

Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

Informe N° 61/2021

Montevideo, 12 de marzo de 2021

ASUNTO N° 61/2020: COBOE S.A. / TORRE LIMITADA

Concentración Económica

1. ANTECEDENTES.

Tras la presentación del escrito por parte de las empresas COBOE S.A. (en adelante Farmashop) y TORRE LIMITADA (en adelante, Farmacia Torre), y corroborar que la información solicitada era correcta y completa, se solicitó un informe económico para realizar un análisis el impacto de la concentración en el mercado.

2. ANÁLISIS

2.1 Características del sector

En términos teóricos, el mercado de las farmacias minoristas presenta una serie de síntomas clásicos de posibles fallas del mercado. Entre ellos existen problemas principal-agente, asimetrías de información y poder de mercado. A ello se agrega un sistema de demanda que presenta tres niveles (el médico que prescribe el producto, el paciente que lo toma y el seguro médico o el Estado que paga su costo en algunos casos), el cual puede ser causa de imperfecciones en el funcionamiento del sistema, distinguiéndose así de otros mercados. La demanda de medicamentos recetados no es controlada directamente por el consumidor

final sino por la indicación de profesionales. A su vez el costo en el cual incurrir los pacientes se ve desdibujado por los diversos contratos y arreglos de los “seguros” o agentes del sistema de salud, que soportan la totalidad o parte de los costos directos de los medicamentos. Este conjunto de elementos genera que la capacidad del consumidor para transformar la información en conocimiento sea limitada.

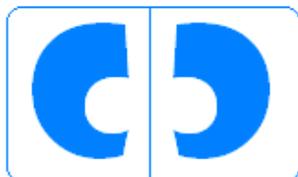
En la regulación del gasto médico, las autoridades públicas desempeñan un doble papel, a menudo a través de diferentes organismos. Por un lado, como comprador, desempeñando en algunos casos una función monopsonica buscando el menor precio posible, sin dejar de apostar al fomento de la innovación rentable de las empresas del sector. Por otro lado, como asegurador, apostando por una organización en el reparto de los medicamentos que permita a los grupos más vulnerable el acceso a medicamentos.

Más allá de las diferentes restricciones y regulaciones existentes en el mercado a causa de las fallas de mercado existentes, se identifican cuatro dimensiones donde existe nivel real de competencia (Purcell, 2004):

- Precios
- Ubicación geográfica
- Selección y disponibilidad de productos
- Nivel y calidad del servicio minorista

Ahora bien, dentro del mercado de venta de medicamentos existen diferentes usos de los mismos que los encasillan en diferentes mercados relevantes, con diferentes agentes con los cuales compiten. A su vez, la gran mayoría de las farmacias venden productos no médicos, como cosméticos, perfumería, comestibles y bebidas, el cual configura otro mercado diferente. De todas formas, sobre la venta de productos alimenticios, las farmacias representan un agente marginal sin poder de incidencia en las variables determinantes de dicho mercado.

Dentro de los agentes presentes en el mercado de medicamentos se encuentran los laboratorios, los cuales producen los medicamentos y le venden los mismos a instituciones



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

de la salud, agentes estatales, distribuidores (en ocasiones en formato de droguerías) y a las farmacias. Respecto a estas últimas, las farmacias pueden acceder a los medicamentos comprando directamente a laboratorios o mediante un intermediario.

Respecto a la clasificación de los medicamentos, los mismos pueden presentar múltiples distinciones, desde su dosis, principio activo, formulación, vía por la cual se administra, entre otros. De todas formas, la clasificación por la cual generalmente se definen los mercados relevantes se refiere al uso utilizado:

Medicamentos Éticos. Son aquellos medicamentos que se venden solamente a través de una receta de un profesional autorizado, medicamentos de control médico recomendado y medicamentos psicofármacos y estupefacientes. Los mismos se encuentran regulados para prevenir su uso indebido, estando solamente autorizados para su venta las farmacias, droguerías y farmacias de hospitales y mutualistas.

Medicamentos de venta libre (OTC). Representa a aquellos medicamentos que pueden ser obtenidos sin necesidad de receta médica. A pesar de ser regulados por las autoridades sanitarias, presentan mucha menor cantidad de restricciones que los anteriores. A esto último se agrega, que algunos de los mismos pueden comercializarse en otro tipo de comercios, más allá de representar una porción marginal de dicho mercado.

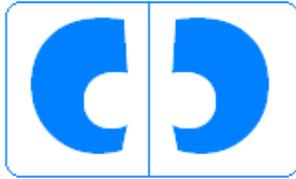
Medicamentos de internación. Refiere a medicamentos utilizados solamente por hospitales, mutualistas y autoridades sanitarias en el contexto de internación de pacientes. No son vendidos por las farmacias, ni los pacientes inciden en el proceso de adquisición de los mismos.

2.2 Antecedentes

Tomando en consideración estudios realizados en países de la región sobre el sector, vale mencionar un estudio realizado para el caso de Perú, donde se destaca un proceso de gran concentración en los últimos años. A la concentración horizontal, donde las cadenas de farmacias agrupan el 63% del total de los locales, se suma a un proceso de concentración vertical entre diferentes empresas del sector. A su vez, el mismo proceso analizado (2014-2019) se evidencia un incremento en el precio de los medicamentos por encima de la inflación, a causa de dichos procesos (Balbin et al., 2020).

