respectivas ciudades, el primer capítulo termina demostrando que el 73% de las medicinas que se venden en el país, se canalizan a través de farmacias privadas, confirmando la importancia de este canal en el Sector Farmacéutico, dejando el restante 27% a Hospitales, Instituciones, supermercados y otros canales de venta que no pertenecen propiamente a una farmacia, además analiza el porcentaje de medicinas que se venden por receta médica (29%), comparado contra el porcentaje restante que se vende directamente en el mostrador de la farmacia, es decir sin receta médica (71%), al mismo tiempo analiza la composición de ese 71%, detallando las causas por las cuales se venden medicinas sin recetas en las farmacias, dejando en manos de personas empíricas, la delicada misión de prescribir una medicina que a la postre puede mejorar o empeorar la calidad de vida de un paciente, en este capítulo también se analizan las ventas por provincia, comparando la población de cada una de ellas y comparando al mismo tiempo, el porcentaje de medicinas que se venden por el mercado informal (sin receta) y por el mercado ético (con receta), de esta forma el primer capítulo concluye demostrando cual es la tendencia de compra en cada una de las principales provincias del país, determinando la capacidad de compra de cada región y la informalidad de cada una de ellas de acuerdo a la participación porcentual de las variables analizadas.

Es importante resaltar, que toda la información estadística relacionada a la composición del primer capítulo y buena parte del segundo capítulo, ha sido recabada directamente de la compañía IMS Health, que es una compañía de análisis numérico y mercadológico, especializada en el sector farmacéutico, la data que recopila esta compañía es entregada en forma exclusiva a los laboratorios farmacéuticos quienes compran esta información y tienen suscritos convenios de confidencialidad y exclusividad al respecto, adicionalmente varios laboratorios, solicitan estudios específicos a IMS Health, quienes customizan estos estudios para cada laboratorio farmacéutico de acuerdo a lo requerido, en el caso del trabajo desarrollado en esta tesis, se ha consignado parte de esta información, con la respectiva autorización de la Gerencia General, de la compañía en la cual laboro, para sustentar la información estadística y descriptiva, que soporta el presente estudio, sin este aporte el análisis del presente estudio no fuese posible desarrollarlo ya que los indicadores y el análisis pormenorizados tienen esta única fuente en el país.

En el segundo capítulo, se citan a cada uno de los principales distribuidores farmacéuticos, que a partir del año 2001, se hicieron presentes en el mercado farmacéutico ecuatoriano como compradores de farmacias, siendo el punto de partida de las cadenas que actualmente dominan el espectro farmacéutico, resulta básico analizar porque estas empresas se dedicaron a comprar farmacias?, porque crearon un mercado paralelo de franquicias?, porque no se conformaron con su negocio de distribución y buscaron sostener el negocio de la venta directa?, porque dentro de sus prácticas incluyen precios predatorios y políticas restrictivas?, además se analiza y detalla como el cambio de moneda en el Ecuador que a partir del año 2000 adoptó al dólar como su moneda oficial,

fue el factor determinante, que provocó el cambio en la composición del mercado de farmacias, pues a raíz de esta, se materializan las primeras iniciativas por consolidar un mercado de cadenas de farmacias y porque esta iniciativa estuvo a cargo de los Distribuidores Farmacéuticos que a la época eran el complemento de la actividad como operarios logísticos pero desde el año 2000 se convirtieron paulatinamente en dueños de una cantidad mayor de farmacias, por un aparte y por otra crearon un mercado paralelo de franquicias, al punto que actualmente el 54% del total de farmacias existentes son independientes y el 46% restante pertenece a una de las cadenas de farmacias, ya sean propias o franquiciadas, pero el 82% de las ventas registradas, pertenecen a las cadenas, dejando apenas un 18% del total de las ventas para las farmacias independientes (IMS HEALTH, mercado de farmacias por filiación, 2014), el capítulo termina concluyendo que el crecimiento de las cadenas de farmacias es inversamente proporcional a la desaparición de las farmacias independientes en el periodo 2001-2014 y concluye su análisis con una comparación de las 3 regiones del país: Austro, Costa y Sierra y demuestra porque la penetración de las cadenas en cada una de estas zonas del país es diferente.

El primer y segundo capítulos, demuestran que, la evolución del mercado de farmacias dentro del sector farmacéutico en el país, responde a su propia dinámica y factores coyunturales que han derivado en la formación de un mercado imperfecto, en el tercer capítulo se detallan las razones que llevaron al Gobierno Nacional a intervenir de manera directa en el sector farmacéutico, proponiendo un conjunto de leyes regulatorias que buscan, cambiar el manejo integral del sector, específicamente el Gobierno Nacional, ha decidió intervenir, regulando los precios promedios de más de la mitad de los fármacos que actualmente se comercializan en el país, también ha decidido intervenir activamente en la redistribución de los canales de venta de medicinas, para lo cual busca normar el mercado de distribución de fármacos, tanto en las grandes distribuidoras, como en las cadenas de farmacias, buscando nivelar las condiciones de oferta y demanda en relación a las farmacias independientes, aspectos estos que guardan una relación directa con todo lo analizado en los dos primeros capítulos, también se analiza en este tercer capítulo la intervención directa que el gobierno pretende dar a la comercialización de los medicamentos genéricos en detrimento de los genéricos de marca, una variante fundamental dentro de la venta de fármacos en la industria farmacéutica nacional, el capítulo concluye haciendo una interpretación de las posibles consecuencias, que tendrá cada uno de estos cambios regulatorios, que están programados para ejecución a partir del segundo semestre del año 2015.

Pregunta General

¿Dentro del Mercado Farmacéutico Ecuatoriano, el crecimiento de las cadenas de farmacias en detrimento de las farmacias independientes, han provocado un mercado imperfecto, sobre el cual el Gobierno Nacional se ha propuesto regularlo activamente a través de la intervención estatal?

Objetivos

Objetivo General

Generar un análisis que permita comprender porque dentro del Mercado Farmacéutico Ecuatoriano el crecimiento de las farmacias que forman parte o están afiliadas a las grandes cadenas de distribución de fármacos del mercado ecuatoriano, estaría amenazando la subsistencia de las

farmacias que se mantienen en forma independiente, al mismo tiempo este análisis brindará elementos de juicio, para comprender que este fenómeno se ha provocado por las ventajas competitivas y todas las imperfecciones del mercado que han explotado al máximo las farmacias afiliadas a las grandes cadenas de distribución del país, y como el actual Gobierno intentará corregir este fenómeno de naturaleza económica.

Objetivos Específicos

1. Realizar un análisis histórico-descriptivo, de la génesis del actual mercado de farmacias, detallando, las causas de la actual composición del mercado farmacéutico ecuatoriano y la forma cómo ha evolucionado
2. Analizar las razones que llevaron a las grandes distribuidoras farmacéuticas del país, a desvirtuar o complementar su negocio original que se remitía a distribuir fármacos para luego convertirse en operarios directos del negocio de venta de fármacos a través de la creación de cadenas propias de farmacias.
3. Interpretar las variaciones que implica la aplicación del nuevo conjunto de cambios regulatorios, analizando el impacto que estos cambios tendrán sobre los laboratorios farmacéuticos, la oferta y demanda de sus productos, la repercusión que conlleva este cambio en las grandes distribuidoras farmacéuticas y por ende la forma como captarán las farmacias de los diferentes segmentos, todo el cambio que implica la aplicación de las nuevas leyes.

Preguntas Específicas

1. ¿Cómo se ha conformado la actual composición del mercado de farmacias del mercado farmacéutico ecuatoriano?
2. ¿Cuáles son los factores que han propiciado que las compañías dedicadas al negocio de distribución de medicinas terminen montando sus propias cadenas de farmacias (anclas) y además terminen generando un inmenso mercado de franquicias (farmacias asociadas), anexadas a sus cadenas?
3. ¿Cómo afectará al entorno farmacéutico nacional, las recientes reformas al reglamento para la fijación de precios de medicamentos de uso y consumo humano, el nuevo código de ética para establecimientos farmacéuticos integrados en forma vertical y la regulación a la comercialización de medicamentos genéricos?

Metodología de estudio

Tipo de investigación

Se realizó una investigación de carácter exploratorio y descriptivo, ya que se analizaron los determinantes del mercado farmacéutico ecuatoriano, que condicionaron y modelaron el comportamientos de oferentes, y se analizó al mismo tiempo los comportamientos de colusión de varios actores, dentro de la composición del mercado de farmacias en el Ecuador, esta parte respondió a un concepto cualitativo porque se analizó la conducta de los consumidores, medido a través de la tendencia de compra en las farmacias, estas tendencias, influyeron directamente en el tipo de farmacias que se consolidaron en el mercado, por lo tanto esta investigación, cuantificó las

ventas realizadas por segmento de mercado, al mismo tiempo que cuantificó el tipo de farmacias que se alinearon en cada segmento.

En resumen el tipo de investigación desplegado fue de carácter mixto porque en función de la tendencia conductual de los consumidores, y las imperfecciones del mercado, se cuantificaron los resultados en la variación de la composición del mercado en el periodo 2001-2014.

Fuentes de investigación

Esta investigación se apoyó, en fuentes primarias, esto es las estadísticas de la compañía IMS HEALTH, que es una Compañía Transnacional Americana, especializada en el análisis de la data farmacéutica, que involucra todos sus canales de ventas a nivel nacional e internacional y opera en Ecuador desde 1968, bajo este punto de vista todos los laboratorios farmacéuticos, reportan sus ventas directamente a esta compañía quien a su vez realiza, todos los meses análisis comparativos de precios, rotación de medicinas y ventas geográficas, IMS HEALTH, entrega mensualmente un reporte estadístico de ventas y al mismo tiempo entrega reportes customizados a cada uno de sus clientes, en virtud de las exigencias y nivel de información requerido por cada laboratorio farmacéutico, esta información tiene el carácter de reservado, no obstante para desarrollar el presente trabajo, la compañía Grupo Farma del Ecuador, permitió la utilización de varios de estos informes.

De igual forma la investigación se apoyó en otra fuente primaria que son las estadísticas de la compañía DATAQUEST, que es una empresa de servicios farmacéuticos creada en 1996, especializada en analizar datos estadísticos del sector y en brindar servicios mercadológicos a la rama farmacéutica, todos los meses entrega un informe de datos estadísticos a nivel general, de igual manera esta información solo está reservada para los laboratorios farmacéuticos que se suscriben a la entrega mensual de estos informes, la compañía Grupo Farma del Ecuador, ha facilitado algunos de esos informes, que se utilizaron como fuente primaria de investigación en el estudio realizado.

Adicionalmente la presente disertación, contó con otra fuente primaria de investigación que fueron los canales de comunicación abiertos que se mantiene con los propietarios de las cadenas de distribución de productos farmacéuticos, para el efecto se realizaron varias entrevistas y se han utilizado varias reseñas de estas entrevistas, para sustentar el presente trabajo, los formatos de las preguntas realizadas en estas entrevistas realizadas están detallados en la sección anexos y dentro de la información consignada en la investigación, se ha detallado la reseña de las mismas pues los entrevistados, no permitieron la transcripción de las mismas en forma taxativa.

Delimitación de la investigación

El presente trabajo concentró su estudio en la evolución y tendencia de la composición del mercado de farmacias a nivel nacional, para lo cual se analizó la tendencia evolutiva de la cantidad de farmacias por su filiación en las 3 regiones del país: Costa, Sierra y Austro, el trabajo desplegó una referencia histórica de la composición del mercado de farmacias, para entender la génesis de este mercado desde la época colonial, este prelude, sirvió como punto de partida, para profundizar el análisis a partir de que el país adoptó al dólar como su moneda oficial, ya que es a partir el año 2001 cuando aparecen las cadenas de farmacias y ganan terreno frente a las farmacias independientes, provocando el fenómeno objeto del presente estudio.

Todas las imperfecciones de mercado, tales como: fijación de precios predatorios por parte de las cadenas, prácticas colusorias por parte de las cadenas en contra de las farmacias independientes, quiebra sistemática de farmacias independientes, instalando farmacias de cadena sin respetar la normativa de las isocronas, negocios farmacéuticos patrocinados por las grandes distribuidoras e integrados en forma horizontal, ya que existen distribuidoras que al mismo tiempo son: productoras, comercializadoras y dueñas del canal de venta, todas estas prácticas se radicalizaron a partir del año 2000, y perduraron hasta el año 2014, y han sido objeto de análisis por parte del Gobierno Nacional, el mismo que decidió intervenir activamente con varias regulaciones dentro del ámbito legal, por esta razón el presente estudio contempló el análisis de estas regulaciones, su naturaleza, su alcance y el posible efecto de su aplicación dentro de la industria farmacéutica nacional.

Variables e indicadores

VARIABLES

1. Ventas de Fármacos (Mercado Total/Por Distribuidor)
2. Número de farmacias independientes
3. Número de farmacias ancladas a una cadena.
4. Población del país por año 2001-2014.
5. Ventas por canal.
6. Ventas por región
7. Ventas por tipo de mercado (Ético y OTC)

INDICADORES

1. Porcentaje de crecimiento de ventas por segmento.
2. Índice correlativo de cantidad de farmacias por canal.
3. Porcentaje de cadenas.
4. Porcentaje de farmacias independientes.
5. Índice de crecimiento por segmento de mercado.
6. Market Share de ventas por región.
7. Market Share de ventas por canal de venta.

Técnicas de investigación

Esta investigación registró la técnica de Análisis-Síntesis, ya que a través del análisis de los comportamientos de los consumidores se pudo determinar la actual composición del mercado de farmacias del país y a través del análisis de la respuesta que han brindado los oferentes a estos consumidores, se han ubicado un tipo específico de marcas (farmacias) para el consumo, dependiendo de la zona geográfica y la ubicación de las mismas, al mismo tiempo se enumeraron y sintetizaron, las condiciones subyacentes de este fenómeno y la forma como las imperfecciones del mercado influyeron en esta nueva composición del mercado de farmacias a nivel nacional.

Procedimiento

Tomando en cuenta que la información recopilada, en primera instancia, permitió comparar la evolución de la composición del mercado de farmacias, se comparó el crecimiento de la población

desde el año 2001, hasta el año 2014, al mismo tiempo se comparó la cantidad total de farmacias registradas en esos mismo años, para elaborar un índice de correlación entre la cantidad de farmacias existentes por habitantes en el país.

El estudio, también identificó cuál es el canal de distribución de fármacos en el país, comparando las cantidades vendidas por cada canal, una vez identificado el canal, el estudio determinó la cantidad de medicinas que se venden por mostrador y al cantidad de medicinas que se venden con receta médica, indicador fundamental que sirvió, para determinar el grado de inferencia de la compra directa por mostrador, y cuáles son las razones que llevan al consumidor a comprar un medicamento sin receta médica, esta es la causa fundamental que soporto durante muchos años la presencia de un negocio informal, en un sector básico que satisface necesidad de atención primaria de la población, es el punto de partida de las imperfecciones que se ven a futuro.

Con relación a las tendencias de crecimiento de farmacias por su filiación, este estudio permitió determinar si el crecimiento del mercado estuvo orientado al crecimiento poblacional o si la estructuración del mercado de farmacias respondió más bien al grado de eficiencia del mercado, para lo cual fue relevante formular un cuadro que compare año tras año, tanto el índice de crecimiento poblacional, contrastado con la cantidad total de farmacias para los mismos años evaluados.

En función de la nueva tendencia del mercado, encontrada se determinó cuál es la actual composición del mercado agrupando las farmacias existentes de acuerdo a la cadena que pertenecen y de acuerdo al segmento de mercado que cada tipo de farmacia cubre.

Una vez configurado este mercado por tipo de filiación, se determinó, cuál es la proporción de ventas tanto en valores como en unidades de cada tipo de farmacias es decir farmacias asociadas a una cadena y farmacias independientes, este análisis nos permitió inferir el grado real de penetración de cada segmento de farmacias, este análisis se profundizó por cada región de país, identificando en que región del país se acentuó más esta tendencia, la tendencia y el grado de acumulación de la utilidades operativas de este negocio, nos da la pauta para inferir si el actual negocio de farmacias en el país corresponde o no a un oligopolio,

En lo relacionado a las medidas regulatorias, se construyó un cuadro comparativo de la cantidad de farmacias existentes por habitantes en varios países de la Región, para validar la intervención estatal relacionada con el código de ética de establecimientos farmacéuticos, de igual manera se explicó la importancia y relevancia de los genéricos de marca, buscando una relación con el artículo 522 que regulará la comercialización de genéricos, para finalmente establecer una matriz de correspondencia entre las nuevas medidas regulatorias y los efectos buscados, es importante mencionar que esta matriz de correspondencia, guarda relación con los cambios que el Gobierno Nacional, espera obtener a raíz de la ejecución de todos estos cambios y que estos cambios de acuerdo al cronograma estipulado, estarán operativos, en su totalidad a partir del segundo semestre del año 2014 en algunos casos y en otros durante el primer y segundo semestre del año 2015.

En resumen, esta investigación ayudó, a través de su análisis, a formular una serie de conclusiones y recomendaciones que en la práctica permitan entender las razones por las cuáles el modelo de negocio de farmacias libres dentro del mercado farmacéutico ecuatoriano, evolucionó de esta manera, la presente disertación ha brindado herramientas de análisis, para entender si es que la

formación de un monopolio u oligopolio dentro de este mercado profundiza la desigualdades en torno al acceso de medicinas por parte de la población y si es que estas prácticas monopólicas u oligopólicas, alteran los niveles de equidad, eficacia y eficiencia promulgados por las teorías de Economía de la Salud. (PROGRAMA EUROSOCIAL, 2011).

Fundamentación Teórica

Preámbulo

La forma como se ha configurado el actual mercado de farmacias en el Ecuador, responde a las condiciones estructurales de un mercado imperfecto, dentro del cual los precios predatorios, los abusos del mercado, los actos colusorios, la conformación de oligopolios, han provocado que año tras año la cantidad de farmacias independientes, vayan disminuyendo su participación dentro de este mercado a favor de las farmacias asociadas a una cadena, este fenómeno de naturaleza económica puede entenderse a partir de la definición teórica, de cómo operan los conceptos de mercados en competencia perfecta y competencia imperfecta.

Competencia perfecta

Las condiciones requeridas, para la definición de un mercado en competencia perfecta, son tan rigurosas que difícilmente se encontrarán en la realidad. A lo sumo hay casos que se aproximan a los modelos teóricos descritos (José Rossetti:1982:73).

- El número de compradores y vendedores es tan amplio que ninguno puede influir lo suficiente para alterar las condiciones de equilibrio que prevalece.
- Los productos negociados son homogéneos.
- Se sustituyen tan perfectamente entre sí, que ninguno de los participantes del mercado puede distinguir sus productos de los otros.
- El mercado es totalmente permeable.
- En el sentido de que no hay barreras de entrada y de salida, no hay ninguna forma de coaliciones entre productos o compradores. Todos actúan de manera independiente. Ni el mismo gobierno interfiere, para introducir las condiciones que desee introduciendo viscosidades.
- El precio lo establece el propio mercado y resulta de transacciones transparentes y voluntarias.
- Resulta efectivamente del choque entre la oferta y demanda, libre de maniobras o influencias. Cuando se modifica es en respuesta a cambios en una o más variables, que definen en forma despersonalizada las funciones dadas de dichas fuerzas.
- Todos, vendedores y compradores, se someten al precio definido por el mercado.

Un mercado durante algún tiempo, puede funcionar de acuerdo a las condiciones de abstracción ideal de la competencia perfecta. Pero aún así estará contaminado por imperfecciones observadas de otros mercados con los que interactúa.

Según Rosetti (1982), el interés que se tiene por analizar las condiciones derivadas de un mercado en competencia perfecta, esta guiado por 4 motivos:

- La estructura de competencia perfecta, es una referencia teórica de eficiencia en varios sentidos.
- Puede servir de guía tanto para políticas correctivas, así como para políticas correctivas de la competencia

- La competencia perfecta es un modelo de estructura de mercado, en relación con la cual se definen imperfecciones observadas en la realidad concreta. Todas las demás estructuras se definen partir de los parámetros de esa primera abstracción.
- La competencia perfecta, también es susceptible de evaluación.

La competencia perfecta como prototipo de eficiencia social

La empresa perfectamente competitiva, se somete a los resultados del libre juego de las fuerzas del mercado, determinado por la interacción de un gran número de compradores y vendedores, que no tienen poder alguno para promover cambios sustanciales en el precio de equilibrio. Si en determinado mercado, un productor, tuviere poderes aún mínimos para debilitar abastecimientos y precios, entonces ese mercado ya no sería perfectamente competitivo. En las estructuras de competencia perfecta los precios no son inmutables todo el tiempo. Los mercados son dinámicos y las curvas de oferta y demanda se desplazan. Estas últimas se mueven de acuerdo, a cambios en el ingreso de los consumidores, a nuevos hábitos y costumbres, a los precios de otros productos sustitutos o complementarios y a la expectativa sobre la evolución de la oferta.

En competencia perfecta, si la empresa considerada individualmente es ineficiente, operando por arriba del precio de mercado, se retira o busca reducciones en los costos que conduzcan a operaciones lucrativas. Para el productor, prevalecen en ese mercado, condiciones muy cercanas a la competencia perfecta, entre las cuales están la atomización de la oferta y la subordinación a los precios de mercado. La rehabilitación de la actividad, dependerá directamente de los esfuerzos de la reducción total de los costos promedio.

La eficacia en consecuencia estará asegurada de alguna forma, las empresas eficientes permanecerán en el mercado y las empresas ineficientes tenderán a desaparecer. Los recursos que empleaban en esta producción, serán empleados en otros productos.

Los fallos del mercado y el papel del Estado

Según Denis (1979), Vilfredo Pareto, es el primer Economista en darle otro enfoque al sentido de eficiencia enunciado por los economistas neoclásicos, a través del cual Pareto hace notar que no es posible mejorar el bienestar de una persona sin empeorar el de otra, esta tesis de Pareto es de una importancia capital ya que indica cuál es el verdadero alcance de una ley económica descubierta por la escuela neoclásica, la ley de la igualdad de las productividades marginales de los factores de producción con los precios de estos factores, esta ley ya está presente en los razonamientos de Leon Walras, pero éste deducía de ella que la situación creada por la libre competencia, es la mejor de todas las situaciones posibles. (Henri Denis; 1979:425).

Para Denis (1979), la eficiencia en el sentido de Pareto no dice que no hay formas de mejorar el bienestar de una o de muchas personas. Evidentemente podrían transferirse recursos de unas personas a otras y se mejoraría el bienestar de los beneficiarios o incluso podría recurrirse a una intervención estatal, para regular el precio en determinados mercados, pero este cambio situacional, mejoraría a unos pero empeoraría a otros, la eficiencia es mejor que la ineficiencia, pero eso no lo es todo. En condiciones de equilibrio competitivo, y tomando en cuenta que en un modelo cerrado puede darse una combinación en la distribución de recursos tales que unas personas pueden ser muy

ricas y otras vivir en la más espantosa pobreza, la competencia puede dar como resultado una economía eficiente con una distribución muy desigual de los recursos (Joseph Stiglitz; 1993:424).

A menudo las interferencias del Estado en el mercado se justifican alegando que aumentan la igualdad. Estas medidas suelen basarse en la idea ampliamente aceptada pero errónea, de que todas las redistribuciones no son más que eso; unas personas obtienen más y otras menos, pero no hay mayores repercusiones. Ahora sabemos que la alteración de los precios relativos con fines redistributivos (como la imposición de un salario mínimo o la consecución de subvenciones a un bien), no solo redistribuye la renta sino que también tiene otros efectos, interfiere en la eficiencia de la economía, si la economía satisface los supuestos del modelo competitivo, el único papel que debe desempeñar el Estado, es el de redistribuir la riqueza nacional (Joseph Stiglitz; 1993: 425).

Según Stiglitz (1993), los dos resultados que acabamos de exponer es decir, que los mercados competitivos son eficientes de acuerdo a la Ley de Pareto y que es posible lograr todas las asignaciones eficientes en el sentido de Pareto, por medio del mecanismo de mercado, cualquiera que sea la distribución de la renta que se desee y tomando en cuenta que estos dos teoremas son ejecutables en la ausencia de externalidades⁷, entonces cuando no se satisfacen éstos, las economías de mercado no pueden ser eficientes según Pareto, y es posible que sea necesaria una intervención más general del Estado, para conseguir asignaciones más eficientes. Las conclusiones, emanadas al momento parecerían ser categóricas con relación al rol que debería cumplir el estado, frente a eventuales escenarios en los cuales las economías por sí solas no podrían ser eficientes, no obstante la denominada Escuela de Chicago, liderada por Milton Friedman (citado en Stiglitz, 1993), ven en las fuerzas que regulan el mercado libremente, el suficiente poder como para que el mercado se regule eficientemente por sí solo, dejando para el Estado un rol secundario inherente a casos aislados en los cuáles se deberían corregir eventuales distorsiones en la distribución de la renta.

En economías en vías de desarrollo y más aún en casos puntuales, como la estructura del mercado de farmacias en el Ecuador, objeto de este estudio, los supuestos que sostienen a la economía de libre mercado como perfectas operarias bajo sus fuerzas, van encontrando realidades muy diferentes, cuando se analiza el comportamiento de los oferentes, la actitud de los consumidores y la situación propia de un mercado que se ha estructurado en función de tendencias históricas adecuadas a una realidad que funciona bajo parámetros muy diferentes a una economía desarrollada.

Se puede decir entonces, que en estos casos ante eventuales fallas del mercado, la intervención del Estado se hace imperiosa, no obstante y antes de analizar la fundamentación teórica, referente a las imperfecciones del mercado, es importante aclarar que no necesariamente la intervención del Estado, podría mejorar las cosas bajo las expectativas planteadas, pues en el camino y en la intención por mejorar las cosas, invariablemente pueden presentarse obstáculos difíciles de sortear.

Dentro del mercado farmacéutico ecuatoriano, el Estado ha decidido intervenir activamente, a través del Ministerio de Control y Poder del Mercado, operando 4 cambios estructurales que podrían generar un giro cualitativo y cuantitativo en la operatividad del negocio de gran importancia, a continuación se detallan las 4 nuevas regulaciones:

⁷ Se entiende por externalidades, la situación tal en que determinadas condiciones, no consideradas en el modelo de equilibrio y provenientes de afuera, tales como una disminución en los costes de transporte, afecten el costo marginal de un producto y por lo tanto alteren el equilibrio general del mercado propuesto.

1. Regulación de precios en 177 principios activos con sus diferentes presentaciones.
2. Modificación al artículo 522, cambio en la presentación de los genéricos de marca, de ahora en adelante todos los genéricos cuya patente hubiese fenecido, deberán ser etiquetados primordialmente con su sustancia original en detrimento de su marca comercial.
3. Nuevo código de ética en los operarios farmacéuticos (farmacias, distribuidores, entes logísticos, etc, etc).
4. Cambio en las regulaciones arancelarias para importación de medicinas de Ecuador y Perú.

En el quinto capítulo profundizaremos respecto a estas nuevas regulaciones.

Mercados imperfectos

El primero en anunciar que los mercados por si solos garantizan la eficiencia fue el propio Adam Smith (1776), posteriormente Leon Walras elevo este postulado a un complejo modelo de ecuaciones con infinitas variables, para demostrar la profundidad de este razonamiento en el cual utilizaba la ley de las productividades marginales de los factores de producción con sus precios, con el fin de poder enfocar las demandas de los factores de producción por parte de los empresarios, como funciones de sus precios, pero para suponer que la empresa aumenta el empleo de un factor hasta el punto que la productividad marginal del factor se hace igual a su precio, es preciso también suponer que se emplea una variación del empleo de ese factor, que por obvias razones se situaría en una zona en la cual sus productividades marginales son decrecientes, entonces el costo marginal de producción sería creciente (Henri Denis; 1.979:427), este razonamiento es válido en el corto plazo, pero en el largo plazo el peso de las externalidades es tal que los costos empiezan a decrecer uniformemente hasta incluso llegar a un nivel constante, tal cual lo demostró Alfred Marshall en 1890 en su obra: Principios de la Economía Política (citado en Stiglitz, 1993). Adicionalmente hay que sumar, según Stiglitz (1993), que los mercados no son tan competitivos como los suponen los ideólogos de la competencia perfecta en unos casos porque prescinde del cambio tecnológico, que en las actuales circunstancias se ha convertido en un acelerador de tendencia y cambios ad-hoc de estrategias de producción y comercialización, reduciendo considerablemente los costos y provocando drásticas reducciones de precios y no necesariamente estos cambios tecnológicos están al alcance de todos los oferentes, por demás está decir que siempre estarán a la vanguardia las empresas más grandes, por otra parte la información tampoco es perfecta y fácilmente predecible, hay serias distorsiones en los canales de información y la percepción de la misma no es homogéneo como se lo imaginan los mentores del modelo de competencia perfecta, a esto deberíamos sumar que existen determinados bienes y servicios que simple y llanamente la empresa privada no los produce como por ejemplo los préstamos a los estudiantes o el microcrédito a pequeños emprendedores y otra áreas en las cuales el Estado ha intervenido directamente porque la empresa privada no estaba dispuesta a correr semejantes riesgos y finalmente como ya se vio anteriormente, el mercado puede ser eficiente por sí solo, pero la asignación de recursos para lograr tal propósito puede ser tan desigual, que la distribución de la renta fue inequitativa, lo cual puede abrir una brecha de descontento social de gran magnitud.

Por otra parte, en condiciones de competencia perfecta que supone la existencia de varios compradores y varios vendedores, según Stiglitz (1993) el productor pudiese vender todo lo que quisiera al precio que despeja el mercado, una ligera subida de este precio, supone para aquel productor una venta nula de sus productos, no obstante el mercado ha demostrado que en algunos

casos, que determinadas empresas suben sus precios pero esto no provoca que pierdan todos sus clientes si acaso pierden algunos pero no todos, de igual manera cuando bajan sus precio, no ganan todos los clientes, ganan apenas unos cuantos, lo anteriormente expuesto quiere decir entonces que no necesariamente en determinados mercados, las empresas se ajustan a los precios que despeja el mercado ya que la competencia dejo de ser perfecta y ahora más bien es limitada.

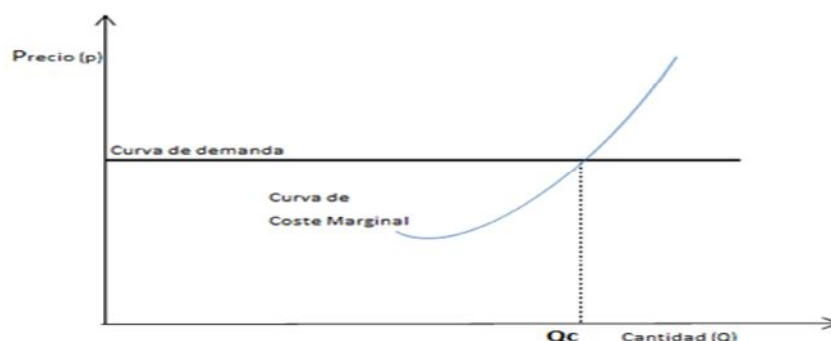
Monopolio

El monopolio como tal se define cuando en el mercado hay un solo oferente de productos, en estas condiciones el dilema se centra en la cantidad ofertada del bien, como se ha visto anteriormente, según Stiglitz (1993), cuando nos enfrentamos a competencia perfecta, el precio que despeja el mercado es uno solo y bajo esas condiciones la curva de demanda de los varios oferentes es completamente horizontal los oferentes podrán vender la cantidad que deseen de producto a ese precio (una ínfima subida del precio, podría provocar una venta nula de su producto, nadie se arriesgaría por cuenta propia a modificar los precios) y por lo tanto la curva del ingreso total, estará determinada por la cantidad vendida, multiplicada por su precio y la relación será directamente proporcional. En el caso de un mercado ubicado en situación de competencia perfecta, tenemos lo siguiente:

1. La pendiente de la curva de demanda es horizontal.
2. La cantidad vendida no está determinada por el precio, sino más bien por el volumen de ingresos esperados siempre y cuando el coste marginal se ubique debajo del precio.

En el gráfico 1 se observa la curva de demanda que enfrenta una empresa perfectamente competitiva, en donde todos los oferentes participan en igualdad de condiciones, por lo tanto el precio es el mismo para cualquier cantidad ofertada, evidentemente la mayoría de oferentes intentará situar la cantidad ofertada, en un punto aquel en donde la curva de coste marginal, no supere al precio, para maximizar sus beneficios.

Gráfico 1: Curva de demanda de una empresa perfectamente competitiva



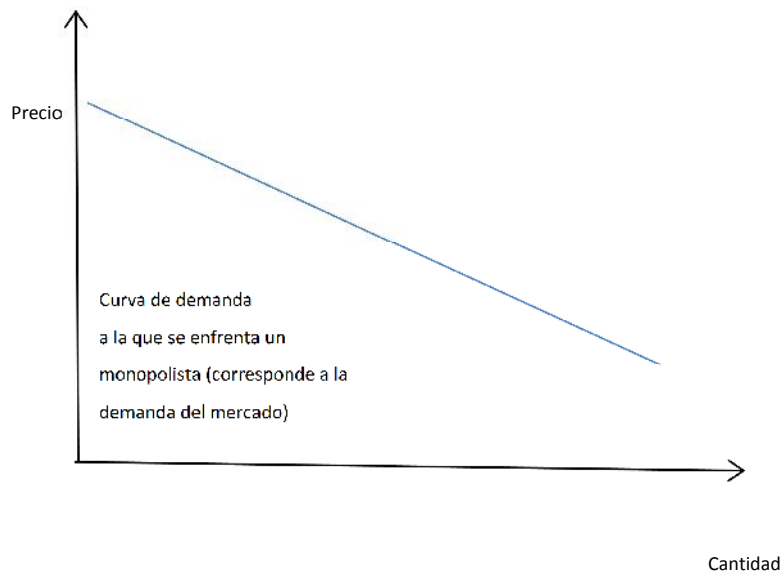
Fuente: Modelos de Equilibrio Stiglitz

Elaborado por: Oscar Montes

Según Stiglitz (1993), en el caso del monopolista cuando se analiza la curva de demanda, la situación cambia notablemente y se observa que, la curva dejo de ser horizontal y ahora presenta una pendiente negativa, lo cual refleja que a menor precio las cantidades demandadas son mayores, además la curva de demanda que enfrenta el monopolista, es la curva total del mercado y el precio se ha convertido en el

factor que regula directamente las cantidades ofertadas, como se observa en el gráfico 2, en donde la relación entre precio y cantidades ofertadas ahora es inversamente proporcional, mientras que en competencia perfecta las cantidades ofertadas son determinadas directamente por la demanda del mercado y el precio no altera las cantidades producidas, pues los competidores deberán ajustar sus cantidades a las preferencias de los consumidores, en función de la calidad del producto, guardando un precio homogéneo, para los diferentes oferentes.