Para el caso de Argentina, la CNDC realizó un estudio sobre el mercado farmacéutico en su conjunto, colocando especial atención en sector mayorista. Respecto a las farmacias, indican que en la última década se ha producido un alto crecimiento de las redes o cadenas de farmacias, a través de locales propios o franquicias. Un informe de la consultora Nielsen del año 2015, indica un sostenido incremento en la apertura de locales de cadenas desde el año 2009, con una disminución en la cantidad de farmacias independientes. En el año 2014 las farmacias de cadena representaban entre un 10% y un 12% de total de los locales de farmacias. El trabajo concluye sobre el escaso margen de las farmacias (y de las droguerías) para el establecimiento de precios al público, debido a la capacidad e influencias en el sector de los laboratorios. (CNDC, 2019).

En el caso de Chile, existían casi 4.000 farmacias en el año 2018, de las cuales 58% correspondían a farmacias independientes y 42% a las grandes cadenas. Estas últimas cubren el 44% de las comunas del país, mientras que las farmacias independientes alcanzan el 63%. Los comercios están ubicados generalmente en las comunas de mayor población, y para el caso de las grandes cadenas en las que tienen mayores ingresos. Respecto a la variedad de productos ofrecidos, las farmacias de las grandes cadenas cuentan con al menos 2.000 medicamentos clínicos, mientras que las independientes solamente 500. Lo anterior da cuenta, según señala el informe, que las farmacias independientes tienen en promedio un solo producto comercial por medicamento clínico mientras que las grandes cadenas cuentan con varios (FNE, 2019).



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

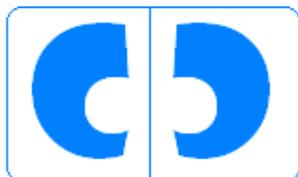
Respecto a otras regiones, el caso europeo resulta de gran interés debido al proceso de desregulación que se fue sucediendo en las últimas décadas con tan importantes como diversos resultados. La regulación en el caso de Europa incluye varios tópicos que han sido modificados en el caso de algunos países. Desde las autoridades que deben regularlos y autorizarlos (en los Países Bajos, por ejemplo, los contratos deben negociarse con las aseguradoras de atención médica), hasta la necesidad de tener profesionales a su cargo. A ello se agrega la regulación que se establece la cantidad de farmacias en función de la población (por ejemplo, en Italia, las ciudades con una la población de menos de 12.500 tiene una farmacia por cada 5000 habitantes; a las ciudades más grandes se les permite una farmacia por 4000 habitantes) y qué agentes son los que están autorizados a poseer un local (en muchos casos, solo los farmacéuticos o las asociaciones de farmacéuticos pueden poseer farmacias), así como la posibilidad de poseer o no más de un local. A su vez, en muchos países se encuentran restringidas las ventas de locales, solicitando un mínimo de duración en su funcionamiento para poder acceder a la venta. Por último, existe regulaciones de diferente tipo tanto en la fijación de precios como en la publicidad (en toda Europa, está prohibida la publicidad pública de medicamentos con receta, a diferencia de los productos farmacéuticos de venta libre) (Taylor et al., 2004).

Un estudio realizado en el año 2012, comparó diferentes países con sistemas regulados (Austria, Dinamarca, Finlandia y España), con otros de sistemas desregulados (Inglaterra, Irlanda, Países Bajos, Noruega y Suecia), a partir del diseño de diferentes indicadores que permitieron evaluar la accesibilidad, el servicio y el estado económico. Uno de los objetivos que estos países pretendían alcanzar mediante la desregulación del sector farmacéutico era aumentar la accesibilidad de los medicamentos. De hecho, la desregulación ha llevado a la apertura de nuevas farmacias. De todas formas, la desregulación produjo una concentración urbana de farmacias comunitarias y no se observó que hubiera mejorado la accesibilidad de las farmacias en las zonas rurales. La calidad de los servicios de farmacia es adecuada en todos los países, incluidos los desregulados debido a los altos estándares profesionales

farmacéuticos. Más allá que la composición y el número de trabajadores del sector difieren entre los países, en función de la organización del sistema de atención de la salud de cada país, algunos resultados indicaron que podría haber un aumento en la carga de trabajo del personal de farmacia después de la desregulación, en perjuicio hacia el servicio prestado. En los países liberalizados, las cadenas de farmacias parecen ser principalmente propiedad de mayoristas, ya que no existen limitaciones sobre quién puede ser propietario de una farmacia o los mayoristas no están exentos de la propiedad de la farmacia. Sin embargo, los fabricantes de productos farmacéuticos y los médicos no suelen tener permitido explícitamente ser propietarios de farmacias. Por último, se esperaba que, a través de la desregulación en el sector de la farmacia comunitaria, los precios de los medicamentos de venta libre disminuyan. Sin embargo, los datos recabados por los autores no evidenciaron dicha tendencia (Vogler et al., 2012).