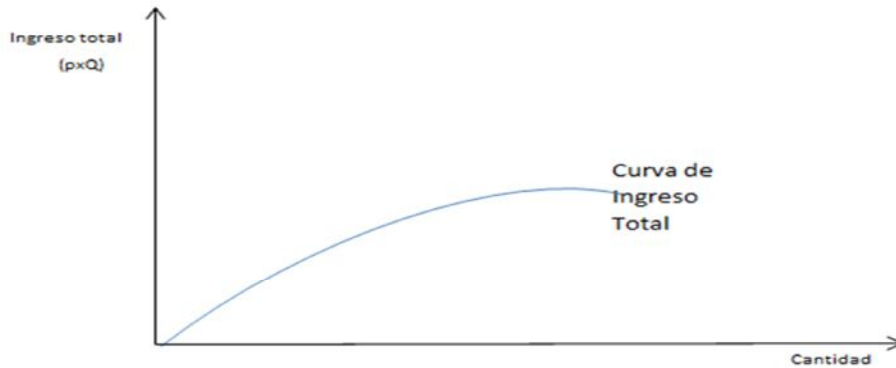
Gráfico 2: Curva de demanda en empresa monopolística



Fuente: Modelos de Equilibrio Stiglitz
Elaborado por: Oscar Montes

Según Stiglitz (1993), en situación de monopolio, la curva de ingresos totales, guarda una estrecha relación, con la ley de rendimientos marginales decrecientes, ya que el monopolista, regulará las cantidades ofertadas, cuando la curva de ingresos marginales inflexione, mientras la curva de ingresos marginales, experimente rendimientos crecientes, el monopolista, estimulará la producción, este es otro de los factores que califican al monopolio, como un fenómeno que interfiere directamente en la eficiencia económica, pues no necesariamente los niveles de producción, estarán orientados por la demanda efectiva de un bien, sino que estarán determinados por los intereses de un monopolio, tal cual se observa en el gráfico 3.

Gráfico 3: Curva de ingresos totales en situación monopólica



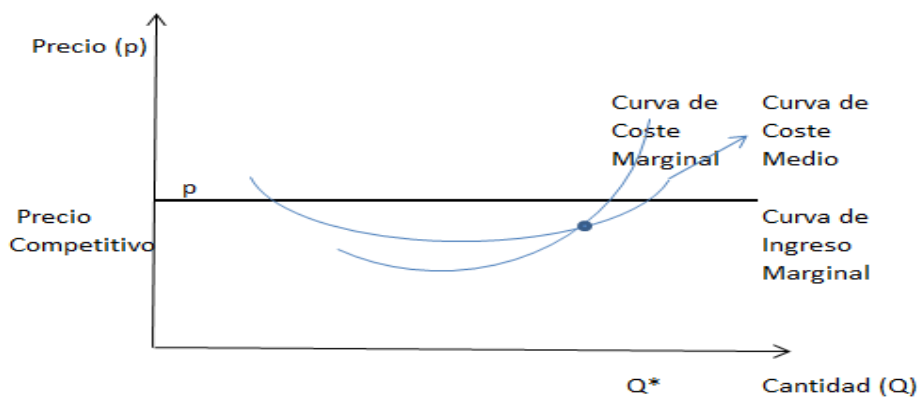
Fuente: Modelos de Equilibrio Stiglitz
Elaborado por: Oscar Montes

Queda de manifiesto que el monopolista asume la Ley de Rendimientos Marginales Decrecientes al ajustar su producción al rendimiento marginal de la última unidad productiva, incorporada al proceso, en este caso se visualiza, que mientras el aporte de la última unidad, genere un ingreso marginal positivo en los Ingresos Totales, el monopolista alentará la producción, pero mientras se perciba que la última unidad incorporada no aporta ingresos marginales al Ingreso total, entonces el monopolista, restringirá su producción y se ubicará antes del punto de inflexión de la curva.

Al realizar un análisis equivalente, pero bajo la perspectiva del precio y la cantidad producida se puede observar, que en condiciones de competencia perfecta, la empresa que opere bajo esta condición, ajustará sus niveles de producción, siempre y cuando la curva del coste marginal, se encuentre por debajo de la recta del ingreso marginal, en este caso la producción crecerá.

Como se observa en el Gráfico 4, el punto de equilibrio a la cual las empresas que operen en competencia perfecta, se producirá cuando estas empresas, hagan coincidir, los niveles de sus costos marginales con el precio que despeja el mercado, despejando en este instante la cantidad a producir, además en este momento la curva de coste marginal, será superior a su coste medio.

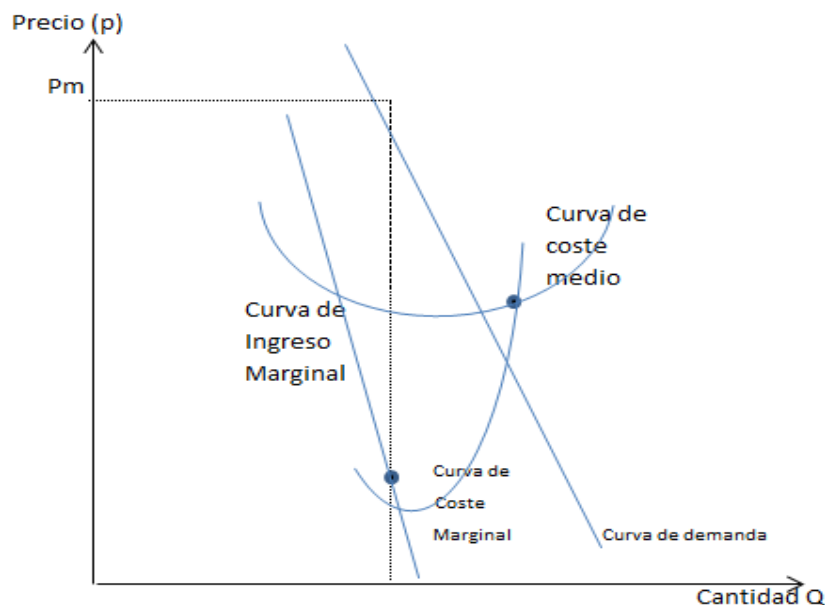
Gráfico 4: Curva de ingreso en situación de competencia perfecta



Fuente: Modelos de Equilibrio Stiglitz
Elaborado por: Oscar Montes

Según Stiglitz (1993), en situación monopólica, el coste marginal siempre será menor que el precio y como se ha visto anteriormente, la demanda tiene pendiente negativa, la cantidad producida se dará siempre y cuando el coste marginal sea inferior al ingreso marginal y evidentemente, el coste medio será superior al coste marginal, como se observa en el gráfico 5.

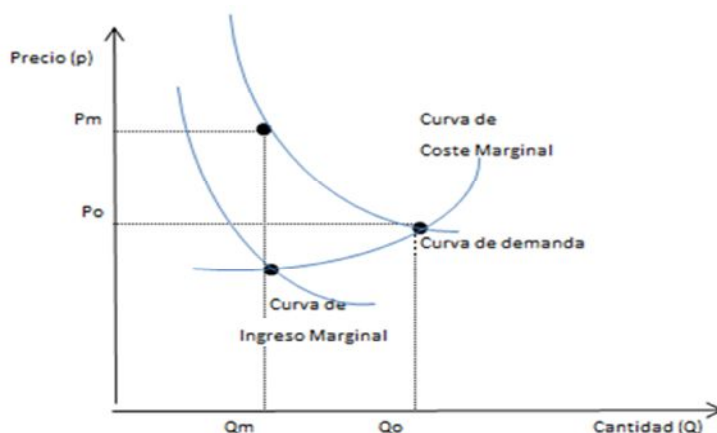
Gráfico 5: Niveles de producción en monopolio



Fuente: Modelos de Equilibrio Stiglitz
Elaborado por: Oscar Montes

En el gráfico 6, se analizan al mismo tiempo, las curvas de ingreso y coste marginal, se ve que a mayor precio, las cantidades producidas son menores, pero el monopolista se ve beneficiado por un ingreso marginal creciente, combinado con un costo marginal inferior, al que se despejaría si la cantidad producida fuese mayor, esto es con menor precio y costos marginales crecientes, aunque este nivel de producción sea el que realmente despeje la demanda del mercado, en el siguiente gráfico se ve la posición del monopolista, frente a esta dicotomía de producción, al igual que el gráfico anterior en este gráfico se identifican las razones fundamentales, para que los monopolios interfieran en la eficiencia económica, ya que el monopolista siempre ubicará sus niveles de producción, cuanto menor sea su coste marginal, aunque las cantidades despejadas en esta situación, no sean las requeridas por el mercado, más aún con cantidades menores producidas en función de una demanda creciente, se justificaría aún más un precio mayor sobre el bien ofrecido, pues con la pendiente negativa de la función de demanda, a menores cantidades producidas, mayor precio ofertados en un mercado en situación de monopolio.

Gráfico 6: Ingreso y coste marginal en monopolio



Fuente: Modelos de Equilibrio Stiglitz
Elaborado por: Oscar Montes

Por otra parte, en mercados monopolísticos, las variaciones de las cantidades ofertadas de producto, dependen de la elasticidad de las curvas de demanda, en el caso de demandas elásticas, en las cuáles ligeras variaciones en el precio, provocan grandes cambios en las cantidades vendidas, en este caso el precio no bajará mucho, frente a incrementos sustanciales de la cantidad ofertada, pero en aquellos casos que las curvas de demanda son inelásticas, los precios pueden bajar significativamente cuando aumenta la producción y en ese caso, el ingreso adicional que percibe la empresa por la producción de una unidad más es mucho menor que el que recibe por la venta de esa unidad (Joseph Stiglitz, 1993:445).

Por lo analizado anteriormente, es precisamente en el caso de las curvas de demandas inelásticas, (es decir cuando menos productos sustitutos tiene el mercado monopolístico), cuando mayor interferencia en la eficiencia económica podría darse ya que el monopolista podría, ofertar una menor cantidad de producto, hasta el punto de igualar su ingreso marginal con su costo marginal, maximizando su beneficio, pero provocando escasez y todo esto con un precio superior, dicho de otra forma, cuando más negativa sea la pendiente, mas capacidad tendrá la empresa monopolística de hacer valer su poder dentro del mercado (Joseph Stiglitz, 1993:446).

Oligopolio

Los oligopolios, están definidos como una forma de mercado o de industria en las cuáles, unas pocas empresas compiten entre sí, de esta forma, la más mínima acción tendiente a modificar sus cantidades de producción, su determinación en los precios o la forma de promocionar sus productos, preocuparía a sus competidores, algunas industrias están formadas por muchas empresas, de las cuales solo unas pocas producen bienes estrechamente sustitutos. El oligopolista siempre se muestra dividido entre su deseo de superar a sus competidores y el conocimiento de que si coopera con otros oligopolistas, para reducir la producción, podría conseguir una parte de los beneficios puros de un verdadero monopolista. Esta es la cuestión clave a la que se enfrenta una empresa oligopolística: saber si obtendrá mayores beneficios confabulándose con sus rivales para actuar como un monopolista conjunto o compitiendo con ellas cobrando un precio más bajo. No existe

ninguna respuesta evidente; depende en parte de lo que hagan los rivales en respuesta a las acciones que emprenda, a lo que la empresa que forma parte del oligopolio, solo puede imaginar (Joseph Stiglitz; 1993:469).

En algunos casos los oligopolistas, tratan de coludir para maximizar los beneficios. De hecho actúan conjuntamente como si se tratará de un monopolio y se reparten los beneficios resultantes. La práctica general de la colusión ya fue señalada hace mucho tiempo por Adam Smith, quien no desconocía en modo alguno, a donde llevaba el egoísmo de los hombres de negocios (Joseph Stiglitz; 1993:470).

Un grupo de empresas que práctica generalmente la colusión, se denomina cártel, el caso mas ejemplificador es el La Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP), en este caso, los países miembros, se ponen de acuerdo, para ofertar determinada cantidad de barriles de crudo, de tal manera que puedan subir el precio, maximizando sus beneficios. Cuando se analizó el caso del monopolio y la forma como pueden reducir su producción, subiendo los precios, vemos entonces el mismo comportamiento pero en este caso son algunas empresas que al agruparse han logrado coludir para maximizar sus beneficios, utilizando el mismo mecanismo de un monopolio.

En el caso de los mercados relacionados con medicinas, existe una poderosa barrera de entrada que solidifica aún más la categoría de un oligopolio y hace referencia a las patentes de invención de nuevas sustancias, también llamadas principios activos, actualmente la Ley de Patentes a nivel internacional otorga entre 10 y 17 años de uso exclusivo al dueño de una patente relacionada con una nueva medicina descubierta, tiempo durante el cual el inventor puede usufructuar la venta a manera exclusiva del producto inventado, solo después de esta lapso, los competidores, podrán fabricar copias en función de la sustancia genérica y vender lo que comúnmente se llama "Genérico de Marca".

Según Stiglitz (1993), cuando los bienes son sustitutivos perfectos, los consumidores eligen el más barato, como se ha visto anteriormente en esta caso, la curva de demanda es horizontal, pero en el caso de bienes sustitutivos imperfectos, la curva de la demanda tendrá una pendiente negativa, en el primer caso estamos hablando de un oligopolio diferenciado y en el segundo de un oligopolio puro.

El modelo de oligopolio de Cournot

El economista francés Augustin Cournot, fue el primero en hacer una aproximación muy realista de la forma como los monopolistas despejan sus precios en función del coste marginal hasta maximizar sus beneficios, este es su modelo, (Antunez Irgoin César, 2010:3).

Supuestos del modelo:

1. La empresas ofrecen productos homogéneos
2. La variable estratégica es la cantidad de producción
3. El precio que se obtiene en el mercado, es el producto de la suma de las ofertas individuales de cada firma. Este precios, es aquel que permite que no haya exceso ni escasez de oferta.
4. Cada empresa decide, su cantidad a producir simultáneamente.

Cournot afirmó (citado en Antunez, 2010), que cuando las empresas fijan la cantidad de producción, que maximizan sus beneficios, cada empresa supone que la otra va a mantener constante su cantidad de producción elegida.

Donde la condición de maximización de beneficios: $img(q_1) = Cmg(q_1)$. Pero el Ingreso Marginal $img(q_i, q_j)$, a diferencia de un monopolio en donde $img(q_i)$. Una vez que las empresas determinan sus cantidades de producción (q_i, q_j) , estas quedan determinadas en el mercado: $Q = q_i + q_j$ y una vez fijada la cantidad, también queda fijado el precio.

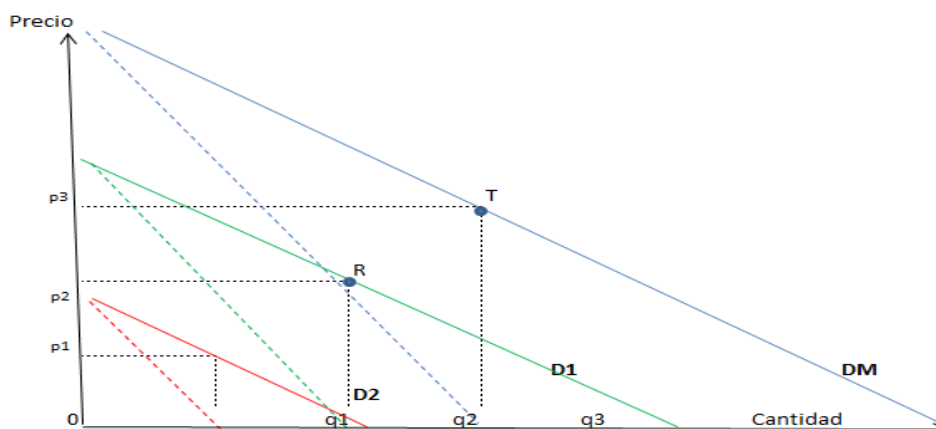
En teoría de juegos se dice que el modelo de Cournot es un modelo estático, además de no ser cooperativo, es estático porque logra su equilibrio una sola vez y simultáneamente decide la cantidad de producción de cada empresa.

Si Q es la cantidad total de la demanda, cuando el precio es cero, entonces puede concluirse que la empresa 1, producirá la mitad de Q , es decir q_1 cuando el precio es p_1 , y esto se da de esta forma, porque q_1 es el punto donde se igualan las curvas de ingreso y coste marginal. El ingreso obtenido por 1, es igual a la demanda del área de p_1Rq_0 .

En el segundo momento, interviene una empresa 2, que considera que 1, seguirá produciendo la mitad del mercado, esta Demanda 2, es igual a la demanda total del mercado, menos la cantidad producida por 1. Esta Demanda D_2 , produce $1/4$ del total y obtiene un beneficio igual al área: p_2Tq_20 , como se ve en el gráfico 7. La empresa 1 cobra un precio menor a p_2 y reacciona con la creencia de que 2, sigue produciendo q_2 , por lo tanto se tiene una demanda dirigida a 1, que es la demanda total menos la parte producida por 2, que es igual a $1/4$ del mercado. Esto dará lugar entonces a que q_3 , sea las $3/8$ partes del mercado y si continua así hasta el infinito.

Como se ve en el gráfico 7, el modelo describe de manera efectiva, la forma cómo reaccionarían los oligopolistas antes su coparticipación en el mercado, pero hay que advertir que este modelo, supone que unas y otras ignoren las decisiones de las implicadas.

Gráfico 7: El oligopolio de Cournot



FUENTE: Modelos de Oligopolio en Economía (Antúnez)
ELABORADO POR: Oscar Montes

En el gráfico 7, se observan los 3 momentos en los cuales los oligopolistas, van interviniendo, elevando las cantidades ofertadas, en función de lo actuado por sus competidores, como se ve las cantidades a producir van creciendo en forma inversamente proporcional: $1/2 + 1/4 + 3/8$, a medida que se van repartiendo la oferta, pero el precio sube en forma constante, es decir existe una relación asimétrica, mientras los niveles de producción y oferta empiezan a desacelerarse, el nivel de precios va creciendo en forma constante.

La característica central de los oligopolios, (según Rossetti 1986), es que solo un número limitado de oferentes generalmente de gran peso, domina el mercado, se trata de una estructura de mercado, definida por los altos coeficientes de concentración, son raros los coeficientes de los sectores oligopolizados en que las 5 mayores empresas no detenten por lo menos el 70% de los ingresos operacionales totales, el oligopolio es la estructura de mercado que más se observa en la realidad, tiende a ser mayor que en aquellas que se registra otra estructura de mercado.

TIPOS DE OLIGOPOLIO

- a. **Concentrado.** Se caracteriza por la ausencia de diferenciación de los productos, se conoce por la alta concentración técnica, pocas empresas tienen parte sustancial de la producción y del mercado. Se localizan en industrias de base, de productos clave que exigen altas inversiones de maduración prolongada.
- b. **Diferenciado.** Se caracteriza por la naturaleza de los productos fabricados, que faculta a la empresa a la disputa del mercado por medio de la diferenciación.
- c. **Oligopolio diferenciado concentrado.** La combinación de elementos presentes, en los dos tipos ya descritos, resulta de la diferenciación como forma de competencia, asociada a requisitos mínimos de escala para la implantación de proyectos de competencia.
- d. **Oligopolio competitivo.** Se caracteriza por la concentración relativamente alta de la producción, se reconoce por la posibilidad de competencia por medio de precios, con el objeto de ampliar los segmentos de mercado.

Estos cuatro tipos de oligopolio, se diferencian de los mercados propiamente competitivos, cuyas características principales son los bajos índices de concentración y la estimulada competencia por medio de precios y una diferenciación del monopolio.

En cada tipo de oligopolio, el grado de dependencia o interdependencia, entre las empresas se presentan de una forma: las variaciones independientes y competitivas por excelencia. Entre los variados tipos de curva de demanda, desde el punto de vista de las empresas de oligopolio, se destacan estas características:

- Alto grado de concentración.
- Empresas actuando independientemente.
- Productos diferenciados, aún con sustitutos cercanos.
- Competencia predominante por medio de precios.

Con estas características, las empresas dominantes provocarán reacciones entre las empresas rivales. Para no perder ventas estas bajarían también sus precios, pudiendo establecerse una guerra de precios en el mercado.

El comportamiento de la empresa de oligopolio, en cuanto a la determinación del volumen de la producción y de la oferta, corresponden a la maximización del resultado económico.

En los oligopolios de productos diferenciados, los acuerdos de coalición son menos frecuentes, los costos totales promedio, se aumentan por gastos en publicidad y en campañas promocionales de diferenciación del producto y de fortalecimiento de la marca.

En los oligopolios de productos homogéneos, cuyas acciones de mercado, generalmente están coordinadas por acuerdos de coalición, las decisiones de las empresas son casi independientes, las reglas de juego varían en función de estos factores:

- La organización interna del oligopolio.
- El grado de concentración de las empresas.
- El grado de diferenciación o de la homogeneidad de los productos.
- Las relaciones existentes entre las empresas.
- El poder de dominación de la influencia de la empresa líder.

Farmacoeconomía

La Farmacoeconomía, es una disciplina surgida en los años 80, que ha evolucionado a un ritmo rápido. Su forma de investigación más conocida es la, evaluación económica de los medicamentos. Esta especialización constituye una herramienta importante para la toma de decisiones y para mejorar los niveles de eficiencia en el sistema de Salud. Esta disciplina, hace hincapié en la importancia de la evaluación económica de un tratamiento o fármaco en términos de su impacto sobre el estado de salud y el impacto en los costos de atención de salud, más aún tomando en cuenta que existen varias alternativas relacionadas con la fármaco-terapia para combatir o aplacar la sintomatología y cuadro clínico de una enfermedad, entonces la determinación de la eficiencia de un tratamiento farmacológico y su comparación con la de otras opciones con el fin de seleccionar la alternativa más eficiente, convierten a la evaluación económica de los tratamientos farmacológicos en una poderosa herramienta para trabajar sobre los conceptos de eficacia (Revista Cubana de Salud Pública, 1999).

Los medicamentos actuales, generalmente son productos de alta tecnología, y cada vez son más potentes y selectivos. En ocasiones son caros, por lo que es necesario compararlos con otras alternativas, tanto en términos económicos como de calidad de vida. La época moderna se caracteriza por el incremento en escasez de recursos y en la demanda sanitaria. Los factores demográficos, la cobertura de los servicios, el envejecimiento de la población que trae aparejado más enfermedades crónicas, la disponibilidad de alta tecnología sanitaria y otros, hacen que los gastos sanitarios, crezcan en porcentajes altos dentro del Producto Interno Bruto de muchos países, como se describió en el primer capítulo de este estudio (Revista Cubana de Salud Pública, 1999).

Dentro del gasto en salud, se presta cada vez más atención al gasto farmacéutico, preocupación que tienen desde los encargados en la toma de decisiones, administradores sanitarios, farmacéuticos, hasta los propios pacientes.

Para realizar un enfoque adecuado, dentro de la Evaluación Económica de los Medicamentos, la Farmacoeconomía centra sus análisis en 3 variables: Eficacia, efectividad y disponibilidad (como se citó en el artículo de Farmacoeconomía y eficiencia en la salud pública, 1999).

La eficacia es el beneficio o utilidad de una tecnología, para los pacientes de una determinada población, bajo condiciones de uso ideales, se fundamenta en los resultados o ensayos clínicos, es decir, en situaciones controladas. La eficacia pregunta si el medicamento puede funcionar.

La efectividad se encamina en los resultados respecto a la población a la que va dirigido, se apoya en el uso de la tecnología en la práctica habitual y por tanto mide la utilidad. Mide los conceptos de eficacia y aceptación.

La disponibilidad, se refiere a si el medicamento es asequible para aquellos paciente que pueden beneficiarse de él.

Según el estudio de la investigadora Ana María Gálvez Maldonado (2003), una vez determinadas la eficacia, la efectividad y la disponibilidad, se inicia el proceso de análisis farmacoeconómico, propiamente dicho, la eficiencia se determina al contestar la pregunta ¿se corresponde el medicamento con la mejor alternativa posible?, en términos generales se utiliza la noción de eficiencia para designar la relación existente entre los resultados obtenidos de una actividad dada y los recursos utilizados. La eficiencia supone obtener un resultado concreto con unos recursos limitados o bien obtener el máximo de beneficio con estos recursos asignados. El fin ulterior de un análisis farmacoeconómico corresponden entonces a realizar un análisis de eficiencia, en el cuál se involucren los análisis costo-beneficio, costo-eficacia y costo utilidad, adicionalmente deberá contemplarse un análisis de minimización de costos.

La evaluación económica de medicamentos (según la revista cubana de salud pública, 1999), es un proceso que cada vez toma más fuerza en la toma de decisiones dentro del campo sanitario, países como Noruega y Australia, ya han incorporado a la Farmacoeconomía como una herramienta obligatoria de uso dentro de las decisiones a tomarse a nivel de políticas sanitarias, la práctica ética médica, requiere un equilibrio de los intereses de los diferentes pacientes o potenciales pacientes y eso significa, contabilizar los costos de cada decisión que se toma, no hay nada inmoral en querer ser más eficientes, por el contrario lo que no es ético, es dejar de tener en cuenta la limitación de recursos.

CAPITULO I

El mercado de farmacias en el Ecuador

1. Origen

El moderno concepto de Farmacia que actualmente se conoce en el país, ha sufrido una notable transformación en el tiempo, esta definición ha evolucionado al igual que en otros países de la región en diferentes épocas de la historia, para el efecto, detallamos la cronología realizada por el Doctor José Muñoz, a través de su libro: “Apuntes para la Historia de la Farmacia en el Ecuador”.

1.1 Época Prehispánica

El arte de curar enfermedades aparece en forma intrínseca con el hombre como tal desde la prehistoria, época en la cual la figura del curandero o “shaman”⁸, etimológicamente, “scha” significa saber y “man” poder, la conducta del shaman se parece a la del sacerdote por sus rituales, a la del curandero, por sus conocimientos terapéuticos, aprendieron a identificar el poder curativo de varios herbolarios, ya sea en forma experimental o a través del “efecto demostración”, observado en varias especies de animales, que encuentran la cura a sus propias enfermedades, recurriendo a las plantas y especies disponibles en su hábitat, los objetivos básicos del shaman son curar y sanar, mejorar las relaciones de las personas con su grupo o entorno, acoplar la naturaleza al ser humano, la curación espiritual, (CHAMANISMO Y AYAHUASCA, 2011).

El curandero o shaman, tiene adicionalmente una segunda herramienta, para aplacar los síntomas de una enfermedad y hace referencia al “poder espiritual”, a través del cual y de acuerdo a la creencia, puede inferir en forma sobrenatural en el curso de una patología predeterminada, disociando el alma del cuerpo, (CHAMANISMO Y AYAHUASCA, 2011).

1.2. Albores del mercado de farmacias en el Ecuador

La Historia de la Farmacia en el Ecuador, tiene como punto ineludible de partida la llegada de los Españoles al país, pues es bien conocido que en Europa desde la edad media y más concretamente desde el Siglo XIII, en los monasterios aparecen las primeras farmacias, regentadas por monjes boticarios y luego por médicos titulados, (El Mercurio, 28-Abril-2013), la llegada de los españoles al país trae de la mano además, la eliminación sistemática y progresiva de los curanderos y shamanes indígenas, pues el solo hecho de conocer que tienen a su alcance el conocimiento curativo y nocivo del herbolario autóctono del país, hace suponer a los españoles que dentro del proceso de colonización su propia integridad corre riesgo.

El concepto de farmacia que se observa actualmente no guarda relación alguna con las primeras boticas fundadas en el Ecuador en la época colonial ya que las primeras boticas debían ser regentadas directamente por un boticario, quien debía tener un permiso expreso del Rey, validado y refrendado por el cabildo, además el boticario debía portar un recetario y debía pagar determinadas

⁸ Nombre con el cual, los indígenas de la amazonía ecuatoriana reconocen a la persona con capacidad para mitigar el dolor o curar enfermedades, ya sea a través de procesos herbolarios o a través de poderes sobrenaturales.

tasas sobre el uso de ese recetario, y el medicamento se expandía con la receta de un médico titulado, era entonces el boticario quien debía preparar o formular aquellas recetas, la mayoría de mezclas y pócimas, tenían su origen en el famoso Dossier del médico parisino Jean de Renou, quien convirtió a sus ejemplares de la “Institutionium Pharmaceuticarum” en un referente ineludible y obligatorio, para mezclar las formulas, es por esta razón que los boticarios de la época debían tener cierto conocimiento de la lectura e interpretación del idioma Latín, lo que les daba a los mismos un nivel por encima de los comerciantes comunes, especialmente de los hierbateros (Jose Muñoz, 1952:75). La función del boticario entonces recaía en preparar en ese momento la formula que el paciente o un familiar llevaba a la botica, proceso en el cual podía tomar hasta dos horas, son famosas entonces en las boticas de la época los largos sillones pegados a la pared para que el paciente espere la preparación de la formula, este concepto es absolutamente impensado en la época actual.

Queda evidenciado entonces, según José Muñoz (1952), que en las primeras boticas fundadas en el país, la función del boticario abarca un rol protagónico ya que no solamente es el encargado de expedir un medicamento sino que tiene la función de abastecerse de las materias primas adecuadas lo que involucra calidad, abastecimiento, logística y preservación de la misma, además es el encargado de interpretar correctamente el dossier, garantizando la mezcla justa de los componentes, además y como se verá más adelante debe estar calificado por el cabildo y respetar un tarifario, que involucra el precio de consulta y no ser empírico.

1.3. Crecimiento del mercado de farmacias en el Ecuador (1610-1900)

a. Las primeras boticas en Quito

El primer boticario del cual se tiene un registro debidamente sustentado en Ecuador, según José Muñoz (1952) es, Luis Tahón de origen francés, en la sesión del Cabildo de Quito del 23 de Marzo de 1610, se registra la petición del mencionado señor, tendiente a lograr la autorización para establecer una tienda publica y botica. En el mismo Siglo y luego de la primera botica de Tahón, constituida en Quito, aparece la botica de los Jesuítas fundada en su convento y posteriormente dentro del Hospital de la Misericordia de Nuestro Señor Jesucristo, que fue fundado el 9 de Marzo de 1565, en 1623 los Betlemitas inauguraban la tercera botica en Quito, es decir que al decurrir de la década de los años 20 en el SigloXVI, la ciudad de Quito ya contaba con 3 boticas dentro de la ciudad (José Muñoz, 1952: 91). Si bien es cierto, en los monasterios fundados por los españoles, en la ciudad de Quito, desde el Siglo XV, existía el concepto de botica, sin embargo fue recién hasta la petición formal de Tahón a través del cabildo de Marzo de 1610, que la botica con personería jurídica y como concepto diferencial, vinculado a una actividad económica como tal, aparece formal y legalmente en el país (José Muñoz, 1952:92).

Durante el Siglo XVIII, el negocio de farmacias en Quito se circunscribe a las 3 boticas señaladas la del señor Luis Tahon y las de los conventos Jesuitas y Betlemitas (El Mercurio, 28-Abril-2013), pero en la última década del siglo XVIII, pujantes y visionarios comerciantes de la capital, dan inicio a un pequeño pero importante grupo de boticas que se consolidan sus negocios durante las primeras décadas del Siglo XIX, desplazando y sustituyendo a las 3 primeras boticas nombradas anteriormente, es así como en el catastro o registro comprensivo de la ciudad de 1825, en el cual se registran a todos

los ciudadanos que debían rendir contribuciones directas, quedan registrados los nombres de los siguiente propietarios de boticas en Quito (José Muñoz, 1952:98):

1. Botica del Doctor Juan Manuel Gala, al haber 600 pesos como médico, 400 pesos por su farmacia y 20 pesos de contribución.
2. Botica del ciudadano Manuel Ontaneda, 300 pesos al haber, contribución 6 pesos.
3. Botica del ciudadano Próspero Chiriboga, 200 pesos al haber, contribución 4 pesos.
4. Botica del ciudadano Jose Marzana, 150 pesos al haber, contribución 3 pesos.

Durante las tres cuartas partes del Siglo XIX, Quito alberga a estas 4 boticas, este lapso coincide con la época del resurgimiento político, cultural y económico del Ecuador, bajo el gobierno de García Moreno, el crecimiento económico que experimentó el país en ese tiempo y especialmente las ciudad de Quito, despertó el interés de algunos empresarios quiteños para incursionar en el mercado de boticas en el país, este hecho sumado a la falta que hacían buenas boticas y farmacéuticos en Quito (apenas 4 boticas, en una ciudad cercana a los 35.000 habitantes según el censo de 1862), determinaron que en Alemania y Dinamarca, se despertara el interés por venir al Ecuador, por parte de varios profesionales farmacéuticos, que indudablemente, contribuyeron al prestigio y afianzamiento de la farmacias en el país (Jose Muñoz, 1952:102). Y así fue como llegaron sucesivamente al país los señores: Alejandro Schibbye, Antonio C Mortensen, Augusto Kistenmacher, Augusto S. Rasch, Stahlesmidt y otros que venían por su propia cuenta o contratados por empresarios quiteños, que se habían propuesto instalar el negocio de farmacia, sobre bases nuevas y racionales, distintas a a las que entonces habían regido para el mismo objeto (José Muñoz, 1952:102).

La presencia de los primeros farmacéuticos extranjeros, ya nombrados, cambiaron notablemente esta realidad en el manejo y concepción de las boticas de la época, es así como el señor Alejandro Schibbye, a quien se dice, insinuó personalmente el propio Garcia Moreno para venir a Quito, para establecer una verdadera botica. En efecto Schibbye abrió la Botica Alemana en Quito el 1 de abril de 1875, en el conocido pasaje Royal, el mobiliario y decorado de la botica, fueron un hito revolucionario en la capital, pues por primera vez en el país se veía una botica con muebles tallados, mostradores con tableros de mármol, espejos a profusión, grandes depósitos esféricos de vidrio, llenos de soluciones, ordenadas por principio activo y ordenados simétricamente sobre elegantes columnas, al frente de mostradores de despacho, además y como gran novedad se atraía al público, los depósitos cilíndricos, llenos de sanguijuelas, utilizados entonces para verificar la sangría, en lugar de practicarla con el bisturí, de igual manera y como un "reciame" de la última palabra en materia de instrumentos quirúrgicos, se exhibía la "aguja de sedal", utilizada en la punción de absesos (José Muñoz, 1952:103-104).