Para el caso de Alemania, se ha sucedido un cambio en las restricciones establecidas, poniéndose en marcha una liberalización del sector a partir del 2004. Previo al mismo, en Alemania existía fijación de precios, a cada farmacéutico se le permitía operar solo una farmacia, y no se podía comercializar a través del correo. Solo se competía en función de la calidad del servicio ofrecido. Desde el 2004 se han abolido todas las restricciones, salvo aquellas relacionadas a la prohibición de propiedad de terceros, donde solo los farmacéuticos profesionales con un título universitario en farmacéutica y una pasantía adicional tienen permitido poseer y administrar un local.

En un estudio al respecto se muestra que el número de competidores directos en el área de influencia de las farmacias públicas sigue siendo limitado. La mayoría de las farmacias tienen tres o menos competidores (aunque algunas tienen más de diez). En consecuencia, la mayoría de las farmacias observan su propia posición en el mercado como aceptable o buena y perciben la presión de su principal competidor como moderada o incluso baja. El estudio concluye sobre el margen existente para un mejor funcionamiento del sector condicionado a la adaptación de programas de formación en emprendimiento y gestión estratégica (Heinsohn & Flessa, 2013).



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

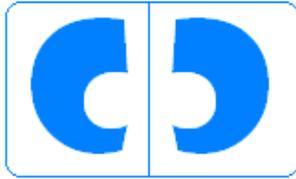
En el caso de Islandia y Noruega, fueron de los países de la Unión Europea que estuvieron a la vanguardia del proceso de liberalización, cuyas restricciones a la propiedad y la competencia se flexibilizaron en 1996 y 2001 respectivamente. En ambos países, las nuevas políticas llevaron rápidamente a la integración horizontal y la concentración del mercado, y en Noruega particularmente los grupos farmacéuticos fusionados se integraron verticalmente con los mayoristas. En 2004, dos grupos de farmacias en Islandia y tres grupos de farmacias en Noruega controlaban el 85 y el 97% de los mercados, respectivamente. Este resultado, sumado a las barreras de entrada existentes puede requerir intervenciones adicionales a favor de la competencia para evitar desarrollos desfavorables (Anell, 2005). Las experiencias de ambos países dan idea sobre la complejidad de la gestión de reformas que influyen fundamentalmente en el comportamiento competitivo.

En el caso de Noruega, entre el 2001 y el 2004 se generó un aumento del 32% en el establecimiento de farmacias, ubicadas la mayoría en el centro de las ciudades o en los centros comerciales (aunque existieron excepciones de farmacias establecidas en zonas donde no existía ninguna previamente). De todas formas, la reforma contribuyó poco a mejorar la disponibilidad de farmacias en las zonas rurales. Paralelamente al aumento del número de farmacias, el mercado ha experimentado cambios significativos en términos de integración horizontal y vertical. Un año después de la reforma los tres grupos principales controlaban más del 55% del mercado en términos de farmacias. En marzo de 2004, la concentración del mercado había aumentado aún más y el 97% de toda la comunidad las farmacias tenían alianzas con los tres grupos principales, 77% a través de la propiedad total. Junto al aumento de locales, se produjo una disminución en el número de farmacéuticos, con consecuencias negativas sobre los servicios otorgados. En dicho proceso de concentración, se ha visualizado un sistema de beneficios y descuentos para los clientes. Según señalan los autores el desafío de ambos países se fija en la posibilidad de revertir la estructura actual, impidiendo la consolidación monopólica, a partir de la fijación de barreras de entradas bajas (además de otras medidas).

Para Estados Unidos, las farmacias minoristas es la principal fuente de medicamentos recetados para la población estadounidense, representando el 71% para el año 2010. Al igual que los casos anteriormente mencionados, el sector ha ido mutando desde una industria artesanal de farmacias independientes hacia la consolidación de cadenas de farmacias, tanto de venta presencial como por delivery. En 1994, la base de datos NCPDP enumeró 56.595 farmacias minoristas en los Estados Unidos (25.808 farmacias independientes y 30.787 cadenas afiliadas). En 2002, el número de minoristas farmacias fue bastante consistente con el total anterior (55.851), pero la combinación de farmacias cambió (20.051 farmacias independientes y 33.625 cadenas afiliadas). A su vez, se estima que en el 70% de los productos farmacéuticos llegan a los comercios minoristas a través de un intermediario (Brooks et al., 2008). Las farmacias minoristas independientes tienden a utilizar mayoristas de medicamentos más que las farmacias de cadena, ya que estas últimas suelen tener una escala suficiente para los suministros de auto-almacenamiento; de todas formas, las cadenas minoristas están comenzando a reevaluar la rentabilidad del auto-almacenamiento y están utilizando más a los mayoristas de medicamentos (Steere & Montagne, 2004). En el caso de este país, el 90% del comercio de los proveedores se concentra en 3 empresas. Hoy en día, el mercado se mantiene concentrado en 3 empresas, creciendo del 87% al 92% entre el 2013 y el 2017. Actualmente, el 92% de las farmacias estadounidenses acceden a los medicamentos a través de distribuidores. ¹

En las regiones estadounidenses de mayor presencia de personas mayores, mayores ingresos per cápita y en las zonas rurales tenían más farmacias minoristas per cápita. Mientras que en las regiones con mayor índice de pobreza disminuyeron las farmacias minoristas de 1998 a 2002, la proporción de farmacias minoristas independientes en estos condados aumentó, lo que sugiere que las cadenas de farmacias minoristas se retiraron de dichas regiones (Doucette et al., 1999). Se ha observado una variación sustancial en el uso de medicamentos con receta, el nivel de servicios prestados y los precios pagados recetas de farmacias minoristas. Los estudios han demostrado que, en promedio, los pacientes que pagan en efectivo pagan precios más altos en las farmacias minoristas que pacientes afiliados a planes de medicamentos de terceros o programas gubernamentales (Frank, 2001).

¹ <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/us/Documents/life-sciences-health-care/us-hda-role-of-distributors-in-the-us-health-care-industry.pdf>



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

Pocas investigaciones publicadas han evaluado si los precios de las recetas para los pacientes que pagan en efectivo en las farmacias minoristas varían entre los mercados (Brooks et al. 2008). Un estudio de 1994 analizó los precios promedio pagados por los pacientes que pagan en efectivo en distintos lugares geográficos de cuatro medicamentos (Brooks et al., 1999). Utilizando los datos obtenidos de ese estudio, en el trabajo realizado por Brooks et al. (2008) mostraron que las distribuciones de los precios promedio en efectivo para estos cuatro productos en diferentes zonas geográficas, se encuentra aproximadamente una diferencia del 20% en el precio promedio pagado por los pacientes que pagan en efectivo entre el primer y último decil. A su vez, los precios al contado fueron más bajos en áreas con mayor número de farmacias minoristas per cápita, y mayor en áreas con un mayor presencia de farmacias independientes. Se ha observado una variación significativa en los precios de las recetas pagados por los pacientes que pagan en efectivo en las farmacias minoristas y en los precios de los medicamentos recetados negociados por terceros con las farmacias minoristas (Brooks et al., 1999).

En el trabajo realizado por Zhu et al. (2014) se analizaron 87 adquisiciones realizadas en el país entre los años 1981 y 2009. Del total de adquisiciones, el 46% se realizó dentro de la industria (comercios adquiridos por cadenas de farmacias); y el 54% de las concentraciones se diversificó en otras industrias. Los resultados muestran que los inversionistas esperan mejores resultados ante los anuncios de fusiones y adquisiciones tanto para las empresas adquirentes como para las adquiridas y negativamente para las empresas rivales que no participan en tales transacciones. Concluyen que la concentración de la industria de farmacia minorista está correlacionada negativamente con los precios al productor, debido al poder compensatorio que significa el nuevo posicionamiento de agentes más influyentes dentro del mercado que permiten negociar con más firmeza con sus proveedores. A su vez, los niveles de rentabilidad se mantuvieron estables, pero sin sufrir importantes caídas debido a que la consolidación los protege contra la erosión de las ganancias. Chen (2019) realiza un estudio sobre los niveles de competencia en el estado de New Hampshire entre

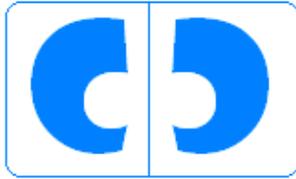
2009 y 2011, encontrando mayor nivel de precios en los medicamentos en aquellas zonas donde los vendedores se encontraban más concentrados (farmacias) y menor nivel de precios en las regiones donde la demanda se encontraba menos concentrada (aseguradoras). A su vez, encuentra evidencia que vincula mayor nivel de precios a aquellos comercios de mayor poder de mercado (2,78% más que los comercios del primer decil).

2.3 Regulación del país

La regulación de las farmacias en Uruguay data del año 1934 cuando se promulgó la Ley Orgánica de Salud Pública (Ley N° 9.202), donde se establecía la potestad del Ministerio de Salud Pública (MSP) de reglamentar y controlar el ejercicio de la medicina, la farmacia y profesiones derivadas y los establecimientos de asistencia y prevención privados.

La ley de Farmacias del año 1985 (Ley N° 15.703) se describe claramente cuando un establecimiento refiere a una farmacia de primera categoría, de segunda categoría (hospitalarias), de tercera categoría (rurales) y de cuarta categoría (homeopáticas), así como otro tipo de establecimientos, estableciendo las características particulares de cada una de ellas. A su vez, se aclara que la propiedad de dichos establecimientos podrá ser de cualquier persona física o jurídica que tenga la calidad de comerciante, a excepción de los médicos, odontólogos y veterinarios, quienes tampoco podrán ser integrantes o poseedores de acciones, partes o cuotas sociales de las personas jurídicas propietarias, cualquiera sea la forma societaria. También establecen que el funcionamiento de las farmacias estará a cargo de la Dirección Técnica correspondiente, que será ejercida por un químico farmacéutico.