Como era de esperarse este revolucionario concepto en la forma de presentar, promocionar y trabajar una farmacia, convirtió en menos de 3 años a la Botica Alemana en la botica más acreditada de la ciudad de Quito, es así como para atender la creciente demanda, el señor Schibbye, trae como colaboradores de Europa a los Sres Rasch, Kistemacher, Stalhesmidt, Mortenesen y Hansen, de los nombrados, los señores Rasch y Mortensen, tan pronto como llegaron a Quito se apresuraron en cumplir las leyes ecuatorianas, relativas al ejercicio de la farmacia y rindieron su examen de incorporación en la Facultad de Medicina, por su parte Alejandro Schibbye, luego de un intenso y lucrativo trabajo y de haber prestados valiosos servicios como profesor de la universidad y en otras

tareas que le encomendaban las autoridades sanitarias de la época, regresó a Europa y traspaso el negocio al Dr. Antonio Mortensen, quien se asoció al médico quiteño Guillermo Espinosa, la sociedad Mortensen-Espinosa, continuó administrando la Botica Alemana, que posteriormente adquirió la Botica Francesa, que luego paso a denominarse “Sucursal de la Botica Alemana” (José Muñoz, 1952:104), por su parte el señor Manuel Jijón Larrea, instaló por su cuenta la Botica Norteamericana, en la calle Sucre y puso al frente de ella a Mr. Charles Planchez, un farmacéutico, contratado directamente por Jijón en Francia. Para la última década del siglo XIX, la ciudad de Quito contempla una rivalidad comercial sin precedentes (un fenómeno que curiosamente se repetiría 100 años más tarde, como veremos más adelante) entre estas dos boticas, rivalidad sostenida, tanto en la calidad de los artículos así como en la solvencia profesional de los farmacéuticos a su cargo, en el caso de la botica norteamericana, reforzada con la colaboración de los Drs. Carlos Egas Caldas y Leonidas León (José Muñoz, 1952:105), esta batalla comercial fue finalmente ganada por la sagacidad y olfato comercial de Mortensen, quien adquirió para sí la Botica Norteamericana y la refundo con su propio nombre Botica Alemana. Para resarcir en parte las pérdidas sufridas en la dura batalla comercial, Mortensen resolvió ampliar el negocio y llamó más personal de Dinamarca y arribaron los Señores: Ove Rammel Gram Blom y Enrique Vorbeck, a quienes confió la dirección de las boticas y sus sucursales, antes de emprender un viaje a Europa por motivos comerciales y científicos (José Muñoz, 1952: 106).

b. Las primeras boticas en Guayaquil

En Guayaquil, el primer boticario registrado en el cabildo es Alonso Preciado, quien solicitó permiso para operar en 1683, antes de finalizar el S XVII, además de la botica de Preciado, en Guayaquil, se encontraban ya dos boticas más la de Pedro Gaudino y la de Ignacio Hurtado, es decir al igual que en la ciudad de Quito, antes de finalizar el S XVII en Guayaquil se ubicaban ya 3 boticas a lo largo de la ciudad (El Universo, 27-Enero-2008). Para 1727, llega y se establece en Guayaquil, Guillermo Baracco, quien ubica dos boticas en el puerto principal, pero el creciente negocios de boticas en Guayaquil, se ve fuertemente impactado por la orden del cabildo, que recibe la denuncia de que en Guayaquil se está fijando precios por visita superiores a los 4 reales plenamente establecidos, además quedan al descubierto los fraudes de las boticas y el empirismo de los boticarios, el cabildo de Guayaquil entonces, atiende la denuncia y ordena revisar los títulos de los boticarios y expulsar a todos los empíricos. Una obra de depuración parecida ocurre cuando llega a Guayaquil el Dr. Xavier Ruiz Ponce, teniente del Protomédico de Lima quien persiguió a los curanderos y clausuro varias boticas y pulperías⁹ (José Muñoz, 1952:30).

Luego de esta depuración el cabildo porteño, obliga a todos aquellos candidatos a montar boticas a rendir exámenes de aprobación que sustenten su calidad de boticarios, es así como el primer examen registrado a un boticario en el Ecuador se da en 1753, cuando el Dr. Jose Antonio Gómez de Cisneros rinde el examen y es aprobado y autorizado para montar una botica publica en Guayaquil, para el año 1774, se registran en Guayaquil 5 boticas legalmente constituidas y con boticarios, autorizados legalmente a ejercer su función como tales, luego de haber rendido el examen de aprobación aprobado por el Cabildo, estas 5 boticas eran visitadas anualmente por una comisión designada por el cabildo para validar y confirmar los permisos de funcionamiento (José Muñoz, 1952: 32).

⁹ Nombre con el cual se identifican en antaño a todos aquellos negocios en los que se podía encontrar desde alfileres hasta recetas médicas, pasando por artículos novedosos importados de variada índole.

Para el último cuarto del siglo XVIII, habiéndose regulado el naciente y prospero mercado de farmacias en Guayaquil, se registra una expansión notable de este mercado, al punto que para el año 1776, se registra ya la primera huelga de farmacias, quienes se organizaron en protesta contra el médico Domingo de Soria quien como director del hospital San Juan de Dios, impulso la orden de revisión de inventarios en cada botica para decomisar “todo lo malo” que se encuentre en cada botica (José Muñoz, 1952:34).

En 1780 en la ciudad de Guayaquil a más de la mencionada botica del Dr. Jose Antonio Gómez, y de las dos boticas de Guillermo Baracco, quedan registradas las siguientes boticas (Carmen Chavez, 2004:18-19):

1. Botica de Pedro Pascasio Galán
2. Botica de Pedro Cousinho (Portugues)
3. Botica de Ignacio Hurtado
4. Botica de Idelfonso Recova (Uruguayo)
5. Botica de la Viuda de Roldán
6. Botica de Tadeo Ventura
7. Botica del Dr. Juan Haller (Inglés)

De esta forma, según Jose Muñoz (1952), en las primeras décadas del siglo XIX, Guayaquil contaba con 10 Boticas, legalmente constituidas y operando formal y legalmente a lo largo y ancho de la ciudad.

La época colonial se cierra en Guayaquil con el establecimiento del primer protomedicato, pues ya cuenta el puerto principal con una cantidad suficiente de médicos y cirujanos, para establecer su propio consejo, además en los albores del siglo XIX, ya se forman la primeras Juntas de Sanidad, cuyo aporte resulta gravitante en el control de acceso de naves sanitariamente sospechosas al puerto, que en función de las pestes y enfermedades endémicas anunciadas en los puertos de embarque de dichas naves, adicionalmente son estas juntas en colaboración con el protomedicato, las que tenían a su cargo: vigilar el ejercicio de las profesiones médicas, controlar las boticas y erradicar el empirismo todavía muy arraigado en Guayaquil (Carmen Chavez, 2004:19).

A partir de 1860, la ciudad de Guayaquil experimenta un dinámico crecimiento en su mercado de farmacias. Para 1876 el Dr. Menheim funda la Botica Alemana en Guayaquil y fue el primero en rotular un epígrafe latino en la Botica que decía: “Nos remedia Deus Salutem”, la Botica Alemana, cambió de dueño y pasó en 1892 a ser propiedad del Dr. Augusto S. Rash, uno de los profesionales llamados por Schybye a Quito desde Alemania, después cambió de dueño y de nombre y fue botica danesa de Holger Glaesel y con este el último nombre subsistió en propiedad de Pedro Holst, (José Muñoz, 1952:111).

Mr. Charles Planchez, aquel farmacéutico que había sido traído por el Dr. Jijón desde Francia, después de refundada la Botica Norteamericana que dirigió con la Alemana en la ciudad de Quito, se traslado a Guayaquil y allí instalo una propia, al mismo tiempo se fundaron en Guayaquil las boticas de los farmacéuticos franceses Mr. Gault y Mr. Payeze y otras varias (José Muñoz, 1.952:111)

c. Las primeras boticas en Cuenca

Por su parte en Cuenca, son los Betlemitas, luego de haber instaurado la primera botica en Quito en el S.XVII, quienes fundan la primera botica en Cuenca en 1747, la que se constituye en la primera botica moderna de la ciudad, en el sentido literal de la palabra. En las actas del cabildo de Cuenca colonial, se encuentra por dos ocasiones el inventario de las pertenencias y medicamentos de la botica de los betlemitas, que modernizó la medicina de la época, numerándose 347 diferentes medicamentos, tales como, aceite de lombrices, extractos de opio, cicuta, nuez vómica, piedra infernal, oro pimienta, esencias, gomas, bálsamos y tinturas de diferente tipo, como la gran panacea de la época se presentaba, la cascarilla de Loja, connotada para el tratamiento específico de la malaria. Esta botica dura hasta el año 1822, cuando desaparece el Hospital Betlemita, y el Hospital pasa a ser militar por disposición del Mariscal Antonio José de Sucre (Manuel Agustín Landívar, el antiguo Hospital Betlemita, 1980), la botica que era manejada por Fray José de San Miguel, pasa a manos particulares y tiene vigencia hasta el año 1837, (José Muñoz, 1952:86).

Desde 1.850 en adelante en la ciudad de Cuenca, resulto prácticamente imposible optar por el título de Farmacéutico exigido por las autoridades, por la serie de exigencias y condicionantes impuestas de acuerdo a la nueva Ley Reformatoria de Instrucción Pública que regia en las Universidades de Quito, Guayaquil y Cuenca en tal razón en 1.865 se expide una Ley en Cuenca, a través de la cual, para vender drogas en la capital azuaya, solo se necesitaba el título de boticario y no el de farmacéutico, acorde con los reglamentos de la escuela Politécnica, no obstante esta ley solo fue promulgada y validada en la ciudad de Cuenca, no aplicaba ni en Quito ni en Guayaquil, en función de esta ley, la ciudad de Cuenca logra expandir su mercado de Farmacias para finales del S. XIX, logrando conformar un mercado de 8 farmacias para finales del Siglo XIX, mientras que en Quito y Guayaquil se habían logrado consolidar para finales del Siglo XIX apenas 5 farmacias en cada ciudad (José Muñoz, 1952:110).

La más antigua y organizada botica de Cuenca, fue la del Dr. Mariano Abad Estrella, fundada en 1.860 y que ostentaba también como la de Manheim en Guayaquil, la misma sentencia latina: “Nos remedia, Deus saltem” (José Muñoz, 1952:112).

Como se ha descrito, el desarrollo del mercado de farmacias en las tres principales ciudades del país, en un comienzo está ligado a las condiciones propias de un mercado naciente, con una gran cantidad de personas que demandan este servicio y muy pocos oferentes, creando las condiciones económicas propicias para entrar en un modelo de competencia perfecta, en donde los compradores se rigen por la oferta proporcionada, pues no existen muchas alternativas para escoger medicinas y más aún es el propio oferente quien en ese momento elabora las medicinas a petición del demandante, se trata de una demanda dirigida sin marcas, en un mercado netamente artesanal, el crecimiento de la cantidad vendida se da por el incremento de la capacidad adquisitiva de los demandantes, en estas circunstancias y tomando en cuenta que existe una limitada oferta, es la ocasión propicia para experimentar crecimientos a escala e innovaciones tecnológicas por parte de la oferta, es decir los mismos preceptos descritos en la fundamentación teórica, cuando la competencia perfecta, conduce a los mercados por si solos a moverse en las esferas de la eficiencia social, este enfoque se ajusta perfectamente a la realidad del mercado de farmacias hasta inicios del Siglo XX.

1.4. Desarrollo exponencial del mercado de farmacias independientes (1905-1990)

Hasta el momento y en el periodo analizado (1610-1900) se observa en las 3 principales ciudades del país, que el desarrollo del mercado de farmacias, obedece única y exclusivamente a satisfacer la demanda puntual de un naciente mercado de recetas, expandidas por médicos titulados adicionalmente queda evidenciado, que para tener una botica es obligatorio y necesario tener una aprobación por parte de las autoridades competentes en cada una de las principales ciudades del país que acrediten al propietario de la botica como un boticario, que cumpla con varios requisitos relacionados con el cargo y además este boticario debe poseer elementales conocimientos del idioma latín para poder preparar las formulas derivadas y contenidas en los dossier de la época, de esta forma se entiende que prácticamente en un siglo la cantidad de farmacias, en estas 3 ciudades permanece invariable.

En particular existe un hecho, que en forma accidental le da un giro trascendente al desarrollo del mercado de farmacias al iniciar casi el Siglo XX, el 25 de Octubre del año 1904 siendo ministro de Instrucción Publica el Dr. Luis A Martinez, el consejo superior de la Instrucción Pública, dictó una resolución, según la cual, los prácticos o empleados de mostrador de Botica, de cualquier lugar de la República, podían optar por el título de Licenciados en Farmacia, si después de comprobar una práctica continuada en el ramo, no menor a 5 años, se presentaban a rendir un examen, ante un Tribunal organizado por la Facultad de Medicina. Se hicieron reparos a esta peregrina resolución; pero más pudieron las influencias interesadas, y así se dejó una puerta franca, por la que entraron a conseguir título académico, muchos empleados de botica que ni siquiera habían terminado su instrucción primaria (José Muñoz, 1.952:122).

Se ve entonces y por primera vez en este mercado como la intervención estatal, intenta regular el funcionamiento de este mercado, pero lejos de tratarse de una falla del mercado o una corrección al mismo, más bien la intervención responde a intereses creados, pues la resolución implicó que el manejo de las boticas y farmacias, quedaría en manos de personas que en su gran mayoría solo tenían un conocimiento empírico del manejo de un negocio de esta naturaleza.

Para comienzos del Siglo XX, en la ciudad de Guayaquil el Dr. Roberto Levi Hoffman, ciudadano de origen alemán, titulado en Química y Farmacia por la Universidad de Hamburgo y habiendo ganado en 1905, el concurso de merecimientos frente a 84 postulantes en Hamburgo para ocupar el cargo de Químico-Jefe del Laboratorio Municipal de Guayaquil (diccionario biográfico del ecuador/tomo/tomo3), hace su arribo el 24 de Mayo de 1909 a la Isla Puna en el puerto principal, quien luego de haber transitado por algunos cargos relacionados a su cargo, finalmente en 1.918 se dedica a la elaboración de jarabes contra la tos y varias clases de talco, habiendo desarrollado una pequeña industria con estos productos en 1.919 compra la casa y la botica Olmedo ubicada en: Eloy Alfaro y Huancavilca. Una vez al mando de la botica Olmedo, para el año 1.922, se dedica a la importación de varios productos químicos y farmacéuticos de Alemania, aprovechando la gran recesión de postguerra, logra comprar una gran cantidad de productos a precios irrisorios, lo que le permite acumular una gran cantidad de inventarios, para dinamizar su negocios, adquiere en 1.924 dos nuevas boticas: La del Comercio y la del Pueblo con sus respectivos edificios, de esta forma nace formalmente en el ecuador la primera cadena de farmacias, que aunque con razón social diferente,

son regentadas por el mismo propietario, con abastecimiento centralizado y manejo integral de inventarios un concepto arrollador y revolucionario para la época. (DICCIONARIO BIOGRAFICO ECUADOR, 1987) .

Esta iniciativa no solo tendría repercusión en Guayaquil, pues en el año 1932, son fundadas en Cuenca las Boticas Olmedo # 1, Olmedo # 2 y Olmedo # 3, a cargo de los hermanos Tenorio Laso: Manuel de Jesús, Julio Alberto, Rafael y Gabriel, los dos primeros médicos y farmacéutas pues la Universidad de Cuenca en ese entonces otorgaba los dos títulos en forma simultánea, las boticas Olmedo son las subsidiarias de las Boticas Olmedo, fundadas por el Dr. Levi en Guayaquil(El Mercurio, 28-Abril-2013), tenemos ya en la década de los treinta en la ciudad de Cuenca, el primer atisbo de una cadena de farmacias, trabajada y organizada bajo el concepto de abastecimiento compartido y operada por un grupo familiar, tal es así que los hermanos Tenorio Laso, en forma visionaria fundan una compañía denominada BOTH: Boticas Olmedo Tenorio Hermanos, constituyéndose esta iniciativa en la primera compañía organizada y constituida para operar dentro del mercado farmacéutico ecuatoriano, bajo lo que ahora conocemos con los modernos preceptos de un “holding comercial”, propiamente dicho.

A partir de entonces la figura comercial del mercado de boticas (posterior mercado de farmacias) toma su propio dinamismo, teniendo como motores de impulso las iniciativas de varios empresarios, que van creando modelos de distribución y cadenas como veremos en el siguiente capítulo, no obstante el modelo de mercado de farmacias en el país hasta finales de los años ochenta, se ve influenciado por la evolución descrita hasta el momento

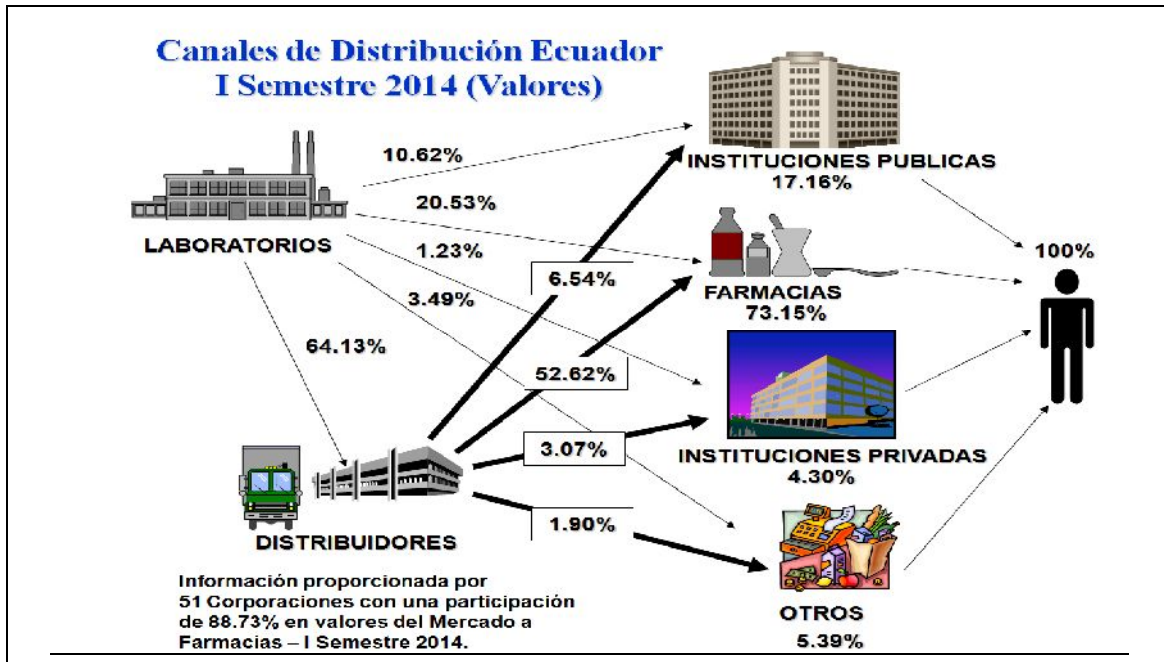
1.5. Situación actual del mercado de farmacias en el Ecuador

El desarrollo del actual modelo de farmacias en el Ecuador es reforzado por el cambio operacional en la constitución descrito anteriormente el cual estipulaba que ya no era necesario ser un químico farmacéutico especializado en su área y reconocido, sino que era suficiente contar con el título de médico, por demás está decir que los médicos estudian y se preparan para atender patologías de diversa etiología y para atender pacientes, más su formación no está dirigida a elaborar fórmulas químicas y reactivos, peor aún a tener un manejo administrativo y financiero de una farmacia, en la actualidad muchas farmacias independientes se han valido de este cambio constitucional y actualmente muchas farmacias, son operadas directamente por médicos o farmacéutas y otras pocas pertenecen a personas particulares especializadas en el negocio, de cualquier forma todas las farmacias deben registrar ante la autoridad sanitaria un químico farmacéutico responsable del negocio, no obstante el negocio como tal, en muchos casos no está en manos de un bioquímico, sino más bien de una persona orientada con un fuerte enfoque comercial.

Actualmente en el Ecuador el mercado farmacéutico mueve alrededor de 1.300 millones de dólares (IMS Health, informe customizado GFE; Febrero-2015) y los crecimientos anuales durante la última década, registran un crecimiento promedio de 9% (IMS Health, Evolución de Ventas Industria Farmacéutica Ecuatoriana 2014:11), convirtiéndose en uno de los mercados con crecimientos uniformes más representativos de Sudamérica, de este gran total de ventas y conforme a los valores porcentuales de los canales de venta del negocio farmacéutico en el país, como se observa en el siguiente gráfico, el 73% aproximadamente se realiza directamente por el canal de farmacias privadas, dejando el resto de ventas para canales marginales, tales como clínicas e instituciones

públicas que también venden medicinas, a través de sus farmacias internas, a continuación se detalla, el porcentaje de ventas por canal de distribución en el mercado farmacéutico ecuatoriano medido en dólares, véase gráfico 8.

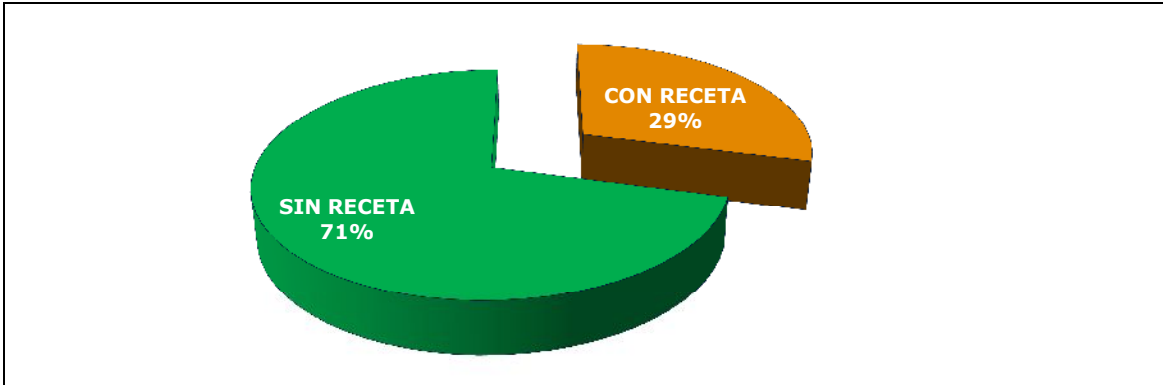
Gráfico 8: Ventas de la Industria Farmacéutica por canal: I-Semestre Año 2014



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

El 73.15% del cuadro anterior, corresponde a 804 millones de dólares que se vendieron en las farmacias del país durante el año 2.014, tomando en cuenta que el gran porcentaje de medicinas que se venden en Ecuador, son vendidos precisamente por intermedio de las farmacias, es importante, analizar de ese gran total de ventas, que porcentaje es vendido con receta médica y que porcentaje es vendido directamente en el mostrador sin necesidad de presentar una receta, es decir venta operada por un dependiente de farmacia, es así como del 73,15% de ventas canalizadas a través de una farmacia, el 71% de estas ventas es expendida a través del mostrador, sin necesidad de que la persona que compra esta medicina, presente una receta médica, dejando apenas un 29% del total de las ventas que se realizan en una farmacia, para ventas en las cuáles el comprador, descarga una receta médica avalada por un médico profesional, el hecho de que el 71% de las ventas realizadas en las farmacias, se realice sin presentar una receta, demuestra que se trata de un mercado muy informal, pues queda en manos del responsable de la farmacia, en la mayoría de casos un dependiente que no tiene un título relacionado al estudio de medicinas, la potestad de recomendar tal o cual medicina, como se visualiza en el gráfico 9.

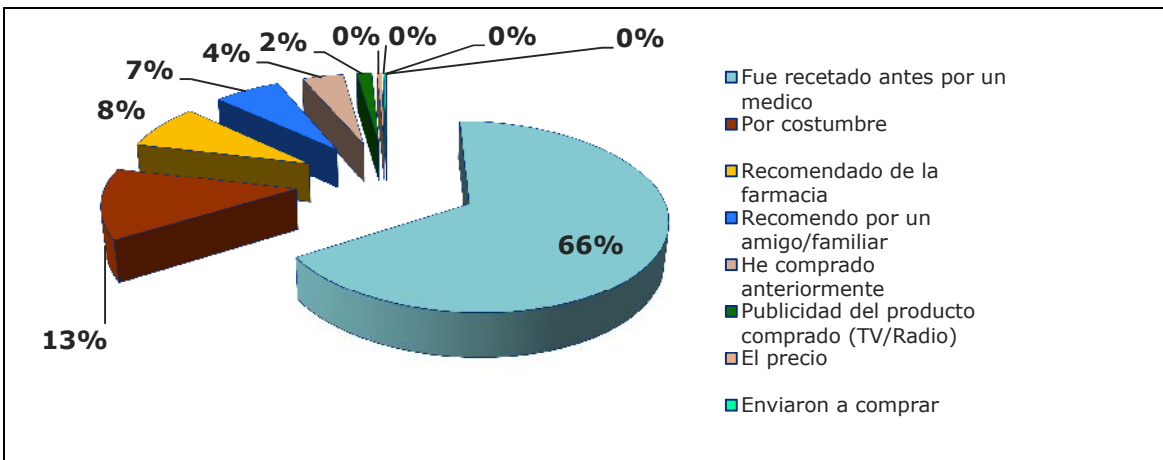
Gráfico 9: Tendencia de compra de medicinas en las farmacias: Año 2014



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

De este gran total de compras de medicamentos que son expendidos directamente por mostrador, el 8% son recomendados directamente por el dependiente de mostrador y el 66% es referido porque en alguna ocasión fue recetado por algún médico en patologías similares, y en mucho de estos casos esta recomendación pasa de una persona que padeció síntomas de alguna patología, a otra persona que presenta síntomas similares, pero sin el aval de un médico profesional que certifique el curso de la misma enfermedad, mientras que un 13% del total de ventas por mostrador es comprado por costumbre, como se ve existe un alto porcentaje de fármacos que se venden en las farmacias sin respaldo científico, transformando a este mercado en una mercado que puede ser influenciado en gran medida por la habilidad de determinados laboratorios farmacéuticos, para influir en las personas que tiene el control de las farmacias, es decir en su gran mayoría personas enfocadas a obtener una rentabilidad comercial principalmente. A continuación se grafican las causas de compra de los productos que son vendidos sin receta médica en el mostrador de farmacia, véase gráfico 10.

Gráfico 10: Causas de la compra sin receta médica en las farmacias: Diciembre - 2014

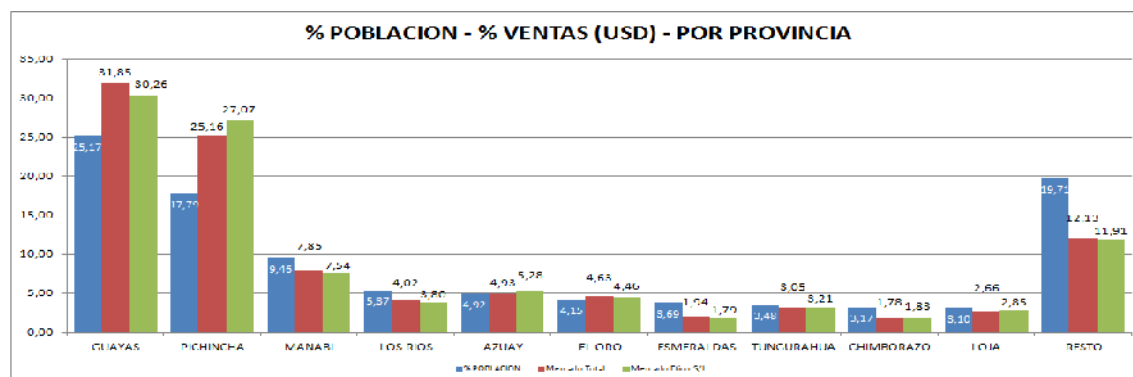


FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

1.6. Ventas por provincia y por tipo de mercado

El consumo de medicinas a nivel mundial, está relacionado directamente con el standar de vida de la población, como se ha visto en los cuadros analizados anteriormente, solo el 29% de las ventas realizadas en una farmacias están respaldadas por una receta de un profesional médico, estas ventas con receta médica se conocen como ventas éticas y evidentemente están relacionadas a la capacidad económica del paciente quien tiene los recursos suficientes para pagar una consulta médica y comprar la receta enviada por el médico, mientras tanto el 71% de las medicinas que se venden en las farmacias privadas del país, son ventas realizadas por mostrador es decir sin necesidad de presentar una receta médica, las cuales se conocen como mercado de consumo, la suma de las ventas éticas y las ventas de consumo, reflejan el mercado total, en el siguiente gráfico, se hace una relación de la participación de la población dentro del total país por provincia al mismo tiempo se compara esta participación poblacional, con la cantidad de medicinas vendidas en el mercado total en esa provincia y al mismo tiempo se compara con el total de medicinas del mercado ético, vendidas en la misma provincia, por ejemplo, la provincia del Guayas tiene el 25.17% del total de habitantes del país, no obstante en esa provincia se vende el 31.85% del total de medicinas que se venden en el país y se vende el 30.26% del total de las ventas del mercado ético realizadas en el país, lo cual demuestra, que las cantidades de ventas de productos farmacéuticos en esta provincia, son superiores a las que relativamente deberían demandar sus habitantes en relación con el resto de provincias del país, la provincia de Pichincha por su parte, alberga el 17.79% del total de la población del país, no obstante el 25.16% del total de las ventas del mercado farmacéutico se concentran en esta provincia, mientras que el 27.07% del total de ventas del mercado ético, se realizan en la provincia de Pichincha, esto demuestra que los habitantes de esta provincia, tienen una mayor capacidad adquisitiva para pagar una consulta médica y comprar una receta, aunque este parámetro también está ligado al nivel cultural de la población, pues en determinadas provincias de la Sierra, Costa y Oriente, alejadas de las grandes ciudades, el ancestro cultural les indica que el farmaceuta o el dependiente de farmacia es la persona más capacitada en el poblado para facultar una receta, en el gráfico 11, se observa la relación descrita por población, mercado total y mercado ético en las principales provincias del país.

**Gráfico 11: Ventas porcentuales por provincia y por tipo de mercado:
(CENSO 2010)**



FUENTES: IMS HEALTH/CENSO INEC 2010
ELABORADO POR: Oscar Montes

En este primer capítulo, se ha presentado una reseña histórica de la creación del mercado de farmacias en el Ecuador, el cuál en primera instancia, respondió a los determinantes de una demanda naciente de un servicio básico en la colectividad, que tuvo respuesta a través de incipientes canales de oferta, dentro de lo que podría llamarse un modelo de competencia perfecta, es decir una oferta ajustada a una demanda efectiva, no obstante la primera intervención estatal, queda evidenciada a comienzos del Siglo XX, cuando a través de una regulación estatal el ministro de salud, Dr. Luis A Martínez, modifica la ley que estipulaba que para administrar y poseer una farmacia, se necesitaba un título de farmaceuta (químico) y podía obtener te título alguna persona que demuestre 5 años de experiencia en el ramo, para obtener el título de licenciado en farmacia, a través de un examen rendido a un tribunal organizado de la facultad de medicina de la universidad central, este cambio emanado desde la esfera gubernamental, abrió las puertas para que muchas farmacias desde comienzos del Siglo XX, sean administradas por personas guidas únicamente por sus intereses comerciales, lo cual a su vez provocó que muchos oferentes de medicinas, enfoquen sus esfuerzos a mejorar las condiciones comerciales en torno a conseguir mayores ventas, sin tomar en cuenta que la venta de fármacos esta directamente ligada a necesidades dirigidas de importantes segmentos de la población, tenemos aquí entonces una primera imperfección del mercado de farmacias, que provoca un crecimiento desordenado de la cantidad de farmacias a partir del siglo XX, convirtiendo a este negocio en un negocio enfocado a la maximización de beneficios, sin tomar en cuenta que en esencia se trata de un negocio, con un enfoque de servicio social antes que comercial propiamente.

Quedan sentadas de esta forma los antecedentes, para que el mercado de farmacias en el país, tenga un fuerte enfoque, en la venta canalizada a través del mostrador de farmacia dejando en un segundo plano la venta realizada a través de la prescripción médica, tal cual se presentó el análisis en este capítulo, de esta forma el negocio de las farmacias en el país adquiere un fuerte enfoque comercial, presentando las condiciones necesarias, para que el desarrollo del negocio quede a merced de intereses netamente comerciales, y en ausencia de una correcta intervención estatal, que regule las condiciones de un merco vinculado en esencia a la salud de la población, entonces estos intereses formarán parte de las principales imperfecciones del mercado, que un sector de la industria farmacéutica, explotará a fondo, hasta terminar configurando un oligopolio.

CAPITULO II

Factores que propiciaron la creación de cadenas de farmacias y la generación de un mercado paralelo de franquicias

El mercado de farmacias evolucionó favorablemente, hasta el punto de constituir al Ecuador como el país que más farmacias por habitantes promedio en Sudamérica, pero este indicador estaba lejos de representar una distribución eficiente de los canales de oferta del sector, pues el mercado de farmacias presentaba las condiciones propicias, para desarrollar una serie de imperfecciones, que terminen distorsionando su funcionamiento, como se vio al finalizar el capítulo anterior, la administración de las farmacias por una reforma regulatoria, en su gran mayoría quedó en manos empíricas, que orientaron el desarrollo de este negocio a intereses netamente comerciales, creando las condiciones propicias, para que se consolide un oligopolio de oferentes, en gran medida gracias a los cambios circunstanciales que vivió la economía del país con el proceso de dolarización, un actor no programado ocupó un rol protagónico en este proceso, los distribuidores farmacéuticos, cuyo rol en primera instancia era el de ser un soporte logístico en la distribución y abastecimiento de los fármacos, pero 3 de estas compañías en el transcurso de los últimos 15 años, se terminaron convirtiendo en los propietarios de casi la mitad de las farmacias operativas en el país y más aún la mitad de estas farmacias, actualmente canalizan el 82% del total de las ventas del sector, como se verá en el desarrollo de esta capítulo, constituyendo un oligopolio ya que de acuerdo a los preceptos emanados en la fundamentación teórica de este trabajo, para que un oligopolio se constituya como tal, a l menos 5 de las empresas dominantes deben tener el control de más del 70% de la utilidad operativa del mercado en cuestión, con todas las implicaciones económicas que implica el desarrollo de esta actividad económica en un sector de servicios básicos y elementales dentro del país.