En el año 1986 se decretó la Reglamentación para Farmacias de Primera Categoría (Decreto N° 801/986) donde se indica que la autorización y registro estará supeditada a la División Química y Medicamentos de la Dirección Coordinación y Control del MSP, además de certificado de habilitación, expedido por la División Salud Ambiental del mismo ministerio. En el decreto se hace referencia a las características que deben tener el local, su dimensión, secciones, tipo de cartelera y ubicación (a una distancia mayor de 200 metros en zonas urbanas y de 400 metros en zonas suburbanas). A su vez, señala que las mismas deben estar



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

bajo la responsabilidad de químico farmacéutico, quién debe estar autorizado por el MSP mediante la inscripción de su título en el Departamento de Registro y Habilitación de Título, de la Dirección Coordinación y Control y agrega que *“Todo Químico Farmacéutico en ejercicio de la Dirección Técnica de Farmacias de Primera Categoría, ya sea en calidad de titular o suplente, deberá residir efectivamente dentro de un radio no mayor de 100 kilómetros del establecimiento. Un mismo Químico Farmacéutico, podrá ejercer en el Departamento de Montevideo, en calidad de titular, hasta dos Direcciones Técnicas de Farmacias de Primera Categoría o en Farmacias Hospitalarias (de segunda categoría) y además, una tercera en Farmacia Homeopática. En el interior de la República, un mismo Químico Farmacéutico allí radicado, podrá ejercer en calidad de titular, hasta tres Direcciones Técnicas de Farmacias, de una o de cualesquiera de dos categorías de las definidas en el decreto ley 15.703 de 11 de enero de 1985.”* Como último elemento relevante, según quien suscribe, el decreto hace referencia a las sanciones que puede ser efectuada por la autoridad, detallando que acciones son consideradas infracciones graves.

En el año 2003, a través de la ley 17.715 se estableció que toda nueva farmacia comunitaria que se autorice en zonas donde ya existen otros locales iguales habilitados, deberá estar a una distancia mayor a 300 metros (por el camino transitable más corto), y de forma de no superar la relación de una Farmacia cada 5.000 habitantes o más.

En el año 2013, el gobierno emitió un decreto (65/2013) donde se establecía la prohibición de una persona física o jurídica o a un grupo económico de ser titular de 15 o más farmacias, y de tener más de una farmacia en un radio menor de 1.000 metros. También quedaba prohibido la posibilidad de tener call centers, centros de distribución y de comercializar productos a través de internet. A su vez, en el caso de transporte, se debe cumplir que el nuevo local se encuentre dentro de un radio de 200 metros del anterior y que se encuentre a más de 100 metros de las farmacias ya instaladas en el lugar. En el año 2016, a través del Decreto N° 96/016 se eliminó la restricción de 15 locales del decreto anterior y se estableció la prohibición de tener más del 10% del total de locales de farmacias de primera categoría. A su vez, se prohibía la posibilidad de que una persona física o jurídica, conjunto económico

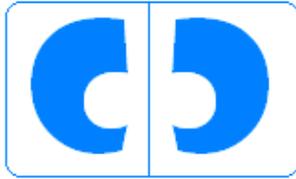
o grupo de sociedades sea titular, en forma simultánea, de farmacias de distintas categorías. También se prohibió la posibilidad de que las farmacias, personas físicas o jurídicas, titulares del capital social, grupo económico o grupo de sociedades, sean titulares, directa o indirectamente, de registros de especialidades farmacéuticas y/o marcas que las identifiquen, ni contratar con terceros la fabricación para la venta de dichos productos con marcas propias o de terceros vinculados al mismo grupo.

Finalmente en el año 2020, a través de la Sentencia 216/020 del Tribunal de lo Contencioso de Administrativo que anuló varios artículos del Decreto 96/016, que establecían restricciones a la actividad de las farmacias. Dentro de aspectos que fueron anulados, se destacan la eliminación de los criterios referidos a la propiedad (10% de los locales, a más de 1.000 metros, de diferentes categorías); así como la prohibición de tener productos marcas propias o de terceros vinculados al mismo grupo económico.

Respecto a estos puntos y los diferentes comentarios que vertieron en los informes presentados en el escrito de las partes, quien suscribe comparte que las medidas tomadas desde el 2013 atentan contra la libre competencia, pudiendo llegar a perjudicar en última instancia al consumidor. En este sentido, es esperable que las concentraciones del sector sean analizadas rigurosamente y aprobadas por la Comisión con la menor cantidad de restricciones posibles. De todas formas, para que ello suceda sería importante que la misma mantenga un análisis constante sobre el sector asegurando su funcionamiento competitivo, desincentivando y/o limitando cualquier accionar que pueda perjudicar a la competencia. Esto no puede ser posible sin la colaboración de las partes, en especial aquellos agentes de mayor relevancia, a partir de datos que a la Comisión le pueden resultar de interés.

2.4 Características del sector en el país

El mercado de los medicamentos en el país se configura dentro del sistema de salud compuestos por aquellos agentes que compran medicamentos a los laboratorios. Además de las farmacias, droguerías y los distribuidores, se encuentran los prestadores de servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), donde se destacan:



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

- Instituciones de Asistencia Médica Colectiva (IAMC)
- Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE)
- Hospital Militar y Policial
- Seguros Privados

Según muestran las partes, el mercado de medicamentos involucra en la actualidad a 133 millones de unidades comercializadas de forma anual, representando un valor de 488 millones de dólares, donde los medicamentos éticos ascienden al 90% del mercado. Las farmacias y droguerías tendrían el 36% dentro del mercado de los medicamentos éticos y el 74% en el mercado de los medicamentos de venta libre.² (fs. 33)

En la Figura 1 se muestra la distribución de locales según las regiones del país (Montevideo e Interior), mostrando una distribución similar entre ambas partes, con mayor presencia en el interior del país. De todas formas, si a Montevideo se le incluye los comercios de la zona metropolitana, la distribución se invierte.