2.1. El surgimiento de los grandes distribuidores farmacéuticos

Para mediados de la década de los ochentas, según IMS HEALTH (1989), el país contaba ya con 2.800 farmacias dentro del sector, el negocio del mercado farmacéutico ecuatoriano había adquirido ya un gran dinamismo comercial, según Fausto Jaramillo Proaño¹⁰, reflejado en: “la cantidad creciente de farmacias operativas, la diversidad de venta en cada una de ellas y la penetración en todas las provincias del país, hasta los poblados más lejanos. Hasta ese entonces los laboratorios farmacéuticos, tales como: Grunenthal, Pfizer, Bayer, Roche, Merck, Glaxo, Reccine, Medicamenta Ecuatoriana, Bagó, Life, Acromax, Rhone Pouland, Hoechst Eteco, Parke Davis, Abbott del Ecuador, Schering Plough, Ciba Geyge, entre otros, eran los encargados de distribuir directamente sus productos, teniendo a su cargo toda la operación logística, lo que involucraba los costos de traslado, almacenamiento y distribución de los fármacos, además cada laboratorio era el responsable del seguimiento crediticio de cada cuenta aperturada”, pero a comienzos de la década de los noventas, la economía nacional y su entorno empezaban a registrar cambios operacionales de gran magnitud que obedecieron básicamente a 3 factores, según Beckerman y Solimano (2003):

¹⁰ Gerente General de Laboratorios Acromax (201-2004), reseña de la entrevista realizada el 17 de Diciembre del 2014, formato de entrevista descrito en la sección anexos.

En primer lugar, la expansión demográfica del país, obligo a que en cada nuevo poblado se levanten más farmacias, con vías de acceso en condiciones desfavorables, la misión de distribución para un solo laboratorio dificultaba enormemente la operación, peor aún si el pedido generado por la farmacia en cuestión no era lo suficientemente rentable como para costear el traslado.

En segundo lugar, el riesgo crediticio había aumentado considerablemente, a mediados de los noventas la inflación ya daba muestras de inestabilidad y el tipo de cambio fluctuante, restaba mucha certeza en todo tipo de operaciones económicas y la industria farmacéutica no era la excepción, con mayor frecuencia los laboratorios farmacéuticos encontraban altas tasas de mora en sus cuentas por cobrar.

En tercer lugar, dentro de un mercado altamente competitivo, resultaba altamente ineficiente destinar más de la mitad del tiempo en el campo de trabajo a un alto porcentaje de visitadores a médicos, dedicados en esencia a cobrar facturas vencidas (con el riesgo inminente que esto implica), para poder generar nuevas ventas, en vez de utilizar su tiempo productivo de trabajo, dedicándose a su esencia de trabajo, es decir visitar médicos propiamente.

Según Fausto Jaramillo (2014), los factores descritos, obligaron a la mayoría de laboratorios farmacéuticos a cambiar drásticamente su modelo de negociación de fármacos, los cuales buscaron realizar las labores de distribución en forma indirecta, para lo cual necesitaban la figura de un distribuidor de medicinas, que básicamente cumpla con los siguientes requisitos:

1. Conozca el mercado y tenga alto grado de penetración.
2. Tenga el control y responsabilidad de la parte crediticia.
3. Disponga de un contingente humano especializado en el área de venta y cobranza de medicinas.
4. Despache los pedidos con eficiencia y rapidez.

Según Jaramillo (2014), de esta forma y ante las condicionantes propias del mercado de finales de la década de los ochentas y comienzo de la década de los noventas, se presentaba la plataforma ideal para que nuevos actores formen parte gravitante de este mercado.

A continuación se hace mención, a los distribuidores que lograron afianzar su posición como líderes en su área de influencia, casualmente serán los mismos distribuidores que posteriormente le den un giro cualitativo al negocio de farmacias en el país, aprovechando al máximo las imperfecciones de mercado que se describen a lo largo de este capítulo.

2.2. Distribuidora Farmacéutica Ecuatoriana (DIFARE)

Esta compañía es fundada por Carlos Cueva González, quien es un contador de profesión, que durante 10 años adquirió experiencia en importantes empresas como Fadesa y Ecuaquímica, motivado por su espíritu emprendedor, decidió en 1983, cuando tenía 27 años, invertir 100.000 sucres (2,380 usd en esa época), para abrir una pequeña farmacia en Guayaquil, a la que bautizó con el nombre de su madre Marina, el relata que ese capital solo alcanzó para vitrinas y perchas de madera. Por su conocimiento y capacidad administrativa, gestionó crédito con los proveedores. Carlos Cueva, manejó cuidadosamente su farmacia, con el paso del tiempo observó, que el crédito se concentraba en los proveedores, pues la tendencia era tercerizar la logística de la comercialización

y la distribución de los fármacos, determinó allí una oportunidad en tener una distribuidora propia. (Revista Lideres, 2013).

En Julio de 1984, Carlos Cueva González y su esposa Galicia Mejía Zevallos, luego de abrir la farmacia Marina un año atrás, fundan la Distribuidora Farmacéutica René buscando ofrecer un servicio caracterizado por una mayor rapidez en la entrega de los productos, amplitud de surtido e innovadoras políticas de negocio, que los llevo a captar la atención de pequeñas y medianas farmacias. En 1987 la compañía cambia de nombre a Distribuidora Farmacéutica Ecuatoriana DIFARE S.A. y en 1995, expanden el negocio mediante la apertura de oficinas en Quito y Cuenca. (DIFARE S.A, Informe de Responsabilidad Corporativa y Sostenibilidad DIFARE, 2013:9).

Carlos Cueva se rodeó de gente comprometida y de confianza, con trabajo y tenacidad, la estrategia de la compañía en sus primeros años, se centró en abarcar farmacias pequeñas, de zonas suburbanas de Guayaquil con alcance hacia la periferia, la rapidez en el suministro de los pedidos, sumado a la excelencia del servicio, mas la diversidad de su portafolio de fármacos e insumos, le permitió ganar un mercado creciente de clientes, al punto que para 1991, ya había consolidado su negocio no solo en farmacias pequeñas sino que abarcaba toda la ciudad de Guayaquil y ya tenía presencia en varias ciudades de la provincia del Guayas (Grupo Difare, 2012).

Con el fin de impulsar el crecimiento de microempresarios farmacéuticos, crea en el año 2000 Farmacias Cruz Azul y 6 años después Farmacias Comunitarias con 950 locales en 145 poblaciones del país, siendo Cruz Azul la franquicia más grande del Ecuador. Desde el 2002, la división de Farmacias impulso la cadena Pharmacys, cumpliendo la promesa de ser la mejor experiencia en compra de farmacias gracias a su variedad de productos, atención profesional, personalizada y ágil. Por otro lado, en alianza con distintos laboratorios farmacéuticos, incorpora y desarrolla, marcas nacionales e internacionales como: Menticol, Mentol Chino, Hepagen, Lacteol, Mixavit, TonWas, Kurador, entre otras. (DIFARE S.A, Informe de responsabilidad corporativa y sostenibilidad DIFARE, 2013:14).

La División de Distribución provee más de 12.000 ítems entre productos farmacéuticos y de consumo, atendiendo las necesidades de abastecimiento a mas de 3.400 Farmacias mayoristas y distribuidores farmacéuticas y de consumo del país, siendo pioneros en el desarrollo de modelos de atención, incorporando en la cadena de abastecimiento el pedido electrónico. (Difare S.A, Informe de responsabilidad corporativa y sostenibilidad, Difare, 2013:14).

Difare promueve las primeras franquicias de farmacias en el país: Farmacias Cruz Azul, Farmacias Comunitarias y al cadena Pharmacys, ofrecen a los ecuatorianos el mejor servicio de variedad y precio de productos, brindando cobertura en 165 localidades con más de 1.000 puntos a nivel nacional, cantidad que incluye, farmacias de Difare y de socios microempresarios. Farmacias Cruz Azul es la primera cadena de farmacias franquiciadas del Ecuador y actualmente la cadena de farmacias más grande del país, siendo la número uno en ventas con 924 farmacias en 165 poblaciones del país, cubriendo las 4 regiones: Costa, Sierra, Oriente y las Islas Galápagos. Las Farmacias Cruz Azul nacen en el año 2000, siguiendo la tendencia mundial en el desarrollo de franquicias de farmacias. Este modelo de negocio asociativo y solidario, se creó con el objetivo de brindar apoyo y seguridad a los farmacéuticos tradicionales, que debían mantener su negocio en un mercado competitivo. Los primeros socios microempresarios, que se unieron para recibir herramientas, tecnología y capacitación, en la actualidad se han convertido en microempresarios que han logrado que su negocio sea prospero y se sostenga en el tiempo. Farmacias Cruz Azul es una

marca que se ha consolidado en el sector farmacéutico y conseguido a través de su franquicia que sus socios microempresarios, identifiquen las ventajas y oportunidades de ser parte de una marca que es reconocida por los clientes al ofrecer los mejores precios, la mayor variedad de medicinas y productos complementarios, la mejor cobertura y atención profesional. (DIFARE S.A, Informe de Responsabilidad Corporativa y Sostenibilidad DIFARE, 2013:70-71-72).

La promesa de la farmacia se resume en su slogan: “Cruz Azul me cuida”, demostrando que va más allá de la venta de medicinas, siendo sobre todo una marca entregada a sus clientes, que siempre se preocupa por el consumidor brindándoles: los mejores precios, la mayor variedad de medicinas y productos complementarios , la mejor cobertura y atención profesional. El éxito de Farmacias Cruz Azul es el resultado del trabajo de los microempresarios farmacéuticos a nivel nacional que la conforman., los mismos que están comprometidos en buscar la satisfacción permanente del cliente, quien reconoce en estas farmacias el mejor servicio, precio, variedad y cobertura a nivel nacional. (Difare S.A, Informe de Responsabilidad Corporativa y Sostenibilidad DIFARE, 2013:70-71-74).

Para el año 2014, Difare cuenta con 242 Farmacias Cruz Azul propias, 682 Farmacias Cruz Azul Franquiciadas, 90 Farmacias Comunitarias Franquicias, 62 Pharmacies a nivel nacional, que operan como propias de Difare, consolidando 1.076 farmacias vinculadas a su cadena. (DIFARE S.A, Informe de Responsabilidad Corporativa y Sostenibilidad DIFARE, 2013:14).

2.3. Farmacias y Comisariatos de Medicinas del Ecuador (FARCOMED)

Según el libro de Memorias de Grupo Fybeca, actualmente conocida como Corporación GPF, se detalla el nacimiento de las farmacias que actualmente se conocen como Fybeca, su nacimiento data el año 1930, y se produce en el centro de la ciudad de Quito, en donde se funda la Botica Quito, ubicada en el arco de la Reina (García Moreno y pasaje Pérez Pallares), primer establecimiento de lo que ahora se conoce como Farmacias Fybeca. Esta primera botica fue regentada y administrada por el señor Enrique Villamar Carrión, después de su fallecimiento en 1935, la botica fue administrada por su esposa, la señora María Luisa Villafuerte de Villamar, para el año 1948, la familia decide vender la farmacia, pero las ofertas recibidas fueron muy bajas, es así como para 1.949, Galo Villamar Villafuerte, conjuntamente con su primo Carlos Rivadeneira, deciden ponerse al mando de la Farmacia, en ese mismo año la botica se cambia de dirección hacia las calles Venezuela y Mejía y Galo Villamar introduce dos cambios sustanciales en la botica, que de ahora en más cambia su nombre de Botica Quito a Farmacia Quito y además deciden bajar los precios en todos sus fármacos sacrificando el margen de rentabilidad, con el objeto de ganar clientes(Corporación GPF, memoria corporativa, 2011:16) .

Según Galo Villamar Villafuerte¹¹, “el primer cambio estuvo relacionado, con la nueva concepción de hacer medicina a nivel mundial, pues durante el desarrollo de la segunda guerra mundial, la tendencia giró en torno a elaborar con mayor precisión compuestos específicos con una presentación diferente, básicamente, las pastillas, tabletas y comprimidos, fueron muchos más prácticos en traslado y posología durante el conflicto bélico, dejando muy relegados a los compuestos y jarabes, bajo este punto de vista, la palabra botica estaba directamente relacionada con un establecimiento

¹¹ Reseña de la entrevista realizada a Galo Villamar Villafuerte, el 25 de Enero del 2015, véase formato de entrevista, en sección anexos.

de asistencia en el cual se preparaban medicinas bajo pedido, este concepto debía cambiar, para lo cual el cambio denominación de farmacia en vez de botica fue un cambio estratégico y mercadológico muy importante en la época, aunque el cambio dejó una estela de dudas pues no conocían cual sería la reacción de la gente frente a este cambio de denominación y principalmente ante un nombre tan extraño”.

Según Villamar (Entrevista 2015), “...el segundo cambio, relacionado con la baja de precios, fue un experimento mercadológico con el afán de fidelizar clientes y ganar mercado y la estrategia funcionó plenamente, pues en menos de un año la farmacia triplicó su afluencia de clientes y los precios bajos a la larga fueron compensados con significativos montos de venta en aumento constante”.

En función de los cambios implementados y reinvertiendo las utilidades del creciente negocio, en 1950, se instaló una segunda farmacia, frente a la plazoleta de El Ejido, la cual fue re-bautizada como Farmacia Quito Norte, cambiando el nombre de la farmacia Quito, a Farmacia Quito Centro. En 1952, adquieren la Botica Pichincha ubicada en las calles Guayaquil y Esmeraldas (actual Fybeca de la Plaza del Teatro), considerada en ese momento como la botica más grande de Quito, el trabajo serio, organizado y metódico de la familia Villamar, rinde rápidamente frutos y durante 1952 y 1956, logran crear las Farmacias: Sur, Rex, Colón, Lux, España y San Blas. Para 1956, Marcelo Villamar hermano menor de Galo, se suma al equipo de trabajo como subgerente y para 1959 Carlos Rivadeneira se retira de la sociedad. Para 1957 y contando ya con 9 farmacias, la familia Villamar, constituye la compañía: Farmacias Quito y Boticas Pichincha C.A, durante los siguientes años el crecimiento del negocio se ve fortalecido, por la imagen de cada farmacia, las primeras en instaurar rótulos grandes y luminosos (neon), en sus portadas y las primeras en hacer un branding diferenciado dentro de sus locales (Memoria corporativa, corporación GPF, 2011:17).

Para inicios de los años sesenta, la compañía decidió diversificar sus negocios e incursionó en: Editorial Regina, Café y restaurante Cordillera, Nacional de Neón, Nansa, no obstante a mediados de los sesentas, deciden abandonar todos estos emprendimientos y concentrarse única y exclusivamente en el negocio farmacéutico. Para 1965 y habiendo cimentado el negocio en Quito, la familia Villamar, ve la oportunidad de ampliar su negocio hacia la ciudad de Guayaquil, en donde establecen su primera farmacia, las Farmacias Rex, fueron nueve farmacias que funcionaron como tales hasta el año 1982, año en el cual deciden vender la cadena a sus propios colaboradores, es precisamente en este año y en función de la visión empresarial de la familia, ampliando el giro de negocio hacia la ciudad de Guayaquil, que la razón social de la compañía cambia y pasa a conocerse como “Farmacias y Boticas Ecuatorianas” C.A. FYBECA (Memoria corporativa, corporación GPF, 2011:17)

En 1969, se incorpora a la compañía, María Luisa Villamar, hermana de Galo y asume bajo su responsabilidad desarrollar el departamento de bazar y perfumería, en esa área trabajó hasta finales de los años 80, cuando se retira conjuntamente con su hermano Marcelo. En el año 1971, nuevamente la familia Villamar con gran visión de negocios, abre la primera farmacia ubicada en un centro comercial, específicamente en el Centro Comercial Ñaquito, y es precisamente con la ubicación de esta farmacia, que la compañía empieza a enfocar y segmentar mercados (poderosa e innovadora estrategia a la época, de la cual la familia Villamar, sacará mucho provecho, y tendrá un impacto determinante como veremos más adelante), dentro del creciente mercado de farmacias en el país, pues la incursión en un Centro Comercial, enfocado para las clases medias y altas de Quito le

da a Fybeca y particularmente a esa farmacia, la oportunidad de enfocar el giro del negocio no solamente en medicinas sino que le permite monitorear una demanda cautiva en ese segmento de mercado orientada a buscar en una farmacia de elite: confitería, regalos de ocasión, perfumería, artículos de bazar, revistas y todo esto bajo la modalidad de “tómelo usted mismo”, tal es así que para 1973, esta Fybeca se convierte en la primera farmacia del país que incorpora dentro de su modelo de negocio la figura del AUTOSERVICIO. Adicionalmente y para ir acorde con la modalidad de hacer negocio por parte de los supermercados, fybeca incluye en su modelo de negocio hacia el cliente, la venta a través de la modalidad del la tarjeta de comisariato, una verdadera innovación dentro de una cadena de farmacias, que le permitiría fidelizar clientes, (Alexandra Zurita, 2011: 21-23).

Dentro de la misma línea y con la llegada del boom petrolero en el país para 1974, el Grupo Fybeca incursionó en el negocio de la producción de medicinas y compró el Laboratorio IFESA, al cual cambio de nombre por INFESA, que a su vez se constituyo en la compañía TECNANDINA S.A, con socios de: Ecuador, Venezuela, Colombia y Perú, luego de algunos años de trabajo, se retiraron los socios extranjeros y posteriormente en 1981, la planta productora de medicinas y fármacos TECNANDINA S.A, fue vendida a inversionistas alemanes, que desde la época la compraron para producir medicinas de la reconocida transnacional farmacéutica alemana GRUNENTHAL S.A, la planta equipada con tecnología de punta, ubicada entre Pusuquí y Pomasqui, se ha convertido en una de las pocas plantas productoras de medicinas que opera directamente en el país, y desde la cual la Transnacional Alemana Grunenthal, abastece su mercado para sostener su operación en Sudamérica y Centroamérica, (MEMORIA CORPORATIVA, CORPORACION GPF, 2011:17) .

Para 1986, el grupo hace un segundo y definitivo intento por incursionar exitosamente en Guayaquil y logra ubicar la primera Fybeca en el puerto principal, en el centro comercial Policentro, con mucho suceso. Mientras tanto y durante la década de los ochentas, los hijos de Galo Villamar Villafuerte, incursionan en el negocio familiar, la primera en hacerlo fue Gina Villamar Utreras quien en 1985, ingresa a manejar el área de Recursos Humanos, ejerce su función hasta 1997, año en el cuál toma a su cargo el área de responsabilidad social, para 1986 se incorcpra Pedro José Villamar Utreras, con su llegada cambia todo el sistema operativo y logístico de la compañía, introduciendo modernas computadoras, al mismo tiempo se desempeña como subgerente general, cargo que ocuparía hasta 1992, cuando se hace cargo de la gerencia general de la compañía, por su parte Maria Fernanda Villamar Utreras en 1997 es nombrada Gerente Comercial de la empresa, cargo que ejercería en forma trascendental hasta el año 2010, con su presencia se dinamiza eficientemente todo el departamento de compras y la compañía desde mediados de los años noventa, empieza a dinamizar sus inventarios en función de los días promedios de rotación, introduciendo dentro de la compañía exigentes estándares de cumplimiento y negociación tanto en sus compras internas como en sus ventas por punto,(MEMORIA CORPORATIVA, CORPORACION GPF, 2011:17) .

Para 1993, Fybeca lanza el primer “mega-concepto” de un moderno autoservicio, para el efecto inaugura en Quito la Fybeca “Plaza de Toros” una mega-farmacia con 450 metros cuadrados de extensión en los cuales Fybeca potencializa, todos los conceptos de branding, sizing, posicionamiento y marketing conceptual imaginables en una farmacia, tales como el servicio de inyectología con enfermera especializada y un lugar privado adecuado para el efecto, dentro de la misma farmacia, servicio de laboratorio y servicio al auto, todos estos conceptos, contenidos dentro de la misma farmacia. En 1994, Fybeca lanza al mercado la tarjeta vital-card, innovadora tarjeta de descuentos y

servicios diferenciados, la acumulación de puntos por compras a cambios de novedosos premios por canje de puntos, dinamizaron a tal punto el giro del negocio, que la tarjeta por si solo se convirtió en un icono de fidelización de la compañía, en el mismo año se convierte en la primera cadena de farmacias que incorpora cajeros electrónicos dentro de sus locales y para finales de los años noventa, se implementa ya el destino digital, call center inteligente y el diseño de salas para dar servicios BTL¹², con charlas y atención directa relacionada con temas de salud, tales como densitometrias, toma de pulso digital, jornadas de nutrición infantil, campañas y charlas de hígado graso, entre otras (Zurita Alexandra, 2011:21-23).

Para sostener toda la compleja operación que involucra áreas de: inversión, logística, comercial, aprovisionamiento, desarrollo tecnológico, entre otros, Fybeca va creando varias compañías que conforman el gran holding empresarial conocido actualmente como: CORPORACION GPF. La primera empresa creada en 1985 para complementar la operación es FARCOMED, Farmacias y Comisariatos del Ecuador, como se vio anteriormente la figura del comisariato, alberga un concepto filial, en el cual los afiliados gozan de un descuento especial en sus compras, Farcomed como tal se convierte en la empresa que comercializa los productos que se venden en Fybeca y de esta forma la compañía encasilla sus negocios, por una parte en la operadora comercial (Farcomed) y por otra parte en la operadora de dispendio y venta al retail, (Fybeca).

Para 1992, habiendo alcanzado Farcomed un giro considerable de operaciones a nivel comercial y logístico, era imprescindible crear una empresa especializada y encargada del aprovisionamiento, logística y distribución para todos los puntos de venta de Farcomed, con éste criterio se crea PROVEFARMA S.A, de ahí en más responsable de la logística y distribución de todos los productos que se destinan a todas las unidades de negocio del grupo. Otra de las compañías del holding es ABEFARM S.A, fundada en el año 2006, es el brazo comercial de Corporación GPF, y su objetivo principal es la captación de nuevos clientes para la corporación, a través de las cadenas Fybeca Sana-Sana, así como las tiendas de conveniencia Oki Doki, sus productos son: Tarjeta ABF, es la tarjeta de filiación para las redes de seguros y medicinas pre-pagadas del país; Tarjeta Empresarial, a través de Vitalcard y Sanaya, los portadores de estas tarjetas, pueden acceder a todos los beneficios, que incluyen descuentos especiales, participación en promociones y trato preferencial en todos los servicios que presta Corporación GPF; Canal Corporativo, el mismo que atiende a 170 empresariales tanto del sector público y privado, con atención directa y descuentos especiales en sus dispensarios médicos y botiquines particulares(MEMORIA CORPORATIVA, CORPORACION GPF, 2011:81) .

En el año 2010, se crea la entidad legal CORPORACION GPF S.A, Corporación Grupo Fybeca, que coincide con la apertura de las tiendas de conveniencia OkiDoki, en donde el grupo explora territorios fuera del área farmacéutica en su afán de seguir innovando y satisfaciendo áreas de consumo no satisfechas dentro del consumidor ecuatoriano. Mientras tanto dentro de las Farmacias Fybeca, se definieron varios sitios para facilitar la compra de productos para bebe, cosmetología, snack, dermatología, las mismas que han sido complementada por clubes de atención específica a estos clientes a través de clubes de sociaturas (club bebidos, club monstrositos, club de hipertensos, años dorados, tratamiento completito, plan de medicación frecuente, entre otros), aprovechando las

¹² Las estrategias BTL significan "Below The Line" y hacen referencia a todas aquellas estrategias de marketing relacional a través de las cuales las compañías farmacéuticas buscan el contacto directo con el cliente, buscando satisfacer necesidades o incluso creando la necesidad en ese momento a cambio de la entrega de un beneficio para suplir esa necesidad en función del producto promocionado.

herramientas de CRM vinculadas a la extensa base de datos que posee la corporación(MEMORIA CORPORATIVA, CORPORACION GPF, 2011:87).

Actualmente GPF, cuenta con 519 Farmacias Sana Sana y 93 Farmacias Fybeca , (IMS HEALTH, Ranking de Distribuidores Farmacéuticos 2014).

2.4. Farmaenlace

Durante la década de los setenta, varios negocios al retail, de variada índole, creados a finales de la década de los sesenta, en el famoso Centro Comercial Ipiales (calle Ipiales), en pleno casco colonial de la capital, experimentan un importante crecimiento, uno de esos negocios es el creado por la señora Lidia Valencia de Espinoza, fundado en 1969, en este negocio se podía encontrar una surtida cantidad de abarrotes, artículos de bazar y uno que otro producto farmacéutico, especialmente de la línea OTC, este negocio conocido como Supermercados Magda, logra desarrollar para finales de los años setenta, una importante clientela de compradores al por mayor que cada vez demandaban un número mayor y mas surtido de medicinas, con esta importante base de fieles clientes, referidos en el centro histórico, en el año 1981, se funda Farmacéutica Espinoza, que se constituye en el brazo comercial especializado en atender la demanda de este sector de la cadena de Supermecados Magda, el negocio funcionaba en las Calles Venezuela y pasaje Amador (SUPERMERCADOS MAGDA, Nuestra historia, 2012).

Según Patricio Espinosa¹³, "...para 1985, y a raíz del crecimiento del negocio de mi hermana (Supermercados Magda), se abre una segunda sucursal ubicada en las calles 10 de Agosto y Av. Patria, al frente del puente del guambra, el manejo de esta sucursal es encomendado a mí persona, durante 3 años consecutivos esta sucursal experimenta un crecimiento exponencial y se decide, abrir una tercer sucursal para finales de la década de los ochenta, en la Av. Rodrigo de Chávez y pasaje Galte al sur de la Ciudad, el giro del negocio básicamente hacía referencia a 3 puntos de acopio de medicinas conocidos con los nombres de Difarmes 1, Difarmes 2 y Difarmes 3, respectivamente, a través de los cuáles, se logró capitalizar al máximo, la enorme ventaja que representaba realizar compras a gran escala gozando de una tasa de descuento financiero y bonificaciones en compras masivas superiores a las que despejaba el mercado farmacéutico, tomando en cuenta la cantidad creciente de clientes que solicitaba los productos farmacéuticos en Difarmes y tomando en cuenta que para finales de la década de los ochenta, el crecimiento de la cantidad de farmacias independientes iba en aumento, nos percatamos que había un enorme potencial de negocio, atendiendo directamente a esa gran cantidad de farmacias independientes y se decide fundar la compañía Distribuidora de Productos e Insumos para farmacia: Farma-líderes, esta distribuidora, explotó al máximo la inmensa base de datos consolidada por las 3 sucursales de Difarmes de tal manera, que la mayoría de clientes que debía movilizarse hacia alguno de los locales ubicados en el centro y sur de Quito, vieron con mucho beneplácito que de ahí en más, era la Farmacéutica Espinoza la que se acercaba a ellos, a través de vendedores especializados, que habían construido hojas de ruta para atender a tan variado número de clientes en toda la ciudad de Quito, rápidamente Farmalíderes, amplió su entorno de clientes no solo a los referidos de sus puntos fijos de venta sino que abarcaron todo el potencial mercado de farmacias no solo de Quito sino también, que extendió

¹³ Reseña de la entrevista realizada a Patricio Espinosa, fundador de: Farmacéutica Espinosa, Difarmes, Farmalíderes y Medicity, ver el formato de entrevista en el anexo.

su negocio a las provincias aledañas de la Sierra, con sus propios vendedores que realizaban giras comerciales y ampliaron la cobertura del negocio”. De esta forma Difarmes, en menos de 10 años paso de tener 3 puntos fijos de venta de medicinas al por mayor, a crear un eficiente brazo comercial sustentado en un modelo de negocios amparado en la figura de la Distribución a Farmacias, es decir un negocio muy similar al realizado por Difare en la Costa Ecuatoriana.

Según Espinosa: “El negoció evolucionó en forma rentable y satisfactoria y para finales de los años noventa, al regreso de un viaje por el cono sur, se me ocurrió traer para la ciudad de Quito el concepto de mega farmacias observado en Buenos Aires (Farmacity), así se creo la priemra Medicity en 1999, con un concepto innovador y diferenciado dirigido a atender a los estratos sociales medios y altos de la ciudad de Quito”, por primera vez en el mercado ecuatoriano aparece un competidor del mismo nivel aunque no del mismo caudal para la poderosa cadena de Farmacias Fybeca.

Por su parte y en el año 1990 se funda en Ibarra la Distribuidora Farmacéutica: Representaciones Ortiz Cevallos, que logra durante toda la década, consolidar un importante mercado de clientes en las provincias de Imbabura y Carchi, en esta última provincia, mantiene y conserva hasta la actualidad un importante y cautivo nicho de clientes, a través de los cuáles atiende importantes negocios para la frontera con Colombia. El crecimiento de Representacione Ortiz Cevallos, se sustentó en la calidad del servicio, básicamente en la agresiva tabla comercial de descuentos financieros por unidad comprada, pues a diferencia de sus competidores que otorgaban bonificaciones por volumen progresivo de compras es decir: 6+1, 10+2, 20+5, Ortíz Cevallos, otorgaba descuentos financieros por la compra de una unidad, este concepto logro desarrollarlo al convertirse en la primera Distribuidora Farmacéutica que logro transferir en forma sagaz y oportuna los excedentes de bonificación recibida en determinados productos hacia otros productos restringidos por el mercado y todo esto en compras al detal, de esta forma podía darse el lujo de otorgar descuentos en productos que ni los propios laboratorios otorgaban en descuentos en ventas directas, un concepto revolucionario y arrollador bajo todo punto vista que le permitió en menos de 10 años consolidar su absoluto liderazgo como distribuidor farmacéutico en el norte del país, pues para el año 2000 figuraba ya en primer lugar en Imbabura, Carchi, Sucumbios y el norte de Esmeraldas (IMS HEALTH, Ranking Distribuidores Farmacéuticos 2004).

Según relata Xavier Ortíz¹⁴: “Para el año 2002, Representaciones Ortiz Cevallos, funda en Otavalo su primera Farmacia Económica, como una estrategia comercial, para fidelizar los clientes de la Distribuidora, la idea en ese entonces giraba en torno a crear una pequeña cadena de farmacias de corte popular en Otavalo, para frenar la entrada de la cadena sana-sana que ya había extendido sus lazos en las provincias del centro de la Sierra y amenazaba con ingresar en las provincias del norte del país, lo cual significaba para la Representaciones Ortiz Cevallos, empezar a perder buena parte del importe de negocios ganado en el norte del país, a base de todas las farmacias independientes de pequeño caudal, que eran su principal foco de mercado, rápidamente comprendimos que una cadena como Sana Sana, con relativa facilidad hubiese monopolizado el mercado de los estratos populares de la provincia de Imbabura, amenazando la subsistencia de las pequeñas farmacias independientes, las más vulnerables ante la inminente presencia del holding capitalino de farmacias, mi idea en primera instancia, fue unificar a todas las farmacias de Otavalo a través de mi compañía,

¹⁴ Reseña de la entrevista realizada a Xavier Ortíz Cevallos, cofundador de Representaciones Ortíz Cevallos y actualmente uno de los principales accionistas de Farmaenlace, véase el formato de la entrevista en la sección anexos.

pero nadie me hizo caso, realice como tres reuniones sin éxito, hasta que entró sana-sana y quebraron las tres farmacias más pequeñas de Otavalo, en ese instante, me acerque a los propietarios y les compré las farmacias, ellos sabían que les había anticipado lo que pasaría, esas tres farmacias de Otavalo fueron las primeras Farmacias Económicas, realmente mi intención no era montar farmacias, ese no era mi negocio yo era distribuidor de medicinas pero me vi forzado a hacerlo, ahora con el paso del tiempo me doy cuenta que si no lo hubiese hecho, Sana Sana, me hubiese quebrado, creo que en cierta forma evité que se consolide un monopolio. En lo que tiene que ver al negocio en el norte del país, mercado farmacéutico en la provincia del Carchi era completamente diferente y la estrategia más bien giraba en torno a consolidar la posición de la Representaciones Ortiz Cevallos, en las ventas hacia la frontera”

En el año 2004, se produce la fusión entre Farmacéutica Espinoza y Distribuidora Ortiz Cevallos, dando lugar a la compañía FARMAENLACE C.A, que tiene como centro de operaciones su local ubicado al norte de Quito, la fusión de estas dos grandes compañías, cambia notablemente el panorama comercial de la industria farmacéutica en el Ecuador, pues la presencia de Farmaenlace, fortalece la posición de una distribuidora de la Sierra para cubrir el mercado de distribución de farmacias en este sector del país, contrarrestando la fuerza desarrollada por Difare, además se conjugan en un solo concepto dos tipos de farmacias para atender diferentes estratos de la sociedad: Farmacias Económicas para estratos populares y Farmacias Medicity para estratos medios y altos en ese entonces (año 2005), dedicados a cubrir las provincias de Imbabura, Pichincha y Carchi, de igual forma la presencia de estas dos cadenas de Farmacias (Económicas y Medicity), dividen el mercado al norte del país que hasta ese entonces lo estaban monopolizando Fybeca y Sana Sana de Corporación GPF y Cruz Azul y Pharmacys del Grupo Difare (FLACSO-MIPRO, Boletín Mensual de Análisis Sectorial, Sector Farmacéutico, 2010:7).

Actualmente Farmaenlace cuenta con 303 Farmacias Económicas y 67 farmacias Medicity, (IMS HEALTH, Ranking de Distribuidores Farmacéuticos 2014).

2.5. Quifatex

Quifatex es constituida en Ecuador el 26 de Mayo de 1978, con capitales suizos, básicamente se trata de una extensión de negocio de la firma europea: Química Suiza, que se convirtió en el mercado peruano como la principal distribuidora de productos farmacéuticos en los últimos 50 años (QUIFATEX, Historia:2011).

Según Fausto Duque¹⁵: “Originalmente la empresa se fundó como una distribuidora de productos químicos y colorantes de textiles, no obstante a medida que fueron pasando los años, Quifatex, replicó el mismo modelo de negocio, con el cual logró afianzar su posición en el Perú, esto es la representación de firmas comerciales farmacéuticas consolidadas a nivel mundial. Esta representación incluye todo el proceso de almacenamiento de la mercadería importada, el manejo de la operación logística, pasando por embalaje, distribución y acondicionamiento de medicinas y además el manejo comercial de las marcas representadas, a través del servicio de tercerización de la fuerza de visitadores médicos, destinados para el efecto, además de prestar todos los servicios descritos, Quifatex, cuenta actualmente con 78 vendedores a farmacias, los mismos que

¹⁵ Reseña de la entrevista, sostenida con Fausto Duque, Gerente Nacional de Ventas de Quifatex, el 21 de Enero del 2015.

comercializan las líneas propias que representan, pero adicionalmente estos vendedores, cubren todo el mercado de farmacias independientes y farmacias franquiciadas, ofreciendo no solo sus líneas propias sino también las líneas de otros laboratorios farmacéuticos que venden directamente a esta distribuidora”.