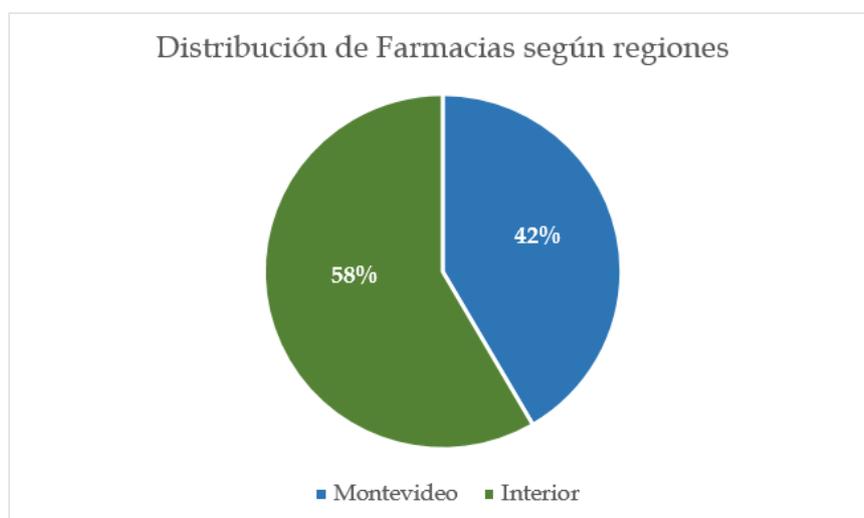


Figura 1

² Mercado definido según los montos facturados en dólares

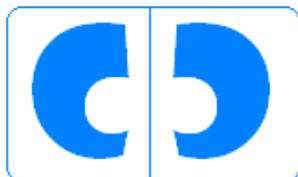
En la Tabla 1 se informa sobre la cantidad de farmacias y su respectivo porcentaje según las cadenas presentes en el país. La mayor cantidad de los comercios son farmacias independientes que no integran ninguna cadena comercial. Dentro de las cadenas sobresalen Farmashop (con el 10,1% del mercado) y San Roque (con 4,4%).

Farmacia	Locales	Porcentaje
Independientes	789	80,9%
Farmashop	98	10,1%
San Roque	43	4,4%
Pigalle	17	1,7%
FarmaGlobal	15	1,5%
El Tunel	7	0,7%
Tienda Inglesa	6	0,6%
Total	975	100,0%

Tabla 1: Información sobre farmacias en Uruguay

A partir de los datos de IQVIA suministrados por las parte, en comparación con países de Latinoamérica (Argentina, Brasil, Chile, México y Paraguay), Uruguay representa el país donde las cadenas tienen menor porción del mercado según las ventas realizadas, tanto en monto como en unidades. Salvo Argentina, que presenta valores similares, el resto de los países presentan una estructura donde el peso de las cadenas es mayor al 50%. De todas formas, en este análisis se considera para Uruguay las farmacias mutuales (las cuales representan un alto porcentaje de mercado), mientras que en el resto de los países no se muestran estas últimas; sin aclararse los motivos (fs. 81). Utilizando el mismo análisis, pero para el caso de puntos de ventas, en todos los casos los locales de las cadenas representan menos del 50% del total de farmacias por país, siendo el promedio el 30%, donde Uruguay tiene el 27% y Argentina tiene el menor valor con 10% (fs. 81 vto.).

La estructura actual de Uruguay cuenta con una importante presencia de farmacias independientes, siendo las grandes cadenas menos del 20% en relación a la cantidad de locales. Respecto a los montos facturados, dicho valor se duplica. Es importante mantener la atención en el funcionamiento del sector a partir de la desregulación del mismo.



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

2.5 Definición del mercado relevante

La definición del mercado relevante abarca dos dimensiones. En primer lugar, desde el punto de vista del producto. Esta dimensión se refiere al marco competitivo que delimita los bienes y servicios que comercializan las partes, y donde quedarán definidos qué agentes competitivos integran el mismo. En segundo lugar, y una vez definido el mercado desde la mirada del producto, se debe definir el mercado relevante desde la perspectiva geográfica.

Producto. El primer elemento a visualizar para definir el mercado relevante desde la perspectiva del producto. A foja 39 se detalla que al año 2019 el 39% está compuesto por ventas de medicamentos éticos, otro 39% está integrado por productos de perfumería y cosméticos, el 14% por productos médicos OTC, mientras que el restante 8% representa alimentos, productos diversos y otros bienes. Estos últimos elementos no serán considerados debido a que representan una porción ínfima en un mercado dominado por comercios de diferente índole (hipermercados, supermercados, almacenes, quioscos, puestos feriantes, entre otros).

Como ya hemos mostrado, el mercado de medicamentos se encuentra conformado por medicamentos éticos, medicamentos OTC y medicamentos de internación. Estos últimos son descartados del análisis ya que son utilizados solamente por los centros de salud. En el caso de los medicamentos éticos es claro que las farmacias compiten con el resto de los centros de salud, donde estos últimos representan los agentes dominantes del mercado, ofreciendo en la mayoría de los casos precios menores a los ofrecidos por las farmacias. En el caso de los medicamentos de venta libre, los centros de salud disminuyen considerablemente su posición, siendo agentes marginales en el mismo. En el informe de CPA Ferrere se señala al respecto *“el mercado relevante de producto para analizar las operaciones de concentración económica de Farmashop es el mercado de medicamentos en farmacias comunitarias y farmacias hospitalarias (IAMCs y ASSE), aunque también debería contemplarse la existencia de*

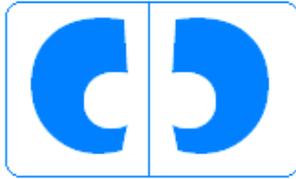
segmentos de menor volumen como el mercado OTC donde el mercado relevante podría únicamente a las farmacias comunitarias” (fs. 46). Como bien señalan, dicha definición va en línea con los criterios definidos por la CMA en el caso de Celesio AG/ Sainsbury del año 2016.

Como ya fue establecido en el expediente 25/015, es claro que en el caso de los medicamentos éticos se debe integrar al mercado definido tanto a las farmacias como a los centros de salud. Ahora bien, el caso detallado no se refería a los medicamentos de venta libre, donde pareciera que las farmacias presentan posición relevante. Si a eso le agregamos que casi el 40% de las ventas son por productos de cosmética y perfumería en el caso de Farmashop (los cuales no son comercializados por las farmacias hospitalarias), tenemos que en más del 50% de los ingresos por ventas no existe presión competitiva por parte de las farmacias hospitalarias.

Las farmacias representan comercios de especial particularidad, las cuales engloban la comercialización de diferentes productos que definen diferentes mercados. Sus características, desde la diversidad de productos hasta la cercanía que representan, las constituyen en comercios diferenciados de las farmacias hospitalarias, donde para estas últimas, el paciente debe dirigirse una distancia considerable al centro de salud correspondiente del cual es socio. Por tal motivo, y al tratarse de una concentración de farmacias y no solo de un sector del mercado definido por medicamentos éticos, las farmacias hospitalarias no se pueden considerarse en competencia permanente con el resto de las farmacias.

Por tal motivo, el mercado quedará definido en tres dimensiones: medicamentos éticos (en competencia con farmacias hospitalarias), medicamentos OTC (en consonancia con lo expuesto en el informe detallado previamente, no se considerará a los servicios hospitalarios como agentes competitivos) y productos de cosmética y perfumería (sin competir con farmacias hospitalarias).

Geográfico. Los diferentes informes que presentaron las partes, con sus respectivos análisis, sumado a los datos aportados por la Consultora Equipos representan un insumo muy



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

importante para definir el mercado relevante desde el punto de vista geográfico.

Según señala el informe de Juan Dubra, en el ámbito internacional la medida más comúnmente utilizada es establecer un radio de 1,6 km alrededor del comercio en cuestión (fs. 9). En un caso de concentración entre cadenas de farmacias en Holanda (Llodys Nederlands y Brocacef) se establecieron dos criterios: un radio determinado para ciudades de gran tamaño (entre 2 y 3 km) y el total de la localidad para ciudades más pequeñas. Dicho criterio parece razonable, y más para el caso de Uruguay. En el caso de Celesio AG/ Sainsbury, la CMA planteo radios amplios, de entre 2 y casi 8 km, en función de la localidad, la farmacia y otras características. En el informe de CPA Ferrere se informa en este sentido, recomendando tomar cada localidad del interior en su totalidad y utilizar un radio de 1.000 metros para Montevideo (fs. 46 vto.). En el caso del informe de la Consultora Exante, proponen radios que no sean menores a los que suelen utilizar generalmente: entre 1,5 km y 3 km (fs. 60).

Según los datos brindados por Equipos Consultores, más de la mitad de los consultados señalaron que se dirigieron a la farmacia caminando (56%), que se dirigieron a la misma porque le quedaba cerca (53%) y que el comercio al cual acudieron se encontraba cercano a su casa (72%). A su vez, el 50% se dirigió a una farmacia a 5 cuadros o menos de distancia, el 69% recorrió menos de 10 cuadras, y el 81% recorrió menos de 15 cuadras. Por último, cuando se consultó acerca de dirigirse a otro comercio a una distancia menor a 800 metros en caso que el comercio suba los precios un 10%, el 69% respondió de forma afirmativa si el aumento era de \$500 a \$550 y el 87% respondió de forma afirmativa si el aumento se daba de \$3.000 a \$3.300. A esto hay que agregarle que el ticket promedio fue de \$705.

A la luz de los datos pareciera razonable que el mercado geográfico esté delimitado en las grandes ciudades por un radio menor a 1.500 metros (solamente el 19% recorren distancias mayores) y mayor a 800 metros (criterio determinado para realizar las consultas detalladas).

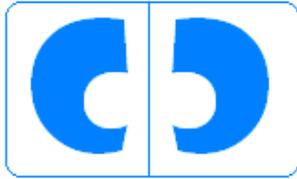
En este sentido, y tomando en consideración todas las propuestas de los informes, pareciera prudente utilizar un radio de 1.200 metros, donde se podría asegurar que aproximadamente un 75% de la población recorre distancias menores. Este criterio será utilizado para Montevideo, su zona metropolitana y ciudades de más de 80.000 habitantes.³ En el resto de los puntos del interior se considerará a cada localidad como un mercado determinado.