Según Duque (Entrevista 2015), Quifatex ha consolidado su modelo comercial: “abriendo un sistema particular de farmacias franquiciadas, a través de la franquicia: ‘su farmacia’, este es un modelo abierto de gestión, a través del cual el propietario de la farmacia, compra el derecho de brandear su local, se acoge descuentos especiales y participa de todas las actividades BTL, programadas por Quifatex, la gran diferencia frente a otros modelos de franquicia es que Quifatex, no posee farmacias propias, ni tampoco sus modelos tienen como alternativa propiciar la compra de las mismas, ni aún en el caso de que estas farmacias franquiciadas tuviesen problemas financieros o riesgo de desaparecer, como si ocurre con otros modelos de franquicias en el país. De igual forma existen otras farmacias independientes que no pertenecen a la franquicia ‘su farmacia’ pero tienen un trato preferencial de parte de Quifatex y están asociadas bajo la marca ‘Orex’, que es una marca especial de Quifatex, una especie de prefranquicia con la cuáles distingue a sus farmacias filiadas, en este caso muchas de las farmacias ‘Orex’, una vez que han recibido un trato preferencial de parte de Quifatex, con descuentos especiales y actividades dirigidas que buscan levantar el tráfico de clientes en sus afiliadas, terminan, comprando la franquicia: ‘su farmacia’.

Actualmente Quifatex cuenta con 570 farmacias alineadas en su franquicia ‘su farmacia’ y 134 farmacias alineadas a su marca ‘Orex’, (IMS HEALTH, Ranking de Distribuidores Farmacéuticos 2014).

2.6. Leterago

Leterago, fue fundada en Ecuador en Enero del año 2003, emulando los extraordinarios resultados, obtenidos por esta compañía comercializadora de productos farmacéuticos en República Dominicana desde 1961, los capitales de composición son argentinos. Leterago fundamenta su estrategia de trabajo en dos premisas fundamentales: La excelencia de las casas comerciales que representa y el profesionalismo de sus colaboradores (LETERAGO, sobre nosotros, página oficial, 2013).

Según Daniel Leszcz¹⁶: “La condición básica, para ser representado por Leterago, es entregarle la exclusividad de las marcas comercializadas por los laboratorios participantes, esto implica que ninguno de los otros distribuidores participantes en el mercado farmacéutico, pueden ofrecer los productos de las casas aliadas con Leterago, la representación implica todo el manejo logístico y comercial de las líneas asociadas, es muy importante aclarar que, Leterago no tiene farmacias propias ni vende franquicias, pues la esencia de nuestro negocio es la distribución exclusiva de las marcas de sus laboratorios aliados, esto implica que Leterago no vende directamente a las farmacias ancladas de los grandes distribuidores farmacéuticos, en tal razón el pilar fundamental de su giro de negocio, gira en torno a la venta que realiza en el universo de farmacias independientes y en las instituciones públicas, obviamente las grandes distribuidoras que necesitan abastecer sus cadenas propias, deben comprar a nivel centralizado a Leterago, para lo cual cada Laboratorio aliado con Leterago, fija sus propias condiciones comerciales de negociación diferenciadas con las grandes distribuidoras farmacéuticas”.

¹⁶ Entrevista realizada a Daniel Leszcz, Gerente General de Leterago Ecuador, ver formato de entrevista en sección anexos.

Por su parte el Dr. Iván de la Torre¹⁷, detalla como opera comercialmente Leterago: “Tomando en cuenta que el giro del negocio de Leterago se centra en los negocios que puedan lograr sus asesores comerciales con las farmacias independientes, Leterago ha desarrollado programas de asistencia y colaboración con las farmacias independientes como lo es el innovador programa de Plan Trade Leterago (PTL), a través del cual Leterago busca mejorar las condiciones comerciales de los productos OTC de sus aliados, el objetivo de esta estrategia es equiparar las condiciones comerciales ofrecidas por los grandes distribuidores en sus farmacias anclas o franquiciadas, para equiparar las prebendas comerciales ofrecida por los Laboratorios Farmacéuticos en ventas a gran escala, actualmente cerca de 500 farmacias independientes se han convertido en farmacias PTL y exhiben una zona “caliente” a través de la cual promocionan abiertamente las ventajas de los productos suscritos al plan, generando un mayor tráfico de clientes y mayor cantidad de adheridos a su ofertas”.

Según el Doctor Iván de la Torre. “Leterago actualmente representa a 17 Laboratorios Farmacéuticos en el país y comercializa única y exclusivamente medicinas, es decir no comercializa insumos ni dispositivos médicos, convirtiéndose en una firma especializada por excelencia en la distribución de medicinas única y exclusivamente. Leterago cuenta con una fuerza de 86 asesores comerciales, altamente capacitados y 8 Gerentes Distritales, abarcan el 100% del territorio nacional y la firmeza de sus políticas crediticias, sumadas a la exclusividad de las 17 firmas que representan, obligan a las farmacias independientes a sincerar sus inventarios, dinamizar su ventas y sanear su cartera, pues el sistema de despacho y manejo de cartera que maneja Leterago es integral, es decir si un cliente queda mal con una de las cuentas que maneja Leterago, automáticamente se suspenden los despachos del resto de las líneas, por lo tanto el sistema se regula en función de esta premisa”.

Leterago, actualmente ocupa el segundo lugar en el ranking de ventas de productos farmacéuticos a nivel nacional, situación que se explica por sí sola, si tomamos en cuenta que 4 de los 12 principales laboratorios farmacéuticos del país, son sus aliados estratégicos, (IMS HEALTH, Ranking de Distribuidores Farmacéuticos 2014).

2.7. Ranking de Distribuidores Farmacéuticos al año 2014

De acuerdo a la empresa consultora IMS HEALTH, que canaliza toda la información de venta de los laboratorios farmacéuticos por sector, se detallan en los siguientes gráficos, la participación de ventas de los 6 principales distribuidores farmacéuticos del país, puede colegirse que prácticamente la mitad de los fármacos que se venden en el país están concentrados en las dos cadenas farmacéuticas más grandes, esto es Difare y Corporación GPF (Grupo Fybeca), en tercer lugar se ubica Leterago, no obstante hay que recalcar que este Distribuidor, no tiene cadenas de farmacias y es un distribuidor exclusivo de 17 laboratorios, Quifatex aparece en cuarto lugar con el 13,50 de la venta y Farmaenlace ya cuenta con el 8,31% de la venta total realizada por el segmento.

Con relación a las farmacias independientes, debe mencionarse que tanto: Difare, Leterago, Quifatex, Farmaenlace, Sumelab y otros, atienden directamente a estas farmacias , a través de su línea de vendedores directos a farmacias, el único distribuidor que no cuenta con ventas dirigidas a farmacias independientes es Grupo Fybeca (GPF), cuyo canal de venta se centraliza única y exclusivamente en las farmacias de sus cadenas: Fybeca y Sana Sana.

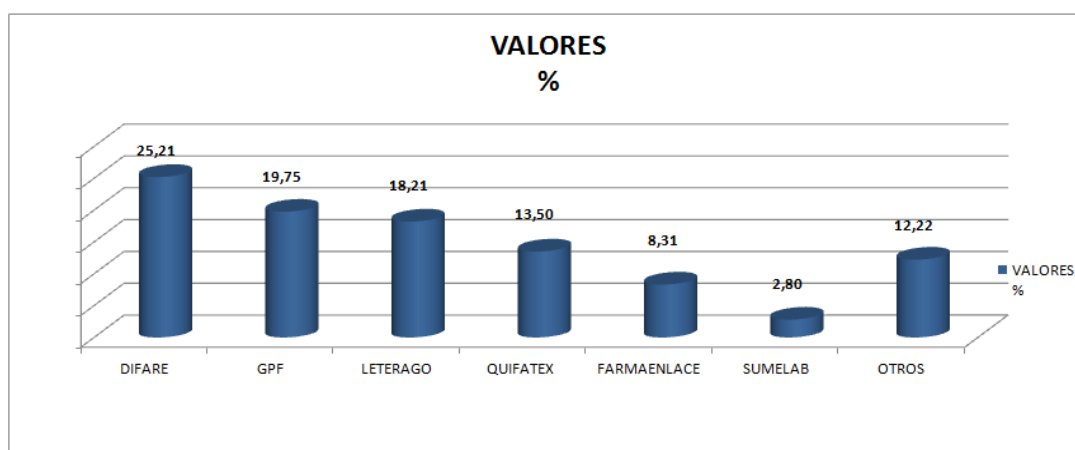
¹⁷ Reseña de la conversación sostenida con el Gerente Nacional de Ventas de Leterago Ecuador: Dr. Iván de la Torre, formato de entrevista detallado en la sección anexos.

Esto quiere decir que las ventas realizadas a farmacias independientes se visualizan indistintamente en todos los rankings, descritos a excepción de las ventas registradas en el Distribuidor: Corporación GPF.

De acuerdo a la información descrita se observa única y exclusivamente las ventas en valores por cada distribuidor, en el cuál se confirma el liderazgo de Difare quien en valores registra el 25,21% del total de ventas de fármacos del país, seguido por GPF con un 19,75%, en tercer lugar y con un crecimiento sostenido aparece Leterago, quien sigue incorporando Laboratorios a su exclusivo canal de distribución, dejando en cuarta y quinta posición a Quifatex y Farmaenlace, con relación a este último es importante mencionar que la auditora IMS, lo ubica como el distribuidor con más altos porcentajes de evolución actualmente registra el 22% (IMS HEALTH, reporte customizado, 2015).

Lo anteriormente expuesto se lo puede ver en el gráfico 12, en donde se detallan las ventas en dólares (valores).

Gráfico 12: Ranking de venta porcentual en valores por Distribuidor

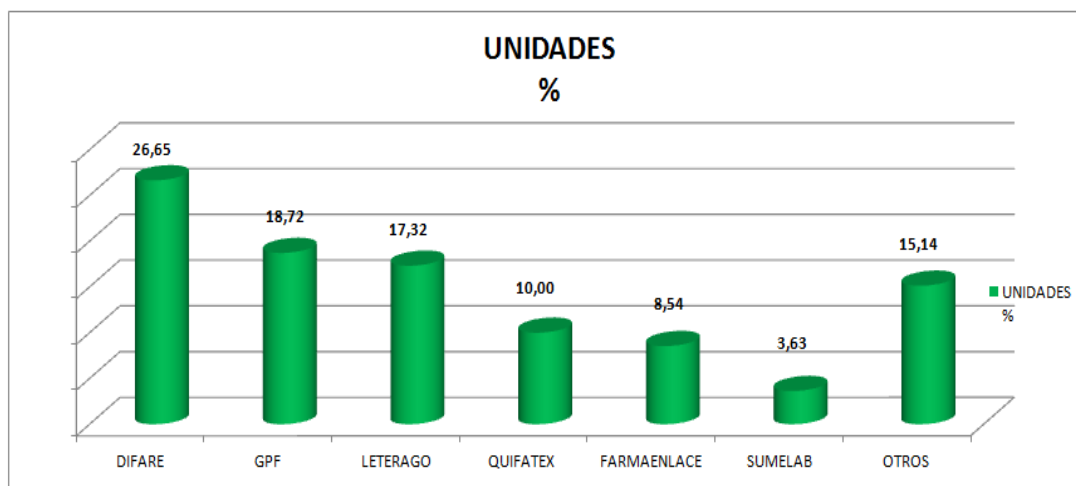


FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

Al comparar los resultados medidos por “dólares vendidos” con los resultados medidos por “unidades vendidas”, se observa que aquellos distribuidores que como ticket promedio, venden unidades de mayor valor, registran un porcentaje menor de ventas en unidades que en valores (dólares), mientras tanto aquellos distribuidores, que venden como ticket promedio unidades de menor valor, registran un porcentaje mayor de venta en unidades que en valores (dólares), esto refleja el tipo de penetración por cada distribuidor, por ejemplo distribuidores con mayor fuerza e zonas populares y periferia como Difare y Sumelab, tienen porcentajes de venta en unidades, mayores que sus competidores, en relación con los valores vendidos, pues evidentemente, venden unidades más económicas, pero en mayor volumen, caso inverso le sucede a GPF y Leterago que tienen rango de penetración en estratos mas altos de la sociedad, esto se observa en el gráfico 13, en donde se detallan las ventas por el volumen total de unidades despachadas. En este caso por ejemplo la compañía Difare al registrar porcentualmente un valor más alto en unidades vendidas (26.65%) que en dólares (25.21%), nos indica que vende unidades más baratas, una señal inconfundible de que la fortaleza de su negocio esta en zonas periféricas que compran unidades más

económicas. El caso inverso se ve reflejado en Corporación GPF, quien en valores vende el 19.75% del total de ventas medidas en dólares en el país, mientras que en unidades alcanza a vender apenas 18.72% del total de unidades que se comercializan en el mercado para el mismo periodo de tiempo analizado, esto demuestra que las ventas de Corporación GPF cuyas farmacias fybeca están principalmente ubicadas en sectores exclusivos de las principales ciudades del país, presentan un ticket promedio de compra más alto, que el resto de las cadenas de farmacias analizadas en los gráficos respectivos.

Gráfico 13: Ranking de venta porcentual en unidades por Distribuidor



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

2.8. Grandes distribuidoras de fármacos generan un mercado paralelo de franquicias para farmacias.

Una vez descrito el modelo de negocio que representa cada distribuidor farmacéutico, es importante mencionar las razones que llevaron a cada uno de ellos a comprar farmacias y más aún a formar cadenas de farmacias, a continuación se detalla el entorno previó que nos conduce a esta tendencia de mercado y las razones particulares de cada distribuidor, que se dedicó al negocio de compra de farmacias a través de la creación de un modelo paralelo de franquicias.

El mercado de farmacias independientes se había consolidado de gran manera durante el último decenio del Siglo XX, dentro de ese mercado, resultaba notable el liderazgo alcanzado por la cadena Fybeca de la empresa Farcomed, no obstante para 1996 habían crecido importantes cadenas independientes, quienes habían agrupados sus distintos negocios y compraban a nombre de una sola farmacia, pero para finales de la década de los años noventa, la economía del país daba los primeros signos de los cambios que se darían hacia finales de los años noventa, habíamos salido de un Guerra con el Perú que causó estragos en la economía, los bancos de la Costa estaban afectados por las consecuencias desatadas por el fenómeno del niño de 1994, quienes frenaron los créditos para no correr más riesgos y eso profundizó la recesión afectando a la propia banca, la falta de dólares presionó el mercado cambiario, para evitarlo el Banco Central empezó a tomar dólares de la Reserva

Monetaria, los mejor informados empezaron a sacar sus depósitos del país, con lo cual teníamos el escenario perfecto, con el cuál se desató el congelamiento de fondos de Marzo de 1999 y la posterior caída a través de un efecto dominó de varios bancos pequeños, medianos y grandes (Lucio Paredes Pablo; 2004:52).

Los empresarios farmacéuticos y específicamente los propietarios de farmacias no eran ajenos a esta realidad, todos los negocios estaban expuestos, pero todos los negocios podían sacrificarse, menos aquellos relacionados con el cuidado de la salud, aquello hizo, que se busque una estrategia para reducir los costos de intermediación para llegar de manera directa al cliente. Por el lado del distribuidor farmacéutico, la solución fue mejorar el canal de comercialización y vender directamente al consumidor final, pues de esta manera se aseguraba la ganancia por la distribución del producto y la utilidad por la venta del medicamento, evitándose de esta manera al boticario, (FLACSO-MIPRO, De la botica de barrio a las cadenas de farmacias, 2010:5)

Ante esta circunstancia Carlos Cueva González (Difare), empieza a desarrollar a fondo un proyecto que había archivado en 1996, que consistía en agrupar farmacias para comprar en conjunto y lograr mejores descuentos, hubo que innovar para no sucumbir (El Telégrafo, 1-Diciembre-2012), la crisis de 1999 sentó las bases perfectas para desarrollar este proyecto, la confianza que generaba Carlos Cueva en el grupo de farmacias a las cuáles el atendía a través de Difare, sumada a la crisis y a la necesidad de proteger el negocio de varias farmacias amenazadas, llevó a la creación de la primera franquicia de farmacias en el Ecuador: Cruz Azul, este proyecto estaba listo para ser implementado finales de 1999, pero el 9 de Enero del año 2000 el gobierno del Ecuador, decidió adoptar el dólar como moneda oficial, este cambio obligo a Difare a esperar un tiempo prudente hasta analizar el nuevo entorno ya que el país estaba convulsionado por los movimientos indígenas, la destitución del presidente Mahuad, inflación galopante, crisis bancaria, depresión económica y disrupción social (Paul Beckerman, 2003:35).

El 1 de Noviembre del año 2000, entra en funcionamiento en la ciudad de Guayaquil, la primera Farmacia Cruz Azul y en menos de 5 meses la franquicia logra crecer hasta el insospechado número de 175 farmacias, afincadas principalmente en el sur y suburbio de Guayaquil y en ciudades como Daule, Milagro, Babahoyo, la Troncal, Quevedo, entre otras, tal cual lo había anticipado su mentalizador Carlos Cueva, la marca logra posicionarse en los estratos populares de Guayaquil y Difare aglutina los pedidos de las farmacias, consiguiendo con los Laboratorios, montos superiores a los que normalmente venia comprando, logrando de esta forma su segundo gran objetivo, conseguir descuentos adicionales a los que despejaba el mercado, por montos de compra inusualmente elevados (Franquicias del Ecuador, Farmacias Cruz Azul y Farmacias Comunitarias, 2012).

Según Carlos Cueva Gonzalez¹⁸: “El efecto que se provocó en el mercado farmacéutico al ver un grupo de farmacias de estrato popular, elegantemente decoradas, con el mismo diseño estructural, el mismo branding interno y con descuentos superiores a los que ofrecían otras farmacias del sector, tuvo un efecto demoledor en la Industria Farmacéutica, rápidamente varias farmacias que sentían el peso de la crisis financiera pre y post-dolarización, principalmente en la Costa Ecuatoriana, adquirieron la franquicia y para finales del año 2001, la franquicia ya tenía a su favor 371 farmacias”.

¹⁸ Reseña de la entrevista realizada con el fundador de Difare, Carlos Cueva González, ver el formato de la entrevista en la sección anexos.

Por su parte el grupo Fybeca de la familia Villamar, había apresurado la creación de un modelo similar para, contrarrestar la entrada de Difare en la Sierra Ecuatoriana y para el 17 de Abril del año 2001, se lanza al mercado farmacéutico ecuatoriano el grupo de farmacias sana-sana, mentalizadas con la, clásica canción infantil “sana, sana colita de rana”, de ahí nace el famoso logotipo de la ranita, brandeando la marca, sana-sana abre sus puertas con varias farmacias ubicadas estratégicamente en barrios populares de Quito, para el efecto el grupo Fybeca, había comprado los cupos de varias farmacias que sucumbieron frente a la crisis previa a la dolarización, pero a diferencia de Cruz Azul que era una franquicia, Sana-Sana nace como una farmacia propia del actual grupo GPF. Desde un inicio la cadena sana-sana tuvo la acogida que esperaban sus mentalizadores, pues si bien es cierto la cadena Fybeca para ese entonces contaba ya con más de 30 establecimientos, estaba claro que el posicionamiento de la marca Fybeca estaba reservado para clases medias y altas de las ciudades más importante de la sierra ecuatoriana, además el modelo de autoservicio, sumado al concepto de bazar, perfumería, bizutería y regalos, le daban a Fybeca un posicionamiento muy lejano al de una clásica farmacia de barrio en la cual básicamente los compradores buscan comprar medicinas ó insumos médicos y además buscan el mejor descuento posible y así brindar a sus clientes la satisfacción d haber realizado al mejor compra, tanto en medicinas como en productos de cuidado familiar (Grandes marcas, Ekos Negocios, 2011).

Para finales del año 2001, el grupo Farcomed ya contaba con 171 farmacias entre sana-sana y fybeca, además habían creado la empresa Econofarm, que era la encargada de administrar y regentar la marca sana-sana. De esta forma para finales del año 2001, la composición del mercado de farmacias en el país mostraba a 5.806 farmacias independientes contra 553 farmacias pertenecientes a una cadena, en este caso las cadenas (IMS HEALTH, Crecimiento de Farmacias asociadas a cadenas, 2001).

A partir de entonces el mercado farmacéutico ecuatoriano, polariza sus fuerzas entre farmacias independientes y farmacias asociadas a una cadena, no obstante a mediados del año 2002 un tercer actor se suma a engrosar las filas de las farmacias en cadena, se trata de la distribuidora: Representaciones Ortíz Cevallos, como se detalló anteriormente en la reseña de la entrevista realizada a Xavier Ortiz¹⁹ quien observaba de lejos el nacimiento de dos marcas que tarde o temprano entrarían a la zona norte del país, pues su negocio estaba afincado en la ciudad de Ibarra y su espectro de acción se centraba básicamente en las provincias de Carchi e Imbabura, Ortíz, había intentado en vano convencer a varias farmacias de la provincia de Imbabura, en asociarse para unificar fuerzas y formar un bloque de farmacias cohesionado al norte del país, pero sus ideas no tuvieron eco, hasta que a mediados del año 2001, incursionan en Otavalo las dos primeras sana-sana e inmediatamente Ortíz intuye que las ventas de su distribuidora empezaran a mermarse pues, una gran cantidad de compradores de la ciudad de Otavalo, serian rápidamente atraídos y fidelizados por sana-sana, la reacción de Ortíz no se hace esperar y para Febrero del año 2002, logra consolidar y poner al servicio de la ciudad de Otavalo, 3 Farmacias Económicas, a diferencia de la franquicia Cruz Azul, estas 3 farmacias eran propias y pertenecían al grupo Ortíz Cevallos.

En conclusión, dado que el mercado de farmacias y cadenas de farmacias se había organizado de esta forma, quedaba claro que GPF, tenía un modelo de gestión, que le sacaba enorme ventaja a sus competidores pues tenía una marca diseñada y mentalizada para estratos medios altos y altos de la

¹⁹ Reseña de la entrevista realizada a Xavier Ortiz, cofundador de Farmaenlace.

sociedad (Fybeca) y había creado con mucho éxito una marca para estratos barriales y populares (Sana-Sana), para contrarrestar esta desventaja, Difare, quien ya contaba con la cadena de Farmacias Cruz Azul, para estratos populares, compra la franquicia Pharmacs, diseñada creada y puesta en funcionamiento sin mucho éxito por el ex gerente general de la transnacional Farmacéutica Roche: Salomón Jimenez, esta marca había logrado un buen posicionamiento en un comienzo en estratos altos de Quito, pero no logró el crecimiento esperado, hasta que la adquirió Difare, la dinamizó y colocó una marca para los estratos medios y altos de las más importantes ciudades de la costa y sierra ecuatoriana, es decir con Pharmacs, Difare ya tenía homologado el mismo esquema comercial que GPF, pero con una gran diferencia su brazo comercial que atendía a estratos populares, no era propio, pues todas las farmacias Cruz Azul hasta ese entonces pertenecían a sus dueños propios, Difare simplemente era el franquiciante, mientras que todas las farmacias Fybeca y todas las Sana-Sana de GPF, pertenecían a la familia Villamar.

Por su parte la Distribuidora Ortíz Cevallos, para el año 2004 ya se había fusionado con el Grupo Farmacéutico Espinosa de Quito y habían formado Farmaenlace, en este caso la fusión consolidó a las marcas “económica” de Ortíz Cevallos para estratos populares y a la marca “medicity” de Patricio Espinoza para estratos medios altos, es decir Farmaenlace, también contaba con dos tipos de cadena, cada una diseñada, para abarcar estratos medios y altos y otra para estratos populares, es decir exactamente el mismo modelo de gestión comercial que GPF y Difare.

En resumen, a partir del año 2004, estos 3 grandes actores del mercado farmacéutico: Difare, Corporación GPF y Farmaenlace, habían consolidado ya cada uno dos marcas de farmacias, encaminadas a atender estratos específicos de la sociedad, en todos los casos con esquemas idénticos, es decir las farmacias para estratos altos: Pharmacs, Fybeca y Medicity, operando bajo el modelo de autoservicio, incorporando, las áreas de Bazar, Perfumería, Cosméticos, Regalos, Bizutería, etc, etc y las farmacias para estratos populares: Cruz Azul, Sana-Sana y Económicas, bajo el esquema de farmacia tradicional de barrio, enfocada única y exclusivamente a despachar, medicinas e insumos médicos, con precios inferiores los que despeja el mercado.

De acuerdo a la información recopilada por IMS, relacionada con la cantidad de farmacias que actualmente operan en el país y el tipo de filiación, en el siguiente cuadro se observa que Difare cuenta con el 16,95% de participación con sus dos cadenas: Cruz Azul y Pharmacs, seguido por GPF con el 9,95% de participación con sus dos cadenas: Fybeca y Sana Sana, Farmaenlace, participa con el 5,92% del total de farmacias en el país con sus dos cadenas: Económica y Medicity, Quifatex con la cadena: Su Farmacia, participa con el 8,34%, dejando a las farmacias independientes, el 54,48%, actualmente el 33% del total de farmacias existentes en el país, pertenece a 3 grupos de inversores, véase cuadro 1.

Si bien es cierto 3 grandes empresas tienen en estos momentos el control del 33% del total de farmacias existente en el mercado, la razón fundamental para afirmar que en el Ecuador actualmente tenemos un oligopolio de oferentes en el mercado de farmacias, radica en el hecho de que el 82% de las ventas generadas en este sector, se realizan a través de este 33% de farmacias, es decir de acuerdo a la fundamentación teórica expuesta en el presente trabajo, si al menos 5 empresas importantes, tienen el control operativo de más del 70% de los ingresos operacionales totales, estamos hablando de la existencia de un oligopolio, con altos grados de concentración.

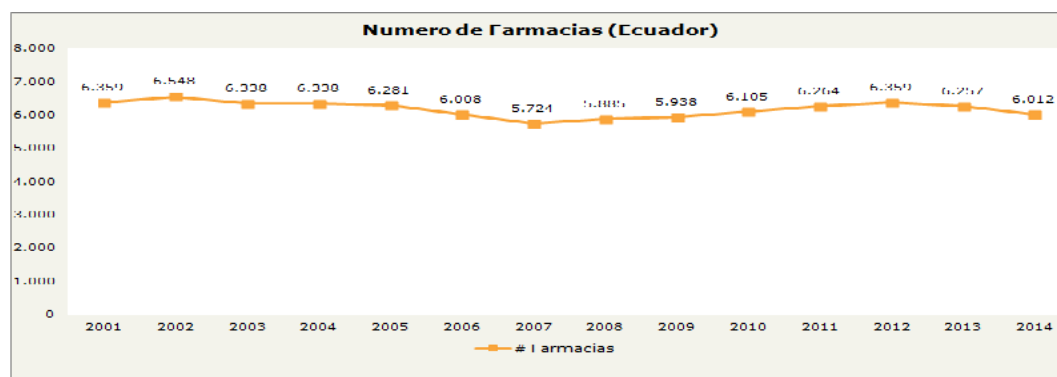
Cuadro 1: Número de farmacias por filiación (Diciembre del 2014)

CADENA	TOTAL DE FARMACIAS EN EL MERCADO	DISTRIBUIDOR	PORCENTAJE DE PARTICIPACION POR CADENA	PORCENTAJE DE PARTICIPACION POR DISTRIBUIDOR
CRUZ AZUL	990	DIFARE	15,94%	16,95%
PHARMACYS	63		1,01%	
SANA-SANA	525	GPF	8,45%	9,95%
FYBECA	93		1,50%	
ECONOMICA	303	FARMA ENLACE	4,88%	5,92%
MEDICITY	65		1,05%	
SU FARMACIA	519	QUIFATEX	8,35%	8,35%
FARMAREDS	270	SUMELAB	4,35%	4,35%
INDEPENDIENTES	3.384	INDEPENDIENTES	54,48%	54,48%
TOTAL	6.212		100,00%	100,00%

FUENTE: IMS HEALTH
 ELABORADO: Oscar Montes

A continuación se presenta, la evolución total del mercado de farmacias en el país, según IMS HEALTH, para el periodo 2001-2014, en donde se ve que históricamente la cifra alcanza su pico máximo en el año 2001, cuando apenas el país se había dolarizado, de ahí en más, no se logró superar esa cantidad de farmacias por el contrario la cantidad global de farmacias en los 14 años analizados, tiende a disminuir, esto comprueba que en el periodo pre-dolarización existía una gran cantidad de farmacias ineficientes, que poco a poco fueron desapareciendo, en el periodo post-dolarización, el cuál obbligo a la mayoría de negocios a mantener elementales niveles de eficiencia, para seguir vigentes en el mercado, véase el gráfico 14.

GRÁFICO 14: Evolución del total de farmacias en el mercado ecuatoriano (2001-2014)



FUENTE: IMS HEALTH
 ELABORADO POR: Oscar Montes

Según Fausto Jaramillo (entrevista anexa), “El factor preponderante para que el mercado presente esta tendencia, fue el cambio de moneda y la adopción de dólar, como moneda oficial, pues las farmacias que pretendieron subsistir en el mercado con las mismas tasas de ganancias en sucres (50%, 60%), no lograron insertarse en el nuevo esquema dolarizado, en el cuál los márgenes razonables de ganancias imponían una barrera del 20% como tope de ganancias, obligando a los propietarios de farmacias a mejorar drásticamente los niveles de eficiencia y ajustando los mismos a los nuevos esquemas de rentabilidad que la dinámica del negocio así lo exigía, esta fue la oportunidad que las nuevas franquicias explotaron al máximo y fueron logrando una mayor cantidad de franquiciados, no obstante en este trayecto, muchos de estos franquiciados no pudieron sostener sus franquicias, pues los volúmenes de stock que exigían los nuevos modelos, frente a la vorágine del cambio, implico que muchos franquiciados no alcanzaren a sostener la tasa de retorno en los tiempos estipulados por los franquiciantes, en tal razón muchas franquicias fueron capitalizadas por los propios distribuidores, convirtiendo las farmacias quebradas en farmacias propias”, la farmacias que fueron absorbidas por los distribuidores se conocen como farmacias anclas, y según, Arghoty, Villarroel (2010) era el objetivo ulterior de los distribuidores farmacéuticos, simplificar la venta hacia el consumidor final, prescindiendo del boticario y esta fue la forma como lo hicieron, (FLACSO-MIPRO, De la botica de barrio a las cadenas de farmacias, 2010:5).

Según IMS HEALTH (2000), hasta antes de la dolarización, el mercado de farmacias en el país, había crecido al mismo ritmo que las ventas indexadas del sector, es decir con una media del 6% anual, para el año 2001 el país contaba con una farmacia para cada 1.912 habitantes, un dato inusual para la región, pues países vecinos como Colombia y Perú, a la época superaban con facilidad los 3.500 habitantes por farmacia (se lo verá en detalle en el Capítulo V), no obstante en el periodo post-dolarización, el ritmo de crecimiento de la cantidad de farmacias presenta una involución, mientras la tasa demográfica, registra un incremento sostenido, provocando de esta forma registrar una mayor cantidad de habitantes promedio por farmacia, a medida que avanza el periodo analizado, como se ve en el cuadro 2.

Cuadro 2: Crecimiento del mercado de farmacias contrastado con la explosión demográfica en el Ecuador. (AÑOS 2001 – 2014)

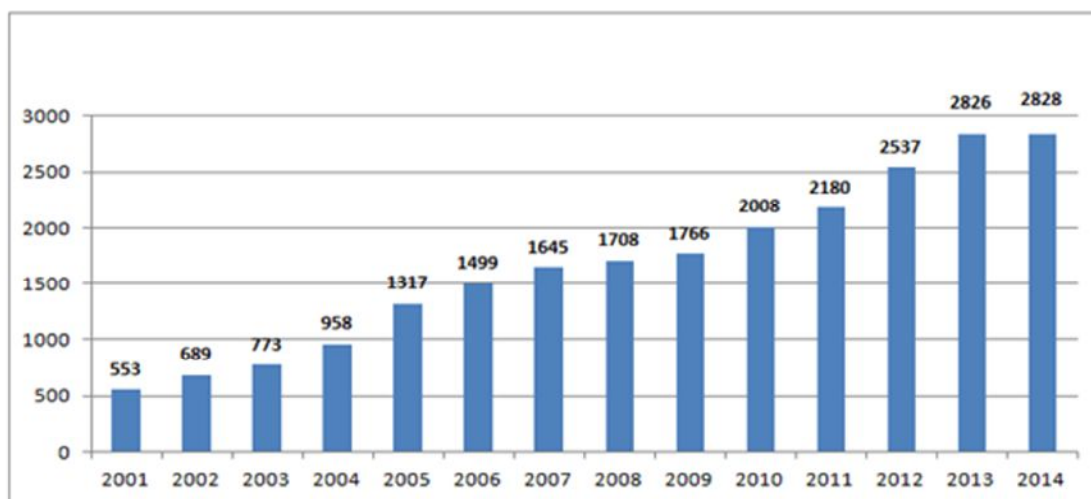
AÑO	HABITANTES EN ECUADOR (000)	CANTIDAD FARMACIAS	MILES DE HABITANTES PARA UNA FARMACIA
2001	12.156	6.359	1.912
2002	12.214	6.548	1.865
2003	12.354	6.338	1.949
2004	12.517	6.338	1.975
2005	12.714	6.281	2.024
2006	12.859	6.008	2.140
2007	12.910	5.724	2.255
2008	12.988	5.885	2.207
2009	13.007	5.938	2.190
2010	13.128	6.105	2.150
2011	13.271	6.260	2.120
2012	13.356	6.359	2.100
2013	13.575	6.257	2.170
2014	13.698	6.012	2.278

FUENTE: IMS HEALTH - INEC
ELABORADO POR: Oscar Montes

Si contrastamos el crecimiento demográfico del país entre los años 2001 al 2014, medido en millones de habitantes y lo comparamos con la cantidad de farmacias, que alcanzan los millares, encontramos que mientras la población del país crece a ritmo sostenido, la cantidad de farmacias decrece hasta el año 2007, año en el cuál la cantidad total de farmacias, crecen nuevamente, pero jamás alcanzan el nivel del año 2001, es decir muchas farmacias, desaparecieron y otras tantas como se ha visto anteriormente se afiliaron a alguna cadena, de acuerdo al estudio de FLACSO-MIPRO (2010), este fenómeno se explica ante la necesidad de abaratar costos por parte de las distribuidoras farmacéuticas, que buscaban niveles mayores de eficiencia, frente a una economía dolarizada, para lo cual buscaban deshacerse de los boticarios, y en efecto las farmacias independientes menos preparadas para afrontar el cambio estructural que implicaba la dolarización.

De acuerdo a IMS HEALTH (2000), para el año 2001 se registraban apenas 553 farmacias asociadas a una cadena, en esencia a Difare (Cruz Azul) y GPF (Fybeca y Sana Sana), a partir de entonces se registran crecimientos sostenidos y en 14 años la cifra prácticamente se ha sextuplicado, de igual manera el número de cadenas se ha diversificado, aunque se ha concentrado básicamente en 5 Distribuidores Farmacéuticos: Difare, GPF, Farmaenlace, Quifatex y Sumelab, al mismo tiempo y como se ha visto cada uno de estos distribuidores ha creado una cadena de farmacias para estratos populares con farmacias “tipo barrio” y farmacias para estratos altos, con farmacias que incorporan “auto servicio”, diversificando la oferta de servicios al concepto de “mega-tienda”, es decir no solo se puede encontrar medicinas, sino también, perfumes, regalos, bisutería, cosméticos, revistas, artículos para el hogar, delicatessen, libros, alimento para mascotas, bebidas, servicios BTL, que a su vez incluyen, densitometrias, ecos de hígado graso, servicio de inyectología, toma de presión arterial, sección de artículos para ortopedia, aparatos para rehabilitación, ropa interior, sillas de ruedas, cajeros automáticos dentro de la farmacia, es decir un concepto totalmente ampliado, ciertamente impensado para lo que tradicionalmente significa una farmacia, en el gráfico 15, se visualiza el crecimiento exponencial de este tipo de farmacias.

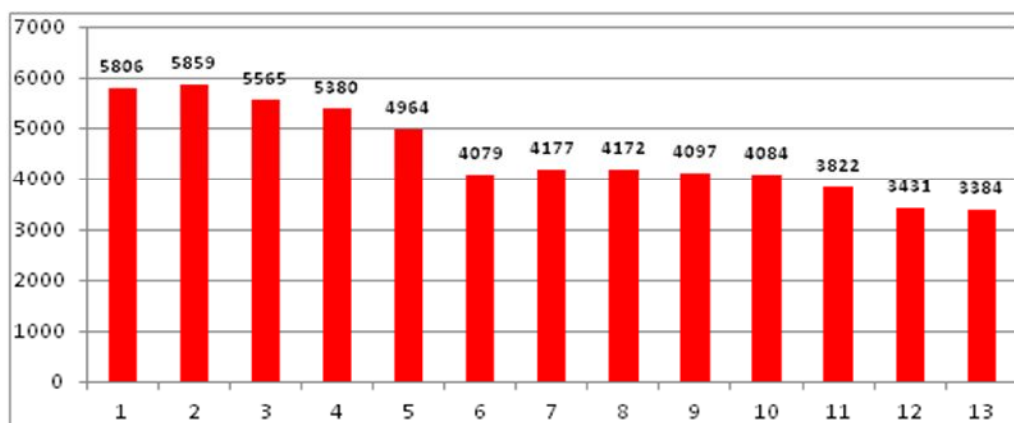
Gráfico 15: Crecimiento de farmacias asociadas a cadenas: (2001 – 2014)



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

En la data cruzada de IMS HEALTH (2014), mientras las farmacias asociadas a una cadena, experimentan este crecimiento, al mismo tiempo las farmacias independientes empiezan desaparecer, casi en la misma proporción, prueba irrefutable, de que cambiaron su filiación, como se observa en el gráfico 16.

Gráfico 16: Decrecimiento de farmacias independientes: (2001 - 2014)



FUENTE: IMS HEALTH

ELABORADO POR: Oscar Montes

Como se ve en los gráficos anteriores, las farmacias asociadas a cadenas, desde el año 2001, han crecido en forma exponencial, en detrimento de las farmacias independientes, esto se explica por varias razones:

1. Las cadenas de farmacias cuentan con mejores descuentos por producto.
2. Las cadenas de farmacias cuentan con planes de Medicación Frecuente.
3. Las cadenas de farmacia tienen un mejor y mayor surtido de mercadería.
4. Las cadenas de farmacias cuentan con autoservicio (estratos altos).
5. Mejor distribución y arreglo de las perchas en donde exhiben sus medicinas.
6. En las farmacias en cadena aceptan tarjetas de crédito.
7. Las cadenas de farmacia cuentan con servicio a domicilio.

Todo lo anteriormente expuesto ha generado una tendencia al parecer irreversible en cuanto a la evolución de la y composición del mercado de farmacias en el país, a favor de las farmacias asociadas a una cadena.

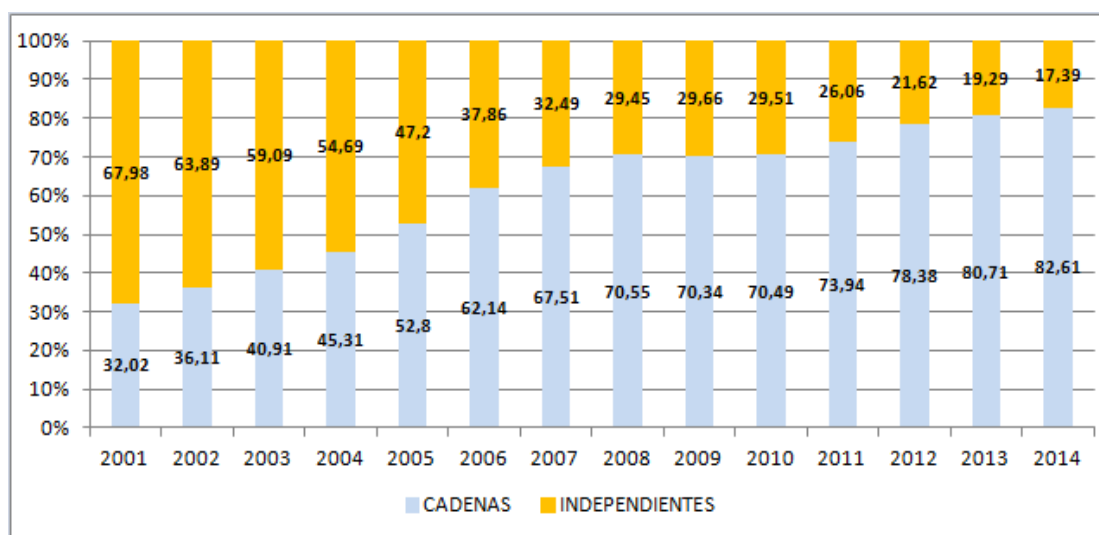
En conclusión, desde el año 2001, se observa en el mercado de farmacias, que satisfacen la demanda de medicinas de consumo humano dentro de Ecuador, una creciente merma de la cantidad de farmacias independientes, que operan en este mercado, si se observa que en el sector de venta de fármacos, en la última década se presentan crecimientos evolutivos anuales, cercanos o incluso superiores a los 2 dígitos (Data Quest, Enero 2014:17) y más aún tomando en cuenta que actualmente estamos refiriéndonos a un mercado que anualmente factura más de 1.300 millones de dólares (Data Quest, Enero 2014:19) llama la atención que un mercado de esta naturaleza, se esté consolidando la posición oligopólica de 3 Grandes Distribuidores de Fármacos, que paulatinamente

ganan espacio a través de la incorporación de nuevas farmacias (comprándolas o aumentando su cantidad de franquicias), provocando de esta forma que cada vez se observe un número menor de farmacias independientes en este mercado, este fenómeno adquiere un matiz particular si se considera que el actual gobierno desde hace dos años implemento la Ley Orgánica de Regulación Y Control de Poder de Mercado.

Se observa en los gráficos 15 y 16 que a partir del año 2003, año tras año, las farmacias independientes, ceden terreno a favor de las farmacias asociadas a una cadena, también se observa que a pesar de que el mercado crece en razón de una cantidad mayor de potenciales compradores desde el año 2001 hasta el año 2014, (DATA QUEST 2014, Estadística de Ventas), se ha pasado de 6.359 farmacias en el año 2001 a 6.212 farmacias en el año 2014, es evidente entonces que muchas de éstas farmacias independientes no fueron absorbidas por las cadenas, sino que simplemente, “dejaron de existir”.

De acuerdo a lo expuesto, cuantitativamente, para el cierre del año 2014, parecería haber un equilibrio de fuerzas entre la cantidad de farmacias independientes (54%) y las farmacias asociadas a una cadena (46%), pero los números experimentan un cambio notable, cuando se analiza la relación de venta en valores que genera cada uno de estos canales de venta, ya que las cadenas acaparan el 82,61% de la venta, dejando a las independientes apenas un 17,39%, como se observa en el gráfico 17.

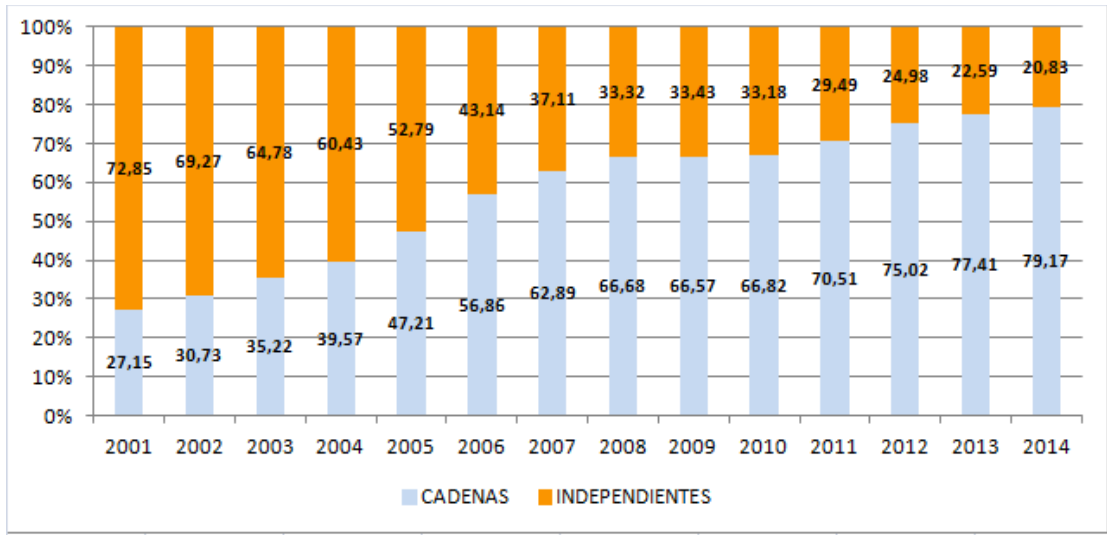
Gráfico 17: Ventas porcentuales, en valores (usd), entre cadenas y farmacias independientes: Diciembre del 2014



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

La misma relación pero ahora expresada en unidades vendidas por segmento no difiere mayormente, lo cual ratifica que nos trata de una venta segmentada sino más bien de una tendencia generalizada y la tendencia se polariza aún más, año tras año, véase gráfico 18.

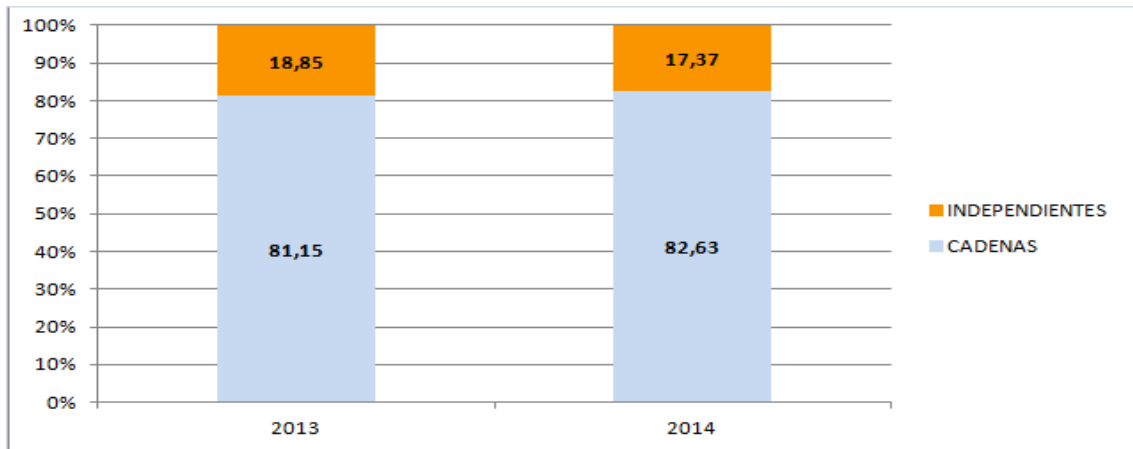
Gráfico 18: Ventas porcentuales en unidades, entre cadenas y farmacias independientes: Diciembre del 2014



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

Si profundizamos aún mas esta relación por cada región del país, según el estudio por distribución de canales de ventas presentado por IMS HEALTH (2014), se observa de acuerdo al gráfico 19, que en la Región Costa de cada dólar vendido en esta Región el 82,64% se lo realiza por alguna de sus farmacias asociadas a alguna cadena, dejando apenas el 17,36% para las farmacias independientes, vale la pena destacar, que en esta región del país, la cadena Cruz Azul, tiene concentrado el 74% de sus franquicias, siendo el líder indiscutido de esta zona, además el nivel de penetración de Cruz Azul, se extiende incluso a los poblados más pequeños de la costa.

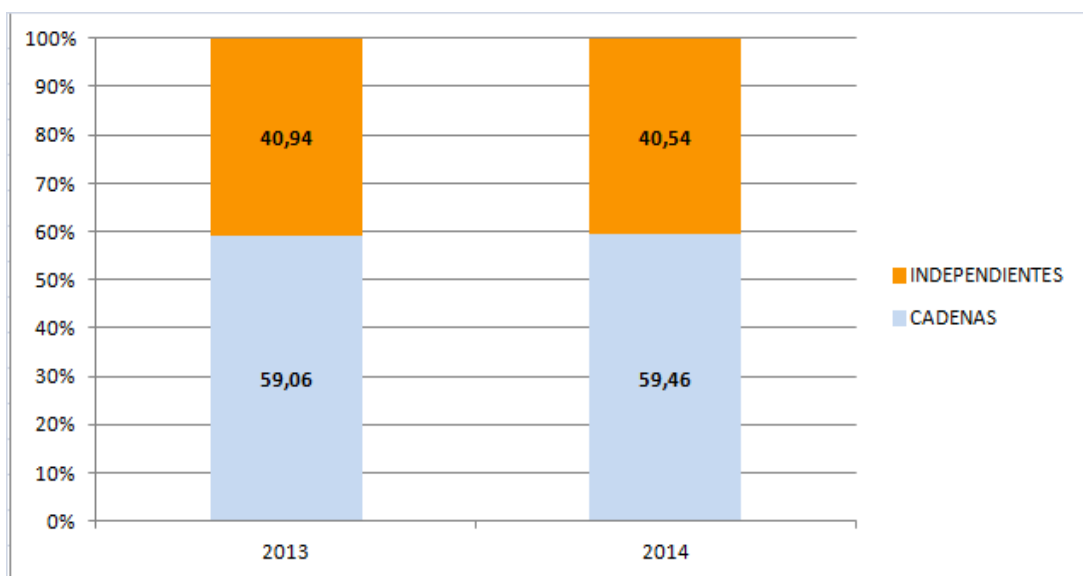
Gráfico 19: Relación de venta en valores Región Costa, entre cadenas y farmacias independientes: 2013/2014



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

A diferencia de lo observado en la Región Costa, en el Austro de acuerdo a la data proporcionada por IMS HEALTH, de un dólar vendido en fármacos en esta región, el 59,46% ingresa por una farmacia asociada a una cadena, mientras que el 40,54%, lo hace por una farmacia independiente, según el Dr. Patricio Siguenza²⁰ “...esto se explica porque en esta Región del país, las farmacias independientes han logrado asociarse, formando cadenas independientes de farmacias, comprando en conjunto y logrando descuentos por compras en alto volumen, los mismos que son traspasados directamente al cliente, para tener competitividad frente a las cadenas, de esta forma impedimos al máximo el ingreso de las farmacias independientes, esto ha provocado que se conserve la fidelidad de nuestros clientes, ha sido la única manera de poder conservar nuestros negocios”, en el gráfico 20 se observa que entre el año 2013 y 2014, las farmacias independientes apenas han perdido 4 décimas porcentuales de las ventas globales, frente a las farmacias asociadas a una cadena, es la única Región del país, en donde las farmacias independientes conservan, sus redes clientelares, casi intactas, los únicos distribuidores que ha logrado ingresar con relativo suceso es GPF, a través de Fybeca y Difare y Difare a través de Cruz Azul, el resto de Distribuidores, no han podido ingresar.

Gráfico 20: Ventas porcentuales en valores Región Austro, entre cadenas Y farmacias independientes: 2013/2014



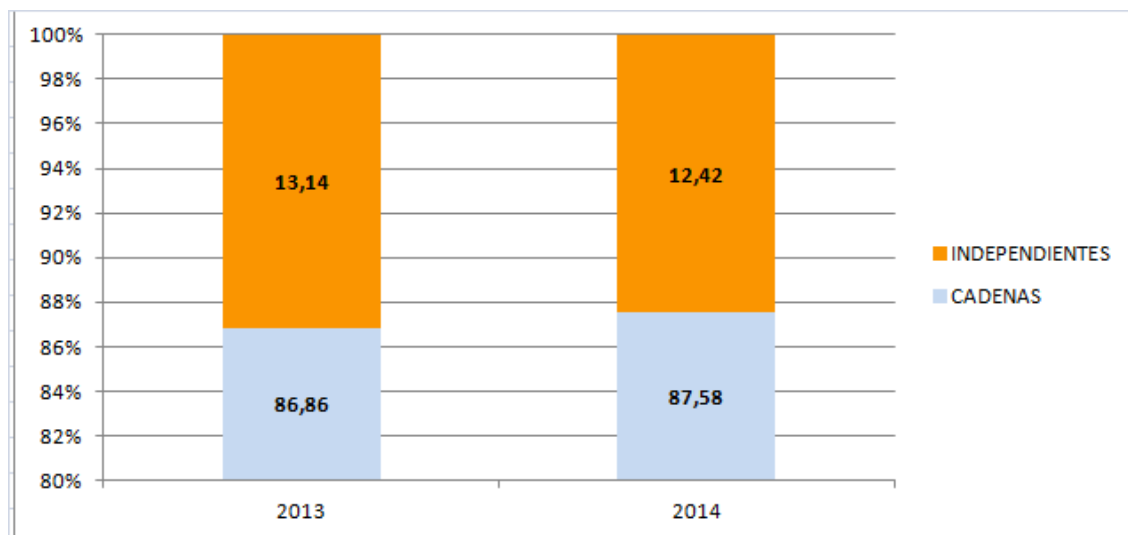
FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

Según la data de IMS HEALTH (2014), el mismo estudio refleja para la región Sierra que de cada dólar vendido, apenas el 12,42%, se lo realiza a través de una farmacia independiente, dejando el 87,58% de la venta a favor de las farmacias asociadas a cadenas, esto se explica porque en esta Región están afincados, todos los Distribuidores Farmacéuticos del país, a excepción de Difare, en el gráfico 21, se detalla la relación, por demás está decir que estos datos comprueban fehacientemente que en el país

²⁰ Reseña de la entrevista realizada al Dr. Patricio Siguenza, propietario de la Cadena de Farmacias Suiza de la ciudad de Azoguez, que cuenta en el Austro con 14 farmacias asociadas, afincadas en Azoguez, Cañar y Biblian.

el mercado de oferentes farmacéuticos, está dominado por un Oligopolio, de acuerdo a los lineamientos teóricos, explicados en el presente trabajo.

Gráfico 21: Ventas porcentuales en valores, Región Sierra, entre cadenas Y farmacias independientes: Diciembre del 2014.



FUENTE: IMS HEALTH
ELABORADO POR: Oscar Montes

En conclusión, se observa a lo largo de este capítulo, que partir del año 2000, la dolarización en el país provocó un cambio en los patrones de negociación del mercado de farmacias, cambio provocado por la incursión directa de los distribuidores farmacéuticos que dejaron de ser simples distribuidores de medicinas, para convertirse en propietarios de farmacias, formando cadenas, comprando farmacias mal administradas o en proceso de extinción y al mismo tiempo creando un mercado paralelo de franquicias, al punto que actualmente el mercado concentra el 82% del total de sus ventas en las farmacias que perteneces a una cadena al tiempo, que ya conforman el 46% del total de farmacias del país, un claro síntoma de que el mercado farmacéutico, desde la oferta de medicinas a través de farmacias está dominado por un oligopolio de oferentes, provocando un mercado imperfecto, con todas las características típicas de este modelo de negociación.

Es importante mencionar, que todo este fenómeno fue apalancado por las condiciones previas, que el mercado de farmacias había adoptado durante su consolidación, como se explicó en el capítulo 1, es decir desde 1905 hasta 1985, el mercado se fue distorsionando paulatinamente, generando inequidades, abusos de mercado, distorsión de precios, concentración de mercado, ausencia de controles estatales o lo que es peor intervenciones inoportunas y sesgadas por parte del estado.

Frente a este situación, el gobierno nacional, ha decidió intervenir activamente, regulando directamente, varias de las aristas de este mercado, como se vio en el primer capítulo, históricamente las únicas veces que el gobierno nacional intervino en este mercado fue para regular y normar la condición de los boticarios, imponiendo condiciones para que las personas naturales puedan crear y administrar una farmacia, pero nunca antes ningún gobierno nacional intentó normar los precios de las medicinas, ni regular las normas de comercialización de medicamentos genéricos y

peor aún imponer un código de ética a los establecimientos farmacéuticos, como se verá a continuación.

CAPITULO III

Impacto en el sector farmacéutico de las reformas al entorno legal Instauradas en el año 2014

Incluso en situaciones de equilibrio competitivo, la teoría económica demuestra, que este equilibrio puede darse con una distribución inequitativa de la riqueza donde algunos individuos tengan mucho y otros vivan en condiciones de miseria extrema. En el caso particular que hemos analizado hasta el momento, se ha demostrado que el mercado de farmacias en el país, está dominado por un oligopolio, situación que distorsiona aún más las condiciones de equidad distributiva en el sector, en estos casos, la teoría económica, aconseja la intervención estatal, para intentar minimizar las desigualdades, o en el mejor de los casos devolver al mercado las condiciones de competencia perfecta, en el presente capítulo se analizan las razones en las cuáles el Gobierno Nacional, ha fundamentado su intervención directa, la forma matemática de cómo ha determinado el nivel de distorsión y el cuerpo de leyes que está implementando para, dar el giro cualitativo que al menos la teoría impone, no es una tarea fácil, como se ha visto en los dos capítulos anteriores los niveles de distorsión son grandes, pero las leyes emanadas tienen un rango de acción también muy grande y promulgan una acción conjunta de varias entidades, de igual manera y en función de las herramientas disponibles de análisis, este capítulo contiene una visión del posible desenlace de cada una de las leyes implementadas.

3.1. Antecedentes y entorno

A partir del año 2000, las reglamentaciones del entorno legal de la Industria farmacéutica han ido cambiando ya que ha sido considerado un sector estratégico dentro de la economía nacional, y es en este año, donde se formula la Ley sobre: Producción, Importación, Comercialización y Expendio de Medicamentos Genéricos para Uso Humano, la cual reglamenta, precios, adquisiciones y control de calidad. Más tarde en el año 2002, se aprueba la Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud, que tiene como objetivo, organizar el manejo interno de todos los entes adscritos al mismo, las interrelaciones y la formulación de políticas. En el año 2006, se expidió la Ley Orgánica de Salud Pública, que regula todas las acciones para garantizar el derecho acceso a la salud de la ciudadanía en general. Dentro de esta Ley, se designa al Ministerio de Salud Pública, como autoridad sanitaria nacional, el mismo que es el responsable del control sanitario de los medicamentos, de la formulación de políticas de acceso y disponibilidad de los mismos, dando prioridad a los medicamentos genéricos. Para el año 2007 el Gobierno Nacional, define 11 prioridades sobre el sector, poniendo especial interés en la accesibilidad de la población a las medicinas, (Gualavisi Mélany, 2010:7)

Durante los últimos años, el gobierno del Presidente Rafael Correa Delgado, ha realizado un seguimiento muy puntual a la evolución y desarrollo del Sector Farmacéutico en el país, luego de sostener varias reuniones, con la mayoría de actores implicados en el desarrollo de este sector, la Superintendencia de Control y Poder del Mercado, emitió una recomendación frente al supuesto abuso de las grandes farmacéuticas, dicha recomendación debe fomentar y promover la competencia en el sector de las farmacias, se exhorta al Ministerio de Salud a adecuar, suprimir o modificar las disposiciones reglamentarias para que expresamente eviten la distorsión a la restricción

de la competencia, en especial a aquellas que atenten a la igualdad de condiciones entre los operadores económicos, (Diario El Comercio, 4-Sep-2014).

Al respecto se emitieron 3 resoluciones estratégicamente importantes, que buscan promover la competencia igualitaria entre farmacias, mejorar el acceso a los medicamentos genéricos, y regular el precio de 5.450 medicamentos pertenecientes a 1.777 sustancias activas, adicionalmente hay una cuarta decisión que si bien es cierto no fue generado directamente para regular el mercado farmacéutico, afectará directamente las decisiones a tomar en la Industria Farmacéutica ya que se trata de una salvaguardia relacionada con las importaciones directas de Perú y Colombia.

Estas son las 4 resoluciones:

1. Decreto 400: “Nuevo Reglamento para la Fijación de Precios de Medicamentos de Uso y Consumo Humano”.
2. Decreto 522: “Reforma a los Reglamentos Vigentes para comercializar Medicamentos Genéricos”.
3. Resolución de la Súper Intendencia de Control y poder del Mercado: “Manual de Buenas Prácticas Comerciales para los Establecimientos Farmacéuticos”.
4. Resolución 050-2.014 de la Función Ejecutiva “Aplicación de una medida correctiva, en los términos del artículo 98 del Acuerdo de Cartagena, para los productos originarios de Perú y Colombia”. Vigencia de las Salvaguardas Comerciales.

3.2. Nuevo reglamento para la fijación de precios. (Decreto 400)

El nuevo reglamento, está amparado en varios considerandos, derivados de la Constitución de la República, como el Artículo 32 que establece que la Salud es un derecho que garantiza el Estado, además según el primer inciso del Artículo 335 de la Constitución de la República, el Estado regulará, intervendrá y controlará cuando sea necesario las transacciones económicas, mientras tanto en el segundo inciso, señala que el Estado orientará una política de precios dirigida a proteger la producción nacional, establecerá los mecanismos de sanción para evitar cualquier práctica de monopolio u oligopolio privado o de abuso de posición de dominio de mercado, así como otras prácticas de competencia desleal (Constitución de la República, artículos: 32-335).

En lo referente al consumo de medicamentos, el numeral 7 del artículo 367 de la Constitución de la República, refiere que el Estado será responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos, que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población y que, en el caso de acceso a medicamentos, los intereses de la salud pública, prevalecerán sobre los económicos y comerciales (Constitución de la República, artículo 367).

La Ley Orgánica de Salud, refiere dos artículos muy puntuales, al proceder del Estado con relación al uso y consumo de medicamentos de uso humano y son: el artículo 154, que establece que el Estado, garantizará el acceso y disponibilidad, de medicamentos de calidad y su uso racional, priorizando los intereses de la salud pública sobre los económicos y comerciales, mientras que el artículo 159, establece que le corresponde a la Autoridad Sanitaria Nacional la: fijación, revisión y control de precios, de los medicamentos de uso humano, a través del Consejo Nacional de Fijación y Revisión de

Precios de Medicamentos de Uso Humano de conformidad con la Ley, (Ley Orgánica de Salud, artículos: 154-159).

En función de lo expuesto el Gobierno decide conformar el Consejo Nacional de Fijación Y Revisión de Precios de Medicamentos de Uso Humano y además en virtud de la ley transitoria sexta de la Ley Orgánica de Control y Poder del Mercado, la cual ordena al Presidente de la República, reformar el Reglamento para la fijación y control de precios de medicamentos para uso humano, entonces el Gobierno Nacional promulga el Decreto Oficial No. 400, que decreta formalmente el REGLAMENTO PARA FIJACION DE PRECIOS DE USO Y CONSUMO HUMANO, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400).

El Reglamento tiene 6 capítulos, el primero hacer relación al ámbito de acción y a las definiciones de la terminología técnica que involucran todas las descripciones del mismo, a continuación se detalla la terminología utilizada en el reglamento (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400):

Medicamento Estratégico: Son aquellos que cumplan con las disposiciones metodológicas, definidas por la Autoridad Sanitaria y aprobadas por el consejo.

Principio Activo: Es aquella sustancia cualquiera, que sea su origen, humano, animal, vegetal, químico u de otro tipo, al que una vez purificada o modificada químicamente, se le atribuye una actividad farmacológica para constituir un medicamento.

Segmento de Mercado: Para efectos de la fijación de precios, se entenderá como segmento de mercado, a los medicamentos que correspondan a un mismo principio activo, o combinación de principios activos, a una misma forma farmacéutica, hasta el primer nivel de desagregación y a una misma concentración.

En el segundo capítulo se aborda la conformación y funciones inherentes al Consejo Nacional de Fijación de Precios.

En el tercer capítulo se definen los Regímenes de Fijación de Precios y su Aplicación, los Regímenes que define el Reglamento son los siguientes: (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400):

1. Régimen Regulado de Fijación de Precios.
2. Régimen de Fijación Directa de Precios.
3. Régimen Liberado de Precios.

1. Régimen regulado

El Régimen Regulado de Fijación de Precios, consiste en establecer un precio techo para cada segmento de mercado de los medicamentos estratégicos y nuevos.

El precio techo, será equivalente a la mediana de los precios de venta al público, del mercado privado, de los medicamentos participantes, de acuerdo al segmento correspondiente, excluyendo aquellos precios que se consideren atípicos²¹.

A partir del establecimiento de los precios techo por parte del Consejo, de acuerdo a cada segmento de mercado, ningún medicamento podrá ser comercializado a un precio superior, al precio techo, por su parte todos aquellos medicamentos, cuyos precios estén ubicados por debajo del precio techo, no podrán incrementar sus precios de venta al público.

El precio techo, regirá así mismo para todos aquellos medicamentos de los mismos segmentos, introducidos con fecha posterior a la determinación del precio techo por parte del Consejo, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400).

a. Criterios para definir que medicamentos son estratégicos

Se había definido que los medicamentos estratégicos son aquellos que cumplen con las definiciones metodológicas, determinadas por el Consejo, quien a través del boletín informativo, remitido por la secretaria técnica el 17 de Agosto del año 2014, determinó que: la lista de medicamentos estratégicos, parte de la esencialidad de los medicamentos y está lista nace en base a dos principios, fundamentales para realizar una regulación de precios: el primero parte de la perspectiva de la importancia del medicamento, desde la salud pública y el segundo parte de una perspectiva económica y de las restricciones relevantes de la competencia (Consejo Nacional de Medicamentos Básicos, Boletín Informativo: Agosto-2014). Entonces los criterios para definir la lista de medicamentos estratégicos son:

1) Todos los medicamentos que estén incluidos, bajo el Cuadro Nacional de Medicamentos Básicos (CNMB) vigente, así como todas aquellas combinaciones de principios activos que contengan uno o más y que estén incluidos dentro del CNMB²², incluyendo también los medicamento coincidentes, hasta el Nivel III dentro de la ATC²³ dentro del CNMB, siempre y cuando no sean medicamentos de venta libre.

2) Los medicamentos que sin estar incluidos dentro del CNMB, la autoridad sanitaria, determine con una resolución motivada, la inclusión dentro de la lista de medicamentos estratégicos; medicamentos que corresponden al tratamiento de enfermedades consideradas dentro de las

²¹ Se considera un precio como atípico, cuando en un segmento de mercado participen apenas dos o tres medicamentos y se considerará atípico al precio mayor, siempre y cuando este sea al menos el duplo del precio más bajo del segmento.

²² CNMB, tiene como objetivo presentar a las Instituciones del Sistema Nacional de Salud, a los prescriptores, a los profesionales y a la ciudadanía, una lista de medicamentos esenciales, analizados técnica y científicamente de acuerdo a la medicina basada en evidencia (MBE), los avances científicos y últimos estudios, lo que garantiza su eficacia, seguridad y conveniencia, así como la mejor alternativa. Se consideran como medicamentos esenciales, a los que cubren las necesidades prioritarias de la población, su selección se realizan atendiendo las prevalencias de las enfermedades y su seguridad, eficacia y costo de eficacia comparativa, se pretende que en el contexto del sistema de salud existente, los medicamentos esenciales, estén disponibles en todo momento, en cantidades suficientes, en las formas farmacéuticas apropiadas, con una calidad garantizada y aun precio asequible para las personas y para la comunidad (OPS), Organización Panamericana de la Salud

²³ ATC, es el código con el cual el CNMB, ha clasificado a un medicamento de acuerdo a su Acción Terapéutica Controlada.

estrategias colectivas del Ministerio de Salud Pública, como medicamentos para tratar enfermedades raras.

3) Los medicamentos que el Consejo por propia iniciativa o por instancia de la Superintendencia de Control y Poder del Mercado, califique como monopólicos o restricciones relevantes de la competencia²⁴.

4) Los medicamentos nuevos, que aún no disponen de una clasificación específica de la ATC y que dada su importancia terapéutica, la autoridad sanitaria, considera que deben someterse al régimen regulado de precios.

En cualquier momento la Autoridad Sanitaria, podrá ordenar la inclusión o exclusión de un medicamento dentro de la lista de medicamentos estratégicos en forma motivada, atendiendo a prioridades de salud o a pedido de la Superintendencia de Control y poder de Mercado. El consejo previa determinación justificada de existencia de un nivel suficiente de competencia, podrá declarar que determinados segmentos pasen a régimen liberado de precios, para lo cual realizará consultas no vinculantes a la Superintendencia de Control y Poder de Mercado, (Consejo Nacional de Medicamentos Básicos, Boletín Informativo: Agosto-2014).

2. Régimen de fijación directa.

El Régimen de Fijación Directa de Precios es de excepción y consiste en la determinación unilateral que hace el consejo de los precios y medicamentos para uso y consumo humano, con sujeción a este reglamento, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400).

En este caso, caerán todos aquellos medicamentos que:

a) Fijen sus precios de venta al público, por encima del precio techo fijado, para el segmento respectivo.

b) Cuando los precios de venta al público, a los que se comercialice el medicamento bajo régimen regulado, se hubieren incrementado anualmente, más que la inflación de aquel año.

c) Cuando se comercialicen medicamentos, catalogados como nuevos y estratégicos sin que hubiera existido fijación previa por parte del Consejo.

d) Cuando los precios e información, entregados al consejo no sean verídicas y exista la intención de ocultar, omitir y/o falsear información con el objetivo de engañar al estado y/o sacar provecho del presente reglamento.

e) En caso de otros casos que señalen los respectivos instructivos o resoluciones derivadas de este reglamento, así como sus disposiciones transitorias.

3. Régimen liberado de precios.

En el régimen liberado de precios se considera a todos aquellos medicamentos que, no se encuentren clasificados en los regímenes anteriores, y los precios serán libremente determinados, para lo cual, los titulares de los registros sanitarios deberán notificar, obligatoriamente al Consejo, de acuerdo con las normativas de este reglamento.

Para tal efecto, el remitente, deberá notificar al Consejo, en forma semestral, el registro del precio del respectivo medicamento, adjuntando de manera obligatoria a través del portal Web del Consejo

²⁴ Se elaborará un instructivo, para determinar los criterios específicos, para determinar las restricciones de la competencia.

Nacional de Fijación de Precios, el detalle de todos los medicamentos a comercializar, indicando la siguiente información mínima, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400):

- a. Nombre o razón Social del Solicitante
- b. Número del registro Sanitario.
- c. Precio de Venta al Público.
- d. Ventas mensuales en unidades y valores, del semestre inmediatamente anterior.

El Capítulo cuarto, habla del procedimiento para la fijación del presente reglamento, detallando, el modus operandi del mismo y los plazos para su implementación, así como las consultas, requisitos, impugnaciones sobre los predios establecidos y los medicamentos incluidos en tal o cual segmento, de igual manera en este capítulo se consideran todos los requisitos para la inclusión de un medicamento nuevo, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400).

El Capítulo cinco, hace referencia a todas las obligaciones sometidas con la presente regulación, específicamente habla de la obligatoriedad de todos los actores comerciales, que comercializan medicamentos para uso humano, relacionadas con la normativa en aplicar los nuevos precios de acuerdo al régimen correspondiente, de igual forma determina la obligatoriedad de toda persona natural o jurídica, propietaria de un establecimiento comercial, que vende medicamentos, en proporcionar toda la información requerida, destacando que en caso de incumplimiento, el Consejo reportará el hecho a la autoridad competente, para aplicar las sanciones a la que se diere lugar, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400).

En el Capítulo seis, se deja constancia expresa de que la Agencia Nacional de Control y Vigilancia Sanitaria (ARCSA), será la encargada de desplegar el control de precios fijados por el Consejo y deberá realizar trabajos de control periódicos en el campo, además será la encargada de enviar los informes de incumplimiento para que el Consejo, remita los casos y aplique directamente el Régimen de Fijación Directa de Precios, (Presidencia de la República, Decreto Oficial No. 400).

3.3. Aplicación en la práctica del decreto 400

El espíritu de cuerpo de esta medida regulatoria, busca a las claras regular y modificar el comportamiento de los oferentes de más de 5.000 medicamentos, en los cuales el gobierno considera que la política de precios, refiere comportamientos oligopólicos, ya que las empresas oferente han buscado maximizar sus beneficios, ubicando los precios de los productos en lugares en los cuales la curva de costo marginal es considerablemente inferior a la curva de costos medios.

Para llegar a esta conclusión, el gobierno ha recabado un listado de precios extraídos del mercado de varios productos pertenecientes a cada uno de los mercados relevantes de cada sustancia activa, esto ha provocado que en los casos en los cuales el mercado relevante, tiene varios competidores genéricos, el precio promedio de cada producto analizado, ha sufrido descensos que superan la barrera del 60, 70 e incluso 80% de los precios actuales.

Esto podría provocar los siguientes escenarios:

- a) Todas las farmacéuticas en las cuáles, los precios promedio no alcanzan a cubrir el precio FOB de importación, invariablemente van a retirar sus genéricos de marca del mercado.

b) Varias farmacéuticas en las cuáles el precio promedio, aunque alcance a cubrir el precio FOB de importación de sus productos, considerarían, mantener sus genéricos de marca, puesto que evidentemente el margen bruto de contribución de utilidades al final del ejercicio económico, posiblemente no sea tan representativo, como para mantener esas marcas en el mercado farmacéutico.

c) Los genéricos de marca, que siendo líderes en sus respectivos mercados, se mantengan dentro del mercado a los nuevos precios promedio y que manejen asertivamente sus políticas de promoción y comercialización, al ubicarse en una curva de demanda, muy similar a condiciones de competencia perfecta, podrían experimentar crecimientos positivos en las nuevas cantidades demandadas de su producto, beneficiándose de la reducción de precios.

d) En función de lo anteriormente expuesto, varias de las marcas ubicadas por debajo de la línea promedio de precios, experimentarías un descenso en sus ventas, pues evidentemente el mercado de consumidores será el mismo y en varios casos asistiremos a una recomposición del share de cada marca.

e) Indiscutiblemente el beneficiado será el consumidor final, pues en todos los casos analizados el nuevo precio promedio, aliviará la economía de los consumidores.

f) La Industria Farmacéutica Nacional, atravesará un bache recesivo, pues varios de los laboratorios farmacéuticos, en función de la disminución de precios y/o retiro de productos, ajustarán sus nóminas de empleados.

g) Todas las farmacéuticas que experimenten bajas en sus ingresos por ajuste del precio promedio en los precios regulados, buscarán de alguna forma compensar como mecanismo de ajuste, esta baja, en los productos que tengan a su alcance en el régimen de precios liberados.

h) El nuevo reglamento elimina el diferencial del 16,67%, de8l cual se benefician anteriormente las farmacias, a quienes se les vendía con un 20% por debajo del precio de venta al público y por lo tanto ellas ganaban automáticamente el 16.67%, sobre este precio al momento de vender al consumidor, esto provocaba una imperfección de mercado ya que las farmacias asociadas a una cadena, al comprar en grandes cantidades, accedían a descuentos y/o bonificaciones mayores, pudiendo ofrecer a sus clientes descuentos mayores a los que pudiese ofrecer una farmacia que no goce de estas prebendas, este cambio entonces provocará mayor equidad en el precio finalmente ofrecido a los cliente en los productos regulados por todas las farmacias sean o no de cadena.

3.4. Reforma para comercializar medicamentos genéricos (decreto 522)

Según Fausto Jaramillo Proaño²⁵: "... la Industria Farmacéutica a nivel internacional, destina grandes cantidades de dinero, a manera de inversión en proyectos de investigación y desarrollo, enfocados a la búsqueda constante de nuevas moléculas o alianzas bio-equivalentes de uno o varios compuestos químicos, que busquen, aliviar, combatir, paliar, mejorar o incluso eliminar una patología dentro de un ser humano, a nivel internacional, la Industria Farmacéutica está inventando y promulgando constantemente nuevas moléculas, basadas en nuevos principios activos, que son patentados como marcas nuevas dentro del mercado farmacéutico, estas moléculas son reconocidas a nivel internacional, con la: Denominación Común Internacional, determinada por la Organización Mundial

²⁵ Reseña de la entrevista realizada a Fausto Mateo Jaramillo Proaño, Presidente Ejecutivo de Genéricos Nacionales (GENA SA) y ex Gerente General de la Transnacional Merck, en Centroamérica.

Salud. Los laboratorios farmacéuticos que han patentado estas marcas, gozan de 12 años de protección de patente, tiempo durante el cual, son los únicos que pueden comercializar a nivel local e internacional la nueva marca inventada. Una vez transcurrido este tiempo, la marca pierde su protección de patente y la nueva molécula puede ser emulada por otros laboratorios farmacéuticos en el 100% de los casos, estas moléculas son copiadas por laboratorios farmacéuticos ubicados en países en vías de desarrollo, cuando una molécula original, es replicada por otro laboratorio farmacéutico, automáticamente, pasa a llamarse “medicamento genérico”.

Con relación a lo expresado por Jaramillo, es fundamental hacer dos diferenciaciones fundamentales al respecto:

1. Genéricos Tradicionales

Los medicamentos genéricos tradicionales, son aquellos que una vez que transcurrió el periodo de protección de patente de la molécula original, otro laboratorio decide, sacar una copia de la misma, inscribe el nombre del medicamento con la molécula original única y exclusivamente, por ejemplo: AMLODIPINO DE 10 mg, el amlodipino es una molécula compuesta por el principio activo: Besilato de Amlodipina y está indicada como tratamiento de primera elección en la hipertensión arterial y también puede utilizarse como único agente para controlar la presión sanguínea en la mayoría de los pacientes, el laboratorio farmacéutico que descubrió, e inventó la molécula fue la Transnacional Americana Pfizer, y la comercializa con el nombre de Norvasc, en sus dos presentaciones de 5mg y 10mg, este producto se encuentra en el mercado farmacéutico nacional e internacional desde Mayo de 1982 y hasta 1994 fue la única empresa farmacéutica que pudo comercializar el principio activo, Amlodipino a nivel mundial (PLM Ecuador, 2.011:1188), no obstante desde el año 1994, algunos laboratorios farmacéuticos, copiaron la molécula y empezaron a comercializarla simplemente con su nombre genérico es decir: Amlodipino de 10 mg, en el caso farmacéutico ecuatoriano tenemos algunas firmas que comercializan esta sustancia con ese nombre por ejemplo: Amlodipino GENFAR²⁶ (PLM Ecuador, 2.011:324), Amlodipino MK²⁷, Amlodipino NIFA²⁸, entre otras.

Los genéricos tradicionales, anteriormente nombrados que forman parte del segmento de los amlodipinos están disponibles en el mercado farmacéutico ecuatoriano desde finales de los años noventa y rápidamente se convirtieron en una alternativa farmacéutica, obviamente con precios sensiblemente inferiores a los de Norvasc, ahora bien la efectividad y seguridad terapéutica de estos genéricos tradicionales, dependen básicamente de la bioequivalencia²⁹ de los principios activos y de la calidad de los excipientes utilizados en la mezcla de estas sustancias, el cuerpo médico a nivel local, tiene plenamente identificados a los Laboratorios Farmacéuticos que producen estas moléculas

²⁶ GENFAR, es la empresa de Genéricos Farmacéuticos, más grande de Colombia, afincada en Ecuador desde finales de la década de los noventas.

²⁷ MK, son las iniciales de la Gigantesca Empresa Farmacéutica Colombiana, MCKESSON, especializada en comercializar en forma masiva genéricos de toda índole.

²⁸ NIFA, son las iniciales de una de las firmas farmacéuticas ecuatorianas que comercializan genéricos y productos de marca, el producto más conocido de esta compañía a nivel local es el FINALIN.

²⁹ La bio-equivalencia de un principio activo, hace referencia a la cantidad mínima de aquel principio, necesaria para que obtenga el efecto deseado al tratar una patología, los estudios a nivel nacional, para medir la eficiencia de un producto están a cargo del Instituto: Leopoldo Izquieta Perez.

y dependiendo de la calidad de la visita médica³⁰ desplegada por cada uno de estas firmas farmacéuticas, derivan sus prescripciones a favor de estos genéricos tradicionales, en mayor o menor medida (DATA QUEST, 2008:42).

2. Genéricos de Marca

Como se vio en el numeral anterior, varios laboratorios farmacéuticos, al copiar las moléculas originales, inscriben a sus productos simplemente con el nombre de la molécula genérica que han copiado, pero no todos los laboratorios farmacéuticos operan de la misma manera, para graficar de mejor manera el caso de un genérico de marca, se analizará el caso de la misma molécula utilizada a manera de ejemplo en el acápite anterior.

Como se ha visto la Transnacional Americana Pfizer, fue la que patentó la molécula Amlodipino en sus dos presentaciones de 5mg y 10 mg, respectivamente, como se ha visto también algunos laboratorios farmacéuticos a nivel nacional han comercializado la molécula como Amlodipino genérico, utilizando ese nombre en sus presentaciones comerciales, pero existen otros laboratorios farmacéuticos, que para el efecto han emulado la molécula original, pero para fines comerciales han utilizado otros nombres comerciales para “bautizar” a sus marcas, en el caso específico analizado, tenemos los siguientes casos: AMLOR (que es amlodipino de 5mg ó 10 mg) de GRUPO FARMA DEL ECUADOR ó NOLOTEN (que es amlodipino de 5mg ó 10 mg) de MEDICAMENTA ECUATORIANA. En estos casos las casas farmacéuticas, Grupo Farma del Ecuador y Medicamenta Ecuatoriana, han realizado exactamente el mismo procedimiento que las casas farmacéuticas colombianas, Mkesson, Genfar y Nifa de Ecuador con relación al proceso de fabricación del medicamento genérico: amlodipona, y pudieron haber colocado el nombre genérico: amlodipino a sus productos para fines comerciales, no obstante optaron por otro tipo de nombres, consolidando de esta forma el concepto: “genérico de marca”.

Es importante mencionar que lo genéricos de marca, tienen un precio superior a genéricos tradicionales y habitualmente están relacionados a laboratorios de un reconocido prestigio a nivel regional, de hecho existen varios laboratorios farmacéuticos que han consolidado posiciones estelares en el mercado nacional, única y exclusivamente comercializando genéricos de marca (REVISTA FARMAPRECIOS, 2015:32).

Una vez, definido claramente el espectro de acción de los medicamentos que corresponden a la categoría de genéricos tradicionales y aquellos que corresponden a la categoría de genéricos de marca, el Gobierno Nacional emite el Decreto 522, considerando que la normativa sanitaria, hace referencia a los medicamentos de marca, aunque en el ordenamiento jurídico no existe una definición al respecto, confusión que ha generado distorsiones en el mercado de medicamentos y, como consecuencia de esto, una discriminación respecto a los medicamentos genéricos, hecho que a su vez ocasiona una confusión entre usuarios y consumidores, por el desconocimiento de las verdaderas cualidades y naturaleza del producto (PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Decreto 522:2014).

³⁰ La calidad de la Visita Médica está determinada por dos indicadores básicos que manejan todos los laboratorios farmacéuticos especializados en visitar médicos: frecuencia y secuencia, estos indicadores se apoyan en estrategias de coaching y mentoring, desplegadas por los mandos medios de cada firma.

Considera también, que una vez vencido el tiempo de protección de una patente, momento a partir del cual se encuentra en el dominio público, es indispensable que el Estado, realice todas las acciones necesarias, con la finalidad de que los medicamentos que usen tales principios activos, puedan generar un beneficio para la población ecuatoriana (PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA, Decreto 522: 2014).

Considera que según el artículo 52 de la Constitución de la República, las personas tienen derecho a disponer de bienes y servicios de óptima calidad, y a elegirlos con libertad, así como a una información precisa y no engañosa sobre su contenido y características, (Constitución de la república, Artículo 52).

Que de acuerdo al numeral 7 del artículo 363 de la Constitución de la República, el Estado será el responsable de garantizar la disponibilidad y acceso a medicamentos seguros, de calidad, y eficaces, regular su comercialización y promover la producción nacional y la utilización de medicamentos genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población (Constitución de la República, Artículo 363).

Que según el artículo 259 de la Ley Orgánica de Salud, medicamento genérico es aquel que se comercializa con la Denominación Común Internacional (DCI), del principio activo, propuesta por la Organización Mundial de la Salud o en su ausencia, con una denominación genérica convencional, reconocida internacionalmente (Ley Orgánica de Salud, Artículo 259).

En función de todo lo anteriormente expuesto, el gobierno nacional decreta un artículo único que menciona:

“Los medicamentos se registrarán y comercializarán como genéricos una vez que, la patente de invención haya vencido, debiendo contener en la etiqueta, primordialmente la Denominación Común Internacional (DCI), y la denominación de “Medicamento Genérico”, por sobre el nombre del fabricante, una vez, vencida la patente, los medicamentos de referencia “moléculas originales”, se comercializaran como tales y se comercializarán como genéricos. Se entiende como medicamentos de referencia a aquellos que obtuvieron originalmente la patente de invención, ya caducada y se prohíbe que los medicamentos genéricos, se comercialicen exclusivamente, con una “marca determinada” (Presidencia de la República, Decreto 522: 2014),

3.5. Aplicación en la práctica del Decreto 522

Según el Dr. José Meythaler³¹ “...sin lugar a dudas esta es la medida que más polémica y confusión ha generado y de momento ningún Laboratorio Farmacéutico, podrá hacer conjeturas en relación a la aplicación de esta medida, ya que las conclusiones preliminares con relación a esta medida regulatoria, deriva en las siguientes consideraciones:

a) El decreto desconoce los derechos adquiridos por el posicionamiento de una marca, en base a la calidad del producto y en base al trabajo de promoción realizado a lo largo del tiempo.

³¹Reseña de un comunicado escrito, relacionado con el decreto 522, remitido por el Doctor en Jurisprudencia, José Meythaler, quien es reconocido a nivel nacional por su especialidad en litigar con casos de la Industria Farmacéutica.

b) El decreto no establece categóricamente que la marca desaparezca del envase, existe un vacío legal.

c) Implica el desconocimiento del derecho a una marca, un derecho originario en tratados internacionales, la marca es el valor del negocio, sin marcas no hay negocio rentable.

d) Los envases primario y secundario, deberán modificarse, para que contenga “primordialmente”, el nombre de genérico internacional, esto implica una modificación en el Reglamento de Registro Sanitario de Medicamentos, a efectos de que conste en el mismo, las condiciones en las cuales debe registrarse el nombre genérico y de sus marcas.

e) Existe una equivocación al considerar que un producto de referencia sea el que tiene patente, ya que el producto de referencia es el que presentó datos de prueba por primera vez en el país, es decir no necesariamente el verdadero poseedor de la patente, lo cual representa un grave error de concepto”.

Según Meythaler: “...Por todo lo anteriormente expuesto, es difícil pronosticar un posible escenario de la aplicación de esta medida y en el peor de los casos suponiendo que el decreto prohibiese en forma expresa la difusión de las marcas de los genéricos, el negocio farmacéutico quedaría completamente desvirtuado, pues sin marcas no hay negocio, lo que a juicio muy particular provocaría un retiro masivo del país de la mayoría de laboratorios farmacéuticos que comercializan genéricos de marca, lo cual provocaría un mercado negro de medicinas, traídas de países vecinos, a precios inimaginables”.

3.6. Manual de buenas prácticas comerciales, para los establecimientos farmacéuticos

El Manual de Buenas Prácticas Comerciales, es el fruto de una serie de estudios, a través de seminarios y talleres internacionales organizados y coordinados por la Superintendencia de Control de Poder del Mercado, estos seminarios se llevaron a cabo durante los años 2013 y 2014.

-IX Seminario Internacional: “MERCADO FARMACEUTICO”, Mayo - 2013

-XI Seminario Internacional: “LA RELACION ENTRE LA PROPIEDAD INTELECTUAL, LA COMPETENCIA Y LAS POLITICAS DE ACCESO A LA SALUD”, Junio – 2013.

-XVII Seminario Internacional y IX de: “TECNOLOGIA Y REGULACION DEL MERCADO, SECTOR SALUD”, Octubre – 2013

-XLI Seminario Internacional: “TALLER SOBRE MEDICAMENTOS GENERICOS”, Noviembre - 2014

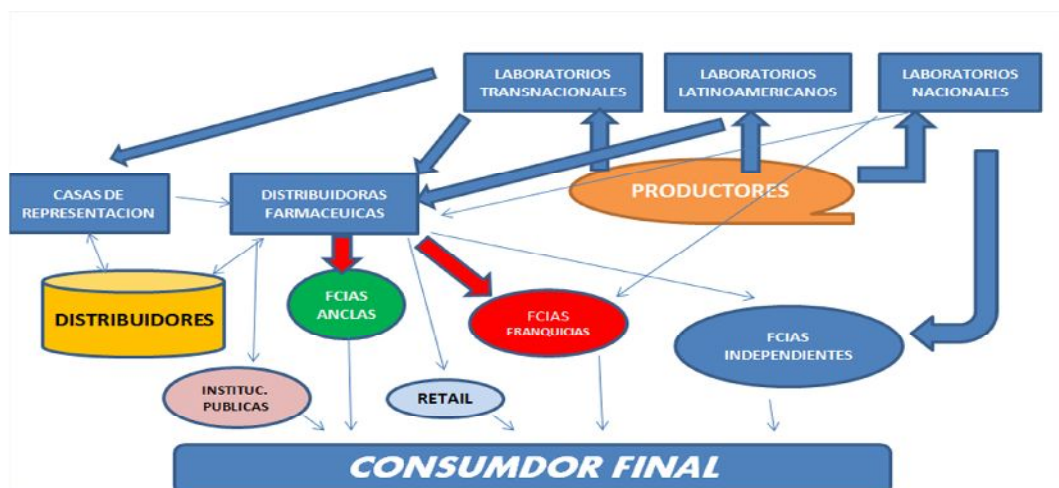
El desarrollo de estos eventos, reunió a varios actores de la Industria Farmacéutica Nacional, quienes intercambiaron sus puntos de vista, los mismos tuvieron un profundo contenido, académico, técnico y metodológico y arrojaron importantes conclusiones, relacionadas a la forma como se había desarrollado el modelo de gestión comercial dentro de la Industria Farmacéutica, luego de socializar los resultados de estos seminarios la SCPM, paralelamente, realizó un análisis planificado del entorno legal y conceptual que regía al Sector Farmacéutico, abarcando para el efecto las siguientes instancias.

1. Análisis del marco legal y conceptual, para la Planificación del Estudio y Manual del Sector Farmacéutico (Enero del 2013).
2. Elaboración del mapa de actores, entrevistas y estudios.
3. Evaluación del mapa de datos del MSP.
4. Geo-referenciación del mapa de datos del MSP (Julio 2014).
5. Concentración Geográfica (Julio 2014)
6. Evaluación del Reglamento de Planificación de Farmacias y Botiquines independientes (Agosto 2014).
7. MANUAL DE BUENAS PRACTICAS COMERCIALES DEL SECTOR FARMACEUTICO (Diciembre-2014)

A continuación se detalla, el mapa de actores y la forma como opera la industria farmacéutica nacional, desde el enfoque comercial del negocio, la SCPM, identifica como integración vertical, a todos aquellos establecimientos, que van derivando los medicamentos de instancia en instancia hasta llegar al consumidor final, de igual manera se entiende como integración horizontal, a todos aquellos establecimientos farmacéuticos que al mismo tiempo producen y comercializan ellos mismo el medicamento.

En el gráfico 22 se observa, la forma como opera el proceso desde que se fabrican los medicamentos en el país, cuando se trata de un laboratorio nacional o desde el despacho del producto importado desde el Laboratorio, que lo recibe, hasta el paso por el distribuidor y el canal logístico respectivo, antes de llegar al consumidor final.

Gráfico 22: Establecimientos farmacéuticos integrados en forma vertical



FUENTE: Mercado Farmacéutico Nacional

ELABORADO POR: Oscar Montes

Una vez detallado e identificados los actores y la forma vertical como se integraban, para dar forma al negocio de comercialización de medicinas para uso humano en el Ecuador, la SCPM concluyó lo siguiente, (Súper Intendencia de Control y Poder del Mercado, Estudio de la Concentración Geográfica en Farmacias y Botiquines , 2014: 6-7-8)

1. Existe concentración geográfica de farmacias, en varias zonas del país, fenómeno acelerado e incrementado por la derogatoria de la ley que exigía una distancia mínima de 300 metros entre farmacia y farmacia para operar comercialmente.

2. Los propios Laboratorios Farmacéuticos, realizan prácticas discriminatorias de sus productos, provocando inequidad en el mercado de competidores.

3. Las políticas de planificación de cupos para abrir farmacias, está mal dirigida, provocando una distorsión en las distancias y tiempos, bajo las cuales operan los proveedores farmacéuticos, de manera que la integración vertical y horizontal de estos, finalmente provoca, discriminación de precios en las farmacias que ofrecen el producto al consumidor final.

4. El análisis del mercado geográfico, bajo el cual se desenvuelven los actores del mercado farmacéutico, debe incorporar el criterio de las isócronas, que son una unidad de medida que conectan dos puntos de igual distancia, incorporando variables como las características geográficas del territorio, características sociales (nivel de estudios, nivel cultural, aspectos étnicos, nivel cultural del consumidor final) del usuario y movilidad hacia el punto de venta (direccionalidad, horas pico, tipo de vía, tráfico).

5. El estudio identificó 5 grupos económicos, que tienen integraciones tanto verticales como horizontales, y este modus-operandi, provoca prácticas anticompetitivas.

6. El estudio sugiere, que el estándar poblacional para la creación de un cupo de farmacia, es de 2.500 habitantes, en el caso de que existan poblaciones entre 1.500 y 2.500 habitantes se creará el cupo para un botiquín o una farmacia, sea zona rural o urbana respectivamente, para el efecto se tomaron en cuenta los siguientes datos, expresados en el cuadro 3.

CUADRO 3: Habitantes por farmacia en países latinoamericanos, (Julio-2014)

PAIS	NUMERO DE FARMACIAS	POBLACION EN CADA PAIS (000)	HABITANTES PARA UNA FARMACIA
ECUADOR	5.915	13.698	2.316
COLOMBIA	19.068	45.600	2.391
URUGUAY	1.250	3.300	2.640
ARGENTINA	19.279	40.200	2.085
BRASIL	58.232	193.700	3.326
PARAGUAY	1.861	6.300	3.385
BOLIVIA	2.867	9.800	3.418
MEXICO	31.398	10.960	349
PERU	8.287	29.100	3.512
CENTROAMERICA	8.686	39.500	4.548
REP.DOMINICANA	1.980	10.000	5.051
VENEZUELA	5.246	28.500	5.433
CHILE	1.798	16.900	9.399

FUENTE: ORTIZ CEVALLOS, 2014

ELABORADO POR: Oscar Montes

En función de lo expuesto y detallado en esta acápite, el 22 de Diciembre del año 2014, la Superintendencia de Control y Poder del Mercado, publicó formalmente el Código de Ética de los Establecimientos Farmacéuticos integrados verticalmente, el mismo que operará a través de varios frentes de acción dentro de los cuales en forma obligatoria todos los establecimientos comerciales vinculados a la Industria Farmacéutica se comprometen a cumplir los siguientes compromisos de acuerdo a cada acápite delineado para el efecto (Super Intendencia de Control y Poder del Mercado, Código de Ética):

1. Lineamientos y principios en las relaciones comerciales

- a) Promover la calidad y el precio justo, en beneficio de los usuarios y/o consumidores.
- b) Evitar los acuerdos y prácticas restrictivas
- c) Impulsar y establecer el comercio justo, para el establecimiento de un sistema económico social, solidario y sostenible.
- d) Observar los principios de libre competencia, competencia leal, precio justo, no discriminación, transparencia, buena fe, legalidad, equidad, solidaridad, calidad, eficiencia y eficacia.

2. Responsabilidades y obligaciones

- a) Observar y cumplir, el Manual de Buenas Prácticas de Relaciones Comerciales para los establecimientos farmacéuticos.
- b) Colaborar con la Súper Intendencia de Control y Poder de Mercado en el control de los actos de confusión y engaño.
- c) Acatar las disposiciones que promuevan la disponibilidad y acceso a medicamentos de calidad, seguros y eficaces.
- d) Promover la producción nacional y comercialización de medicinas nuevas y genéricos que respondan a las necesidades epidemiológicas de la población.
- e) Promover las prácticas comerciales, competitivas y eficientes.
- f) Respetar los listados de medicamentos, establecidos como prioritarios, por el organismo rector del Sistema Nacional de Salud.
- g) No enervar el derecho a desarrollar actividades económicas y la libre competencia de los operadores económicos del mercado.
- h) Ser transparente en nuestras actividades económicas horizontales y verticales.
- i) Evitar y denunciar, la formación de monopolios y oligopolios.
- j) Trabajar en la mejora continua de los estándares de calidad del mercado.
- k) Atender las consultas y reclamos con celeridad, mediante mecanismos, adoptados para el efecto y puestos en conocimiento del público.
- l) Promover en los sistemas de producción, distribución y comercialización, las condiciones que beneficien a todos los eslabones de la cadena, especialmente al consumidor.
- m) No realizar acuerdos que tengan como objeto o como efecto, subordinar el suministro de una medicina y/o dispositivos médicos a la aceptación de obligaciones adicionales, que por su naturaleza, no constituyan el objeto del negocio, de acuerdo con las disposiciones legales; y, denunciar esta práctica cuando tengamos conocimiento de la misma.

- n) No establecer, condiciones discriminatorias para operaciones equivalentes, que coloquen a un establecimiento farmacéutico, en situación desventajosa, frente a otro establecimiento farmacéutico, en condiciones análogas y denunciar esta práctica, cuando tengamos conocimiento.
- o) Denunciar a la Súper Intendencia de Control del Poder del Mercado, las conductas susceptibles de ser consideradas infracciones a la Ley Orgánica de Regulación y Control del Poder del Mercado.
- p) En el caso de productos con caducidad inminente, caducados, de mala calidad o que atenten a la seguridad del usuario, observar en todo momento por el ente rector de la Salud.
- q) Vigilar que los despachos de su mercadería, sean completos, en cantidad y calidad, a precio justo, a las farmacias y botiquines en las fechas acordadas.

3. Conductas que infringen a la ley orgánica de regulación y control del poder del mercado

A continuación se detallan, las conductas que infringen a la Ley Orgánica de Regulación de la SCPM, (Súper Intendencia de Control y Poder de Mercado, Resolución DS:2014)

- a) Contratos de exclusividad y cláusulas de no competencia. No estableceremos, impondremos o sugeriremos contratos, cláusulas o condiciones de distribución o venta exclusiva, así como cláusulas de no competencia o no similares.

- b) Prestaciones Adicionales. No condicionaremos la celebración de contratos con nuestros proveedores, ni con nuestros compradores, a la aceptación de prestaciones adicionales, que por su naturaleza o arreglo al uso comercial, no guarden relación con el objeto de tales contratos. Así mismo reconocemos que está prohibida la venta condicionada o la venta atada injustificadas.

- c) Condiciones desiguales e injustificadas en las relaciones comerciales. No realizaremos, ninguna clase de discriminación entre las farmacias, para la venta de nuestros productos, establecimiento de precios, promociones, condiciones para el pago, modalidades de venta, entrega y otras condiciones comerciales. Es decir no estableceremos condiciones desiguales, para prestaciones equivalentes, a fin de no provocar una situación de desventaja entre competidores.

No condicionaremos la compra, ni la venta de medicamentos a la condición de distribución exclusiva y otras injustificadas.

No subordinaremos el suministro de medicinas, a la aceptación de otras medicinas adicionales. Tampoco condicionaremos la adquisición de medicinas a la provisión de cantidades mínimas por parte de las farmacias o botiquines, excepto en casos justificados o promociones.

No realizaremos ningún tipo de discriminación entre nuestras farmacias propias o “franquiciadas” y las farmacias que no pertenezcan a nuestro grupo económico. En particular, no otorgaremos mejores condiciones a nuestras farmacias o “franquiciadas”, frente a las que no pertenecen a nuestro grupo económico.

No negaremos de manera injustificada, la satisfacción de demandas de compra o adquisición, de parte de las farmacias que no pertenecen a nuestro grupo económico. En caso de no contar con la cantidad necesaria de medicinas o dispositivos médicos, para satisfacer la demanda, daremos prioridad a la satisfacción de las necesidades de las farmacias que NO pertenecen a nuestro grupo.

d) Precios de las medicinas y dispositivos médicos y medios de pago. No determinaremos de manera arbitraria el precio de los medicamentos y dispositivos médicos, tampoco incurriremos en el acaparamiento y especulación de estos. Así mismo no estableceremos, precios predatorios o precios explotativos, que tengan como objeto o efecto, restringir la competencia en el mercado.

Además no requeriremos, adelantos en pagos ni otras condiciones de pago injustificadas que atenten contra los derechos de los propietarios de farmacias o botiquines.

e) Incentivos para la venta de productos. No realizaremos contribuciones en dinero o especie, ni entregaremos, premios ó dádivas o capacitaciones a las farmacias o botiquines, a sus representantes legales, empleados, que tengan como objeto una mayor venta exclusiva de nuestros productos y los de terceros al público general.

Ante consulta de los consumidores, informaremos sobre los productos genéricos que poseamos, y únicamente en caso de que no se posea inventario o el consumidor lo solicite, informaremos sobre los medicamentos de referencia³² que tengamos en inventario.

f) Publicidad engañosa. No difundiremos publicidad engañosa, que tenga como efecto la confusión, la inducción a error o engaño en perjuicio del consumidor.

4. Medicamentos genéricos

Registraremos y comercializaremos obligatoriamente como genéricos los medicamentos cuya patente de invención, haya vencido, con la etiqueta que contenga primordialmente: Denominación Común Internacional (DCI) y la denominación: “Medicamento Genérico”, con un tamaño superior en un 80%, en relación al nombre del producto o fabricante.

En este sentido, no comercializaremos los medicamentos genéricos, exclusivamente con una marca determinada.

5. Notificación de concentración

Notificaremos o solicitaremos la correspondiente autorización según corresponda a la Súper Intendencia de Control y poder de Mercado, para incorporar a nuestro grupo económico, farmacias y/o botiquines y otros establecimientos farmacéuticos, competidores actuales o potenciales, a través de contratos de “franquicia” u otras operaciones de concentración. Además, notificaremos a la Súper Intendencia, sobre los nuevos establecimientos farmacéuticos, que constituyamos y las nuevas sucursales que abramos al público.

³² Medicamento de Referencia, de acuerdo a la definición del Ministerio de salud Pública en Ecuador, es aquel que contiene la molécula original y que todavía goza de la patente de invención a su favor.

En cumplimiento de lo establecido, en la Disposición Transitoria Primera del reglamento para la aplicación la Ley Orgánica de Control y regulación de Poder del Mercado, hasta el 30 de Junio del 2015, entregaremos todo los contratos de franquicia y los demás contratos que han servido para las operaciones de concentración económica, que hayamos suscrito, hasta la promulgación de la Ley, hasta la presente fecha.

6. Acceso a listados de proveedores y establecimientos farmacéuticos

Todos los actores que participan del mercado de farmacias integrados verticalmente, se comprometen a entregar en formato digital, todos los datos relacionados de acuerdo al siguiente formato, véase cuadro 4.

Cuadro 4: Formato para proveedores de establecimientos farmacéuticos

RAZON SOCIAL	FECHA DE COSNTITUCION ó INICIO ACTIV.	NOMBRE COMERCIAL	R.U.C	No. Permiso Asignado por el ARCSA	Actividad	Propietarios ó Socios Accionistas	REPRESENTANTE LEGAL
MONTO DE VENTA MEDICAMENTOS IMPORTADOS	MONTO DE VENTA MEDICAMENTOS NACIONALES	MONTO DE VENTA EN USD	NOMBRE Y RUC DE CASAS QUE LO PORVEEN	NOMBRE Y RUC DE FCIAS Y BOTIQUINES A QUIEN PROVEE	NOMBRE, CODIGO Y PAIS DE LAS CASAS A QUIEN REPRESENTA	MONTO DE COMPRA POR LABORATORIO NACIONAL	MONTO DE COMPRA POR LABORATORIO IMPORTADO

FUENTE: Código de Ética de Establecimientos Farmacéuticos

ELABORADO POR: Oscar Montes.

7. Incumplimiento a los compromisos adquiridos

En caso de incumplimiento a lo aquí acordado, los firmantes, aceptamos que la Superintendencia de Control de Poder del Mercado, ordene la desinversión, división o escisión, para el restablecimiento de la competencia en el sector farmacéutico, conforme a lo establecido en el último inciso, de artículo 79 de la Ley Orgánica de Control y regulación del Poder del Mercado; sin perjuicio de la aplicación que realice la Superintendencia, respecto a infracciones pasadas.

3.7. Aplicación en la práctica del nuevo código de ética

El principal objetivo del código de ética es proteger a las farmacias independientes y la aplicación de todo su entorno regulatorio, podría generar los siguientes escenarios:

- a) La incorporación de las isócronas, creara más equidad en cuanto a la distribución de farmacias y botiquines.
- b) La imposición de una autorización expresa de la autoridad competente para incorporar una farmacia independiente a una cadena, limitará el número de farmacias adheridas.
- c) La exigencia de restringir prácticas anticompetitivas con precios predatorios y explotativos, corregirá una grave imperfección de mercado que las cadenas de farmacias han explotado al máximo al recibir prebendas de varios laboratorios farmacéuticos, por realizar compras masivas, con descuentos y/o bonificaciones mejoradas.
- d) La exigencia de otorgar por parte de un distribuidor, preferencia a las farmacias independientes en detrimento de sus franquicias, limitará al máximo posibles actos colusorios por parte de los distribuidores.
- e) Algunos distribuidores ya no podrán exigir clausulas de exclusividad de distribución con determinados laboratorios farmacéuticos, lo que va a provocar invariablemente una oferta mucho más equitativa entre todas las farmacias.
- f) Las farmacias independientes verán mucho mas sólida su posición, frente a sus competidores las cadenas de farmacias, ya que las prebendas comerciales, serán equiparables.
- g) Se revertirá la tendencia relacionada al agresivo crecimiento de la cantidad de farmacias afiliadas a las cadenas que actualmente dominan el mercado de farmacias en el país.
- h) El éxito de esta medida, radicará en la aplicación de la desinversión escisión o división de los capitales de las empresas infractoras.

3.8. Vigencia de las salvaguardias

El pleno del comité exterior, reunido el 29 de Diciembre del 2014 analizó, la solicitud de emergencia, presentada por el Ecuador a la Secretaria General de la Sociedad Andina, en la que se demuestra la existencia de una alteración de las condiciones de competencia equivalente al 21% para el peso colombiano y al 7% para el sol peruano, aprobándose por consenso, la aplicación con carácter de emergente y temporal de una salvaguardia cambiaria para los productos originarios de Perú y Colombia (Registro Oficial, 408:3).

En ejercicio de las facultades conferidas, en el artículo 70 del Reglamento del Funcionamiento del COMEX, expedido el 14 de Enero del año 2014, resuelve:

Artículo 1. Aprobar la aplicación de una medida correctiva, en los términos del artículo 98 del Acuerdo de Cartagena, para los productos originarios de Perú y Colombia.

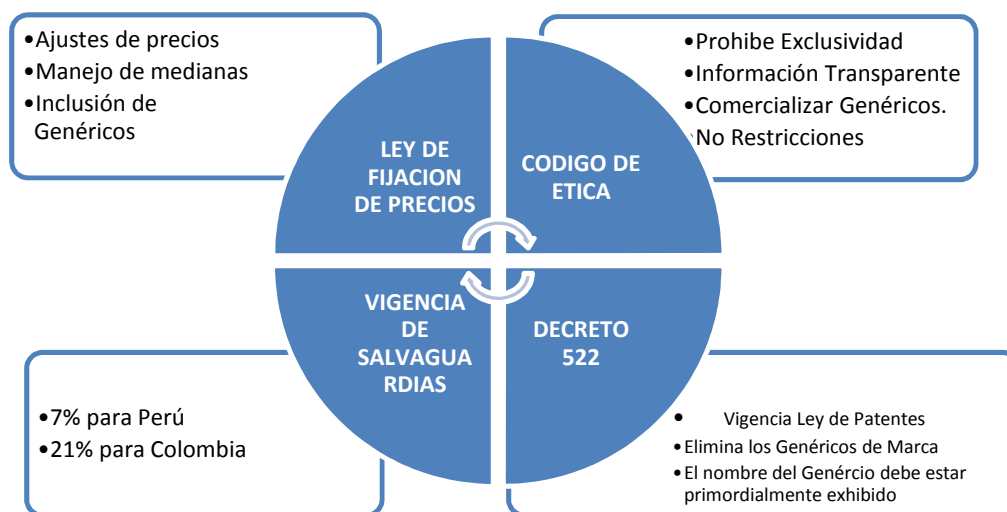
Artículo 2. La medida correctiva, consistirá en la aplicación de un derecho aduanero *ad valorem*, equivalente al 7% para los productos originarios del Perú y al 21% para los productos originarios de Colombia. En todo caso el derecho aduanero no podrá superar la tarifa arancelaria, de nación más favorecida (NMF), o la tarifa de los diferimientos arancelarios vigentes.

Artículo 3. La medida correctiva, tendrá aplicación para las mercancías cuyas declaraciones aduaneras, sean presentadas desde el 5 de enero del 2015 en adelante.

3.9. Resumen Situacional de los Cambios Regulatorios

Todos los cambios regulatorios, y los principales cambios estructurales que el Gobierno Nacional, ha implementado desde mediados del año 2014 y que buscan devolver al mercado farmacéutico las condiciones de equidad y funcionamiento bajo los parámetros de competencia perfecta o al menos corregir las distorsiones de mercado y que se han presentado en el presente capítulo, se resumen en la siguiente matriz, véase gráfico 23.

Gráfico 23: Matriz de reformas regulatorias: año 2014



FUENTE: REGISTRO OFICIAL 2014

ELABORADO POR: Oscar Montes

En conclusión el gobierno, una vez identificados las distorsiones del mercado farmacéutico, decidió intervenir activamente, formulando 4 cambios regulatorios, de profundo alcance dentro de la industria farmacéutica nacional, los cuales buscan, ajustar precios evitando precios predatorios, comercializar genéricos, limitando conceptualmente la difusión de los genéricos de marca, además para corregir en forma integral todas las imperfecciones de mercado, provocada por la intervención de 3 oferentes de medicinas, que formaron un oligopolio, ha formulado un código de ética para establecimientos comerciales el cuál busca corregir, la absorción de farmacias independientes por parte de las cadenas, buscando homologar las condiciones comerciales para los dos canales de venta y limitando drásticamente la compra de farmacias, de momento durante el año 2014, el efecto observado es que durante este año, prácticamente ya no se compraron mas farmacias ni se otorgaron más franquicias, el mercado actualmente experimenta una desaceleración en sus niveles de crecimiento, será necesario, observar el comportamiento de la industria farmacéutica una vez que todas las regulaciones se encuentren operativas durante el segundo semestre del año 2015.

Conclusiones

Durante los años 2001 y 2014, la Industria Farmacéutica Ecuatoriana, crece a tasas promedio del 11% anual, estos niveles de crecimiento en una economía dolarizada, convierten esta industria en una de las más rentables de la Economía Nacional.

El crecimiento del mercado de farmacias en el país, estuvo ligado en primera instancia a la concepción europea de una botica propiamente dicha, a finales el Siglo XIX, el sector se dinamizo, gracias a la iniciativa de varios empresarios europeos principalmente que buscaron replicar los modernos conceptos del negocio dentro de las dos grandes ciudades del país. Enrique Villamar a mediados del Siglo XX, es el primero en introducir en el país el moderno concepto de “farmacia”, dándole en primer lugar un giro cualitativo al negocio, para luego darle un giro cuantitativo, forjando la primera cadena de farmacias a gran escala (Fybeca), a partir de entonces este mercado adquirió un nivel de dinamismo y crecimiento que rebaso sus propias expectativas, convirtiendo para finales del Siglo XX al Ecuador como el país sudamericano con mayor cantidad de farmacias por habitantes.

La inestabilidad política del país a finales del Siglo XX, la guerra con el Perú, el fenómeno del niño, la crisis bancaria, el cambio abrupto de moneda, abandonando el sucre y adoptando el dólar, fueron argumentos que por sí solos, socavaron la estabilidad del boyante mercado de farmacias forjado durante todo el siglo XX, los negocios con mayor nivel de improvisación, sucumbieron rápidamente durante 1999, la coyuntura fue propicia para que los grandes distribuidores farmacéuticos como Difare, liderado por un visionario empresario (Carlos Cueva), dieran lugar a la primera franquicia de farmacias, Cruz Azul, seguidos por Sana-Sana de la familia Villamar y complementados por la franquicia Económicas de Farmaenlace, todas estas cadenas de corte “popular” complementadas por cadenas de corte “elitista”: Fybeca, Medicity y Pharmacs, dando origen a un Oligopolio que actualmente controla el 80% del valor total de la venta que genera el sector.

La dolarización, exigió a los distribuidores de fármacos, buscar la forma de simplificar el negocio de comercialización de medicinas, buscando parámetros de mayor eficiencia, para el objeto buscaron la forma de eliminar al “boticario” o en su defecto asociarlo a sus franquicias, de esta forma, eliminaron uno de los pasos previos en la entrega de las medicinas al consumidor final, de esta forma nace un modelo paralelo de franquicias, franquiciantes y franquiciados, que a partir del año 2001, empiezan a desplazar a las farmacias independientes.

Son 5 los Distribuidores Farmacéuticos que actualmente han logrado consolidar el 86% de las ventas de productos farmacéuticos en el país: Difare, Leterago, GPF, Quifatex y Farmaenlace, de estos 5 distribuidores, 4 tienen un modelo vertical de comercialización a excepción de GPF, que se mantiene como el único canal que no posee equipo de vendedores ambulantes, que recorren otras farmacias para vender los productos que compran, de los 5 Distribuidores nombrados: Difare y Quifatex, incorporan a su modelo, un esquema de ventas horizontal, ya que comercializan productos que ellos mismo representan.

Para el año 2014, del total de farmacias existentes en el país, el 54% son independientes, dejando el 46% para las cadenas, no obstante, al analizar la venta de productos farmacéuticos el 82% se realiza a través de las farmacias asociadas a cadenas, dejando apenas el 18% para las farmacias independientes, esto demuestra el enorme poder de venta que tienen las farmacias asociadas a

cadena, ya que ofrecen, una serie de prebendas, ventajas, descuentos, ofertas, que son más atractivos para el consumidor final.

La única región del país, que ha logrado mantener el nivel de ventas de las farmacias independientes, por encima del 40% del total de ventas es el Austro, gracias a la forma como lograron asociarse en cadenas de farmacias independientes, actuando como un bloque compacto en las compras, para lo cual aprovecharon grandes descuentos por compras masivas y logrando fidelizar clientes, ofreciendo descuentos y prebendas similares a las ofrecidas por las grandes cadenas, situación que por si la ha limitado el acceso de las mismas a esta región del país.

Las fallas del mercado, las imperfecciones del mismo, los precios predatorios, los precios explotativos, la exclusión de los más pequeños, el anclaje de farmacias, el cambio de composición del mercado de farmacias, entre otros factores, fueron identificados por el actual gobierno, como los objetivos primordiales a revertir, a través de una agresiva intervención estatal con 3 decisiones mega estructuradas, en busca de modificar drásticamente el ámbito regulatorio, procurando abarcar la casi totalidad de los factores que provocaron, la distorsión del mercado farmacéutico en su conjunto, toda las distorsiones provocadas, evolucionaron a lo largo del Siglo XX, ya que el mercado de farmacias del país no fue controlado ni regulado por ningún gobierno, permitiendo que las fuerzas del mercado vayan creando las condiciones propicias, para generar un mercado imperfecto de gran magnitud.

Dentro de los cambios regulatorios, aplicados, uno de ellos contempla la regulación directa de precios de 5.480 productos de los 10.560 existentes en el mercado, esto quiere decir que el 52% de los productos farmacéuticos que actualmente se comercializan en el país, experimentaran a partir del 28 de Septiembre del 2015 una reducción de precios, de acuerdo al sistema de medianas, implementado por el Ministerio de Salud, nunca antes ningún país latinoamericano opero una regulación de esta naturaleza.

La reducción de precios, provocará que algunos de los Laboratorios afectados, retiren las sustancias más impactadas en la reducción de precios, al mismo tiempo la mayoría de Laboratorios afectados, buscar subir el precio de los productos liberados como medida compensatoria de los productos regulados, afectados por la baja, definitivamente existirá una recomposición del share del negocio farmacéutico.

La reducción de precios, provocará que muchas farmacéuticas ajusten sus nóminas provocando desempleo en este sector, no obstante al mismo tiempo aliviará la economía de varios pacientes, que serán los beneficiados directos de la baja de precios.

La reforma a la comercialización de productos genéricos, se muestra confusa, en relación a la eliminación del nombre comercial de los genéricos de marca cuya patente ha fenecido, en este sentido la eliminación de la marca, eliminaría el derecho internacional reconocido a las marcas que en definitiva es el valor del negocio, sin marcas no hay negocio rentable.

El nuevo código de ética de establecimientos farmacéuticos integrados en forma vertical, antes de su misma aplicación ya empezó a dar los frutos esperados, pues en el 2014, no se provocaron incrementos de farmacias asociadas a cadenas y el número de farmacias independientes se mantuvo en el mismo nivel que el año 2013, evidentemente las distribuidoras farmacéuticas al conocer las

implicaciones del nuevo código, se abstuvieron de seguir comprando farmacias u otorgando franquicias.

En el actual mercado de farmacias en el Ecuador, las cadenas paulatinamente se han ido posicionando y ganando espacio a las farmacias independientes, quedaron evidenciadas varias imperfecciones de mercado, que permitieron la creación de un oligopolio de oferentes, que cambiaron la composición del mercado, luego de la dolarización.

El gobierno nacional ha intervenido, decididamente a través de varias medidas regulatorias, intentado corregir todas o casi todas las imperfecciones, para devolver al mercado su condición de competencia perfecta.

Recomendaciones

Dentro de una Economía, los mercados que forman parte de las necesidades primarias de la población, como lo es el mercado de medicinas, no pueden entregarse abiertamente a manos del libre mercado, como lo postulan los enunciados neoliberales, las actividades relacionadas al desarrollo de este tipo de mercado deben estar constantemente reguladas, controladas y supervisadas por el Estado, en este trabajo quedó evidenciado que el mercado de farmacias durante todo el siglo XX, quedó al libre albedrío de las fuerzas del mercado, tal cual postulan las teorías neoliberales y las consecuencias degeneraron en la formación de uno de los mercados más imperfectos dentro de la economía ecuatoriana, se recomienda por lo tanto que, el mercado de farmacias, esté constantemente controlado, supervisado y regulado por el Estado.

Los actores de este tipo de mercados no pueden ser juez y parte, es decir los distribuidores de medicinas, al mismo tiempo no pueden ser: distribuidores, propietarios de las farmacias y peor aún productores de las mismas, el desarrollo de la investigación demostró que esto genera una inmensa distorsión del mercado proclive a generar comportamientos colusorios, se recomienda ejercer un control directo, de la evolución de este tipo de mercados, para que cada actor, cumpla estrictamente su función

Los empresarios de menor escala, dentro de un mercado con tendencias colusorias, deben buscar la manera de agruparse y actuar como un bloque cohesionado, para buscar un modelo de subsistencia frente a un oligopolio, que permita igualar o acercarse a los modelos de eficiencia que logran las empresas oligopólicas, metodología desarrollada en el presente trabajo, evidenció que los dueños de farmacias en la Región del Austro, asumieron una posición cohesionada, frente a la presencia de las cadenas de farmacias, logrando para sí el control y el mantenimiento de importantes participaciones de mercado a través de sus farmacias independientes, frente a las otras regiones del país.

La presente disertación deja sentada las bases, para que en el mediano plazo, se realice un trabajo complementario que ratifique o rectifique los posibles escenarios anticipados, frente a las medidas regulatorias que buscan devolver al mercado farmacéutico nacional su condición de competencia perfecta, frente a todo el sesgo del cuál ha sido objeto en los últimos 15 años, se recomienda utilizar este trabajo como un trabajo de base, de cara a una investigación que evalúe los resultados de la implementación de las leyes puestas en marcha durante el 2015.

El Gobierno Nacional, tiene la oportunidad de trascender a nivel regional, como el primer ensayo a gran escala, de la forma como un gobierno a través de su intervención busca regular un mercado privado, con grandes visos de imperfección, los resultados que se buscan obtener, podrían ser evaluados en el mediano plazo y constituir un verdadero ejemplo constructivo o pernicioso de lo que se debe hacer o posiblemente de lo que se debe corregir dentro de una intervención estatal de esta magnitud, en tal razón se recomienda hacer un análisis “ex ante” y “ex post” de todos los cambios implementados

Se debería evaluar profundamente el alcance de las medidas regulatorias que el Gobierno Nacional, está implementando en el Sector Farmacéutico, si los resultados son favorables y logran corregir

efectivamente las imperfecciones del mercado con las cuales actualmente subsiste este sector, podría convertirse en un modelo correctivo, que podría ser replicado en otras industrias con similares características.

Los resultados de este gran proyecto podrán ser difundidos a gran escala, dependiendo de su éxito como un modelo de intervención estatal, para corregir imperfecciones de mercado, puede convertirse en un caso de estudio con trascendencia regional.

ANEXOS

FORMATOS DE ENTREVISTAS

1. TEMA: La influencia de los dependientes en la compra de medicinas

Entrevistada: Hipátia Yánez
Cargo: Jefa del servicio de Farmacia en el IESS
Entrevistado por: Oscar Montes
Fecha: 7-Enero-2015

PREGUNTAS:

1. ¿Cuál es la incidencia de compra en las farmacias independientes?
2. ¿Por qué existe tanta recomendación de fármacos, en las farmacias independientes?
3. ¿Cuál es la principal causa por la cual los dependientes de farmacia recetan medicinas?
4. ¿En qué tanto, este fenómeno se ve influenciado o la capacidad de compra de los pacientes?

2. TEMA: El desarrollo del mercado de Genéricos en el Ecuador y el manejo de precios.

Entrevistado: Fausto Jaramillo Proaño
Cargo: Gerente General de Genéricos Nacionales S.A.
Entrevistado por: Oscar Montes
Fecha: 17-Diciembre-2014

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo se explica que la industria farmacéutica ecuatoriana en los últimos 10 años, tenga crecimientos de 2 dígitos según IMS?
2. ¿Cómo observa usted el espacio de crecimiento de los Genéricos Tradicionales?
3. ¿La política de precios de los genéricos tradicionales, esta indexada al maneje de los precios de los genéricos de marca?
4. ¿Antes de ser Gerente General de GENA SA, usted fue Gerente General de Acromax SA, como han evolucionado los canales distribución en los últimos 15 años en el Ecuador?
5. ¿Cómo es posible que los Genéricos de Marca, tengan precios referenciales tan altos como las marcas originales que se comercializan en el país?

3. TEMA: La figura del distribuidor farmacéutico dentro del mercado de farmacias.

Entrevistado: Fausto Jaramillo Proaño
Cargo: Ex Gerente General de Acromax y Gerente de GENA SA
Entrevistado por: Oscar Montes
Fecha: 17-Diciembre del 2014

PREGUNTAS:

1. ¿Desde cuándo la figura del distribuidor de fármacos se vuelve indispensable para los Laboratorios Farmacéuticos?
2. ¿A qué se debe este surgimiento?

3. ¿Por qué los laboratorios farmacéuticos a finales de la década de los ochentas, cambiaron su modelo de negocio?
4. ¿Según su criterio, cuáles eran los requisitos indispensables para que un distribuidor farmacéutico, asuma un rol protagónico en la Industria, al punto que los laboratorios farmacéuticos, confíen la logística del negocio en ellos?
5. ¿Por qué este cambio estructural, en el manejo logístico del negocio, cambio el esquema de negociación de la Industria Farmacéutica?

4. TEMA: Estrategia de crecimiento de Fybeca en la década de 1950.

Entrevistado: Galo Villamar Villafuerte.
 Cargo: Presidente Vitalicio de Corporación GPF (Grupo Fybeca)
 Entrevistado por: Oscar Montes.
 Fecha: 25-Enero-2015

PREGUNTAS:

1. ¿Fybeca fue la primera botica del país que implemento el nombre de “farmacia” dentro del mercado de farmacias en el Ecuador, cuáles fueron las razones para realizar este cambio?
2. ¿Usted cree que este cambio de nombre posicionó de mejor manera a su negocio?
3. ¿En una época que no se hacían experimentos mercadológicos usted tomo la decisión de bajar drásticamente el nivel de precios de los fármacos que se vendían en Fybeca (1950), cuáles fueron las razones para tomar esta decisión tan arriesgada?
4. ¿Cuáles fueron los resultados de esta estrategia?
5. ¿En qué tanto se beneficio su negocio, por cambiar de nombre a la razón social y por tener un nivel de precios inferior al que despejaba el mercado de ese entonces?

5. TEMA: Las primeras farmacias Económicas como cadena

Entrevistado: Xavier Ortíz Cevallos
 Cargo: Gerente General de Farmaenlace
 Entrevistado por: Oscar Montes
 Fecha: 12-Febrero.2015

PREGUNTAS:

1. ¿Cuál era la esencia del negocio de Distribuidora Ortíz Cevallos?
2. ¿Cuándo y porqué se provoca la fusión con Farmalíderes?
3. ¿Por qué se dedico a comprar farmacias?
4. ¿Cuándo sale al mercado la primera farmacia Económica?
5. ¿Cómo funcionan sus franquicias?
6. ¿Usted cree que evito un monopolio con la aparición de la cadena Económicas-Medicity?
7. ¿Cómo ve a sus competidores GPF y Difare?

6. TEMA: Como funciona la Distribuidora Leterago.

Entrevistados: Daniel Leszcz e Iván dela Torre
Cargos: Gerente General y Gerente Nacional de Ventas de Leterago del Ecuador
Entrevistado por: Oscar Montes
Fecha: 19 de Febrero del 2015

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo funciona el modelo de distribución de Leterago?
2. ¿En que consiste la exclusividad de Distribución?
3. ¿Con cuantos Laboratorios trabajan actualmente?
4. ¿Cómo clasifican a las farmacias independientes?
5. ¿Cuál es la fortaleza y cobertura de Leterago en el mercado de farmacias independientes?
6. ¿Cómo han logrado afianzar el negocio de las farmacias independientes?
7. ¿Ustedes ven a Difare, GPF y Farmaenlace como competidores directos?
8. ¿Qué futuro tienen en el país las farmacias independientes?

7. TEMA: La cadena Cruz Azul

Entrevistado: Carlos Cueva González
Cargo: Presidente Ejecutivo de DIFARE
Entrevistado por: Oscar Montes
Fecha: 11-Febrero-2015

PREGUNTAS:

1. ¿Difare era el líder de las empresas que distribuían fármacos en el país antes del año 2000, porque cambió el giro de su negocio y lo orientaron a la compra de farmacias?
2. ¿Cómo nace Cruz Azul?
3. ¿Quiénes fueron los aliados estratégicos de Cruz Azul?
4. ¿Cómo ve usted el futuro de las farmacias en el Ecuador?

8. TEMA: La creación de Farmacéutica Espinoza.

Entrevistado: Patricio Espinoza
Cargo: Presidente Ejecutivo de Farmaenlace
Entrevistado por: Oscar Montes
Fecha: 23-Febrero-2015

PREGUNTAS:

1. ¿Cómo se crea Farmacéutica Espinoza?
2. ¿Cuáles fueron los motivos para crear una distribuidora de fármacos a domicilio como Farmalideres?
3. ¿Cómo se da la fusión con Distribuidora Ortíz Cevallos?
4. ¿Cuál fue el concepto innovador que brindan la cadena Medidcity?
5. ¿Cuál es la misión y visión de Farmaenlace?

Referencias bibliográficas

- Arghoty Anderson, Villarroel David (2010) *De las boticas de barrio a las cadenas de farmacias*, Quito: Flacso-Mipro.
<https://www.flacso.edu.ec/portal/pnTemp/PageMaster/zv8jagv4rekk0dyp4rtssfz9o1icbm.pdf>
[consulta: 12 de Febrero del 2015]
- Antunez Irgoín César (2010) *Modelos de Oligopolio en Economía*, (tesis de maestría), Universidad Nacional, Lima-Perú
- Aulestia, José (2013, Noviembre), Grupo Difare la distribución farmacéutica en el país. *Revista Líderes*. <http://www.revistalideres.ec/lideres/grupo-difare-distribucion-farmacautica-pais.html>
[consulta: 14 de Enero del 2015]
- Beckerman Paul (2004), *Crisis y dolarización en el Ecuador*, Washington:World Bank
- Chavez Carmen (2004), *Ampliación y mejoramiento de la farmacia San Martín de Guaranda*, (tesis de grado), Universidad Tecnológica Equinoccial, Quito- Ecuador
- Comisión de desarrollo de la industria farmacéutica europea (2008), Resumen analítico del informe de investigación sectorial sobre el sector farmacéutico, *Comunidad Europea, Informe*, http://ec.europa.eu/competition/sectors/pharmaceuticals/inquiry/communication_es.pdf
[consulta: 13 de Marzo del 2015]
- Concejo Nacional de Medicamentos Básicos (2014), Boletín Informativo, *Secretaría Técnica*, Quito: Ecuador
- Constitución de la República del Ecuador, *artículo 32*
- Constitución de la República del Ecuador, *artículo 335*
- Constitución de la República del Ecuador, *artículo 367*.
- Constitución de la República del Ecuador, *artículo 52*
- Corporación GPF (2011), *MEMORIA RESPONSABILIDAD CORPORATIVA 1930-2011*, Quito: Ediecuatorial.
- Caña Julio (2012-Diciembre-01), Cruz Azul, la primera franquicia del Ecuador *Diario El Telégrafo*, Guayaquil-Ecuador.
- DATAQUEST FARMA (2014), *Estadísticas de la Industria Farmacéutica Ecuatoriana*, Quito: PLM
- Denis Henri (1979), *Historia del Pensamiento Económico*, París: L'Fontane.

- Diccionario biográfico del Ecuador, **Roberto Levi Hoffman** <http://www.diccionariobiograficoecuador.com/tomos/tomo3/l3.htm> [consulta: 17 de Enero del 2015]
- DIFARE S.A (2013), **Informe de Responsabilidad Corporativa y Sostenibilidad DIFARE**, Guayaquil: Ingrafen S.A.
- EUMED (2011), **Educación Médica Continua**, (<http://eumed.net/>)
- Martillo Jorge (2008-Enero-27), En las antiguas boticas, se asumían las enfermedades de manera mágica, **Diario El Universo**, Guayaquil-Ecuador.
- ENSAYOS CLINICOS**, (<http://centrodeartigo.com/revista.digital/>) [consulta: 27 de Enero del 2015]
- EUMED, ECONOMIA DE LA SALUD**, (<http://www.eumed.net/cursecon/2/salud.htm>) [consulta: 11 de Enero del 2015]
- FLACSO-MIPRO (07-Noviembre-2010), Centro de Investigaciones económicas de la micro, pequeña y mediana empresa, **BOLETIN MENSUAL DE ANALISIS SECTORIAL, SECTOR FARMACEUTICO**, (<https://www.flacso.edu.ec/portal/pnTemp/PageMaster/zv8jagv4rekk0dpx4rtssfz9o1icbm.pdf>). Quito: Flacso
- Franquicias del Ecuador (2012), **Farmacias Cruz Azul y Farmacias Comunitarias**, <http://www.aefran.org/comisionfranquiadores.html> [consulta: 28 de Enero del 2015].
- Grandes Marcas (2011), **Revista Ekos Negocios**, pag 374. <http://www.ekosnegocios.com/marcas/material%5Cpdf%5C94.pdf> [consulta: 11 de Febrero del 2014]
- Gomez Barrera Manuel (2012), **Introducción a la Farmacoeconomía**, Zaragoza: Susaeta.
- Gualavisi Díaz Melany, (2010), **El sector Farmacéutico Ecuatoriano, una primera aproximación**, Quito: Flacso-Mipro <https://www.flacso.edu.ec/portal/pnTemp/PageMaster/zv8jagv4rekk0dpx4rtssfz9o1icbm.pdf> [consulta: 12 de Febrero del 2015]
- Historia de las Farmacias (28-Abril-2013), **Diario El Mercurio**, Cuenca-Ecuador.
- HispanTV, **Demandan prisión para dueños de farmacias en Chile**, reportaje, 12-Marzo-2015, Santiago de Chile, <http://hispanTV.com/newsdetail/Reportajes/23702/Demandan-prision-para-duenos-de-farmacias-en-Chile> [Consulta: 25 de Marzo del 2015]
- IMS HEALTH (2001-2014), **Reportes Mensuales de los canales de venta del Mercado Farmacéutico Ecuatoriano**, Quito:IMS
- IMS HEALTH (2011), **Informe Customizado para Grupo Farma del Ecuador**, Quito: IMS.
- IMS HEALTH (2014), **Estudio de ventas por valores y filiación al año 2014**, Quito: IMS.
- IMS HEALTH (2014), **Evolución y tendencia mercado de farmacias**, Quito:IMS

- IMS HEALTH (2014), **Ranking de distribuidores farmacéuticos, share en unidades y valores**, Quito: IMS
- IMS HEALTH (2015), **Análisis MAT de ventas país**, Reporte Customizado para Grupo Farma del Ecuador, Marzo-2015, Quito:IMS.
- IMS HEALTH (Febrero 2015), **Informe Customizado para Grupo Farma del Ecuador, Ventas Globales de la Industria Farmacéutica, Reporte MAT (Marzo 2014-Febrero 2015)**, Quito:IMS.
- IMS HEALTH (Noviembre, 2014), **Informe de Ventas periodo 2004-2014, Evolución Anual**, Quito: IMS.
- IMS HEALTH(2001), **Crecimiento De Farmacias asociadas a cadenas, contrastadas frente a las farmacias independientes**, Quito: IMS8
- José Muñoz, (1952), **Apuntes para la historia de la Farmacia en el Ecuador**, Quito:Editorial Rumiñahui
- Finlay Carlos (1999, Enero), La Farmacoeconomía en la eficiencia de la salud pública, **Revista cubana de salud pública** http://www.bvs.sld.cu/revistas/spu/vol25_1_99/spu10199.htm [consulta: 23 de Enero del 2015]
- Latorre Fernando (2010) Chamanismo y ayahuasca. **Ayahasca-Icaros**. <http://www.asociacionicaro.org/204/chamanismo> [consulta: 7 de Enero del 2015]
- LETERAGO (2013), **Sobre nosotros**, <http://leterago.com.pa/seccion.php?module=about> [consulta: 15 de Febrero del 2015]
- Lucio Paredes Pablo (2004), **La dolarización ¿un amor eterno?**, Quito:Santillana
- Ministerio de control y poder del Mercado (2012), **Ley orgánica de control y poder del mercado**, Quito-Ecuador
- Ministerio de Salud Pública, **Ley orgánica de salud (2007)**, artículo 154
- Ministerio de Salud Pública, **Ley orgánica de salud (2007)**, artículo 159.
- Ortiz Cevallos (2014), Habitantes por farmacia en países latinoamericanos, **Revista Económicas**, Sexta edición 2014, Quito.
- Policonomics (2012), **Stackelberg Duopoly** <http://www.policonomics.com/stackelberg-duopoly-model/> [consulta: 11 de Enero del 2015]
- Presidencia de la República, (18-Diciembre-2014), **Reforma a reglamentos de medicamentos genéricos**, Decreto 522 Quito-Ecuador
- Presidencia de la República, (15-Julio-2014), **Reglamento para la fijación de precios de medicamentos de uso y de consumo humano**, Decreto 400 Quito-Ecuador
- Primera Franquicia de Farmacias (2014-Marzo), **Revista Líderes**, 718, Ecuador.

- Programa Eurosocietal, **Educación médica continua**, <http://biblioteca.programa.eurosocietal.net/>
[Consulta: 18 de Enero del 2015]
- Registro Oficial (2015), Año II; NÚMERO 408, Comercio Exterior, **Medida correctiva en los términos del acuerdo 98 del Acuerdo de Cartagena para los productos importados de Colombia y Perú**, lunes 5 de Enero del 2015, Quito.
- Revista Farmaprecios, segunda edición 2015, **Los precios de los medicamentos genéricos**, Quito.
- Solimano, Beckerman (2003), **Crisis y dolarización en el Ecuador**, Washington:World Bank
- Súper Intendencia de Control y Poder de Mercado (2014), **Código de Ética de Establecimientos Integrados Verticalmente**, Quito.
- Súper Intendencia de Control y Poder del Mercado (Diciembre-2014), **Estudio de la concentración geográfica en farmacias y botiquines en el Ecuador**, Intendencia de Abogacía de la Competencia, Quito.
- Supermercados Magda (2012), **Nuestra historia**, <http://www.magda.ec/nuestra-empresa> [Consulta: 9 de Marzo del 2015]
- Stiglitz Josep (1993), **Economía**, Barcelona: Ariel.
- Villamil Laura (2013-Marzo-22), Tendencias de la Industria Farmacéutica, **Diario El Espectador**, Bogotá-Colombia.
- Viteri Rene (2014-Septiembre-04), Un exhorto para regulación de Farmacias, **Diario el Comercio**, Quito Ecuador
- IX Seminario Internacional: **"Mercado farmacéutico"**, Mayo - 2013
- XI Seminario Internacional: **"La relación entre la propiedad intelectual, la competencia y las políticas de acceso a la salud"**, Junio – 2013.
- XLI Seminario Internacional: **"Taller sobre medicamentos genéricos"**, Noviembre - 2014
- XVII Seminario Internacional y IX de: **"Tecnología y regulación del mercado, sector salud"**, Octubre – 2013
- Zurita Alexandra (2008), **Modelo de calificación crediticia para clientes fybeca**, (tesis de grado), Escuela Politécnica del Ejército, Sangolqui-Ecuador.