Por último, es bueno agregar al análisis un punto de gran relevancia. En los últimos años la función del delivery y el e-Commerce de medicamentos ha aumentado considerablemente, lo cual puede ser un elemento distorsionador a la hora de realizar una definición del mercado. Más allá de que las ventas presenciales (en el caso de Farmashop) siguen representando la mayor parte de las ventas, con valores en torno al 85% en todos los rubros de medicamentos, las ventas en formato de delivery y e-Commerce irán en aumento por lo que se le debería prestar particular atención a un futuro, pudiendo variar los criterios utilizados por la Comisión.

2.6 Análisis del caso en particular

Quien suscribe resalta la importancia de prestarle particular atención al sector y su funcionamiento. En primer lugar, por la característica de bienes que comercializa, siendo los mismos de primera necesidad para la población. En segundo lugar, y como sucedió a nivel internacional, la desregulación puede conllevar a concentraciones de gran índole, generando agentes de gran poder de mercado. De todas formas, en Uruguay la concentración no es tan alta en el momento actual como en otros casos de la región. Por último, y como se muestra en los informes, Farmashop presenta precios más elevados en promedio que los comercios independientes. Una fusión podría conllevar a una suba en el nivel de precios que genere perjuicios a los consumidores. Es evidente que este último punto puede ser resultado de varios motivos (tipo de productos comercializados, servicios ofrecidos, etc.), lo cual implica que un aumento en el nivel de precios no tenga que verse obligatoriamente como un elemento negativo hacia los clientes, si al mismo tiempo los

³ Se considerará también a Rivera, con una población marginalmente menor



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

mismos se ven compensados con otras ventajas. De todas formas, es relevante considerar el fenómeno de los precios y sus tendencias como de particular interés.

El caso actual se trata sobre la adquisición de una farmacia dentro de la ciudad de Montevideo, ubicada en el barrio Cordón (cercana al barrio Palermo y Parque Rodó), por el grupo Farmashop. Montevideo siendo la ciudad de mayor tamaño y más poblada, presenta la mayor cantidad de farmacias (si se incluye el área metropolitana), y con ello la posibilidad de mayores niveles de competencia entre los comercios.

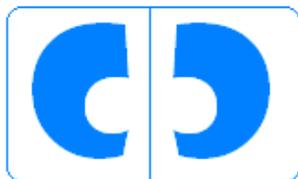
Según informan las partes, en un radio de 1600 metros se encuentran 68 farmacias, de las cuales 10 pertenecen al grupo Farmashop (fs. 594 vto.). Tomando dichos valores como referencia, la posición de mercado pasaría del 12% al 14% una vez sucedida la concentración (fs. 595). Afirmando al mismo tiempo que dicho análisis no presenta cambios sustanciales si se asume un radio de 800 metros. Considerando el criterio establecido por la Comisión de 1200 metros, se mantiene una región de alto nivel de competencia, con más de 30 farmacias y la presencia de la mayoría de las cadenas (Farmashop, San Roque, Pigalle, FarmaGlobal). Comparando los ingresos de Farmacia Torre con la sucursal de Farmashop más cercano (Nº 50), los de esta última son más de 10 veces mayores que los de la parte a ser adquirida. Farmacia Torre representa un actor marginal en la región analizada.

En suma, es claro que la concentración no implicaría posibles daños a los consumidores que requieran de un análisis más exhaustivo sobre el caso. Más allá de que la estructura organizativa de Farmashop pueda otorgarle ventajas que permita mayores ingresos en un futuro, en el mercado definido existe una oferta variada que difícilmente le permita generar abusos de poder dominante.

3. CONCLUSIONES

Quien suscribe interpreta que, desde el punto de vista económico, la concentración no conllevaría consecuencias negativas hacia los consumidores por lo que debería ser aprobada.

Ec. Martín Sequeira



Comisión de Promoción y
Defensa de la Competencia



República Oriental del Uruguay
Ministerio de Economía y Finanzas

BIBLIOGRAFÍA

Anell, A. (2005). Deregulating the pharmacy market: the case of Iceland and Norway. *Health policy*, 75(1), 9-17.

Balbin Inga, D. L., Fontela Becerra, A. E., Juarez Baldeón, B., & Zegarra Cavero, O. E. (2020). La concentración en el sector farmacéutico peruano y su impacto económico.

Brocef-Mediq Netherlands, 2015. COMP/M. 4301 - Alliance BOOTS/CARDINAL HEALTH & CASE COMP. /M. 7494 Brocef-Mediq Netherlands.

Brooks, J. M., W. R. Doucette, and B. A. Sorofman. (1999). Factors Affecting Bargaining Outcomes Between Pharmacies and Insurers. *Health Services Research* 34(1):439-451.

Brooks, J. M., Doucette, W. R., Wan, S., & Klepser, D. G. (2008). Retail pharmacy market structure and performance. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*, 45(1), 75-88.

Chen, J. (2019). The effects of competition on prescription payments in retail pharmacy markets. *Southern Economic Journal*, 85(3), 865-898.

CMA (2016). Celesio AG and Sainsbury's Supermarkets Limited. A report on the anticipated acquisition by Celesio AG of Sainsbury's Pharmacy Business.

CNDC (2019). Investigación de Mercado sobre las condiciones de competencia en el mercado de medicamentos.

Doucette, W. R., J. M. Brooks, B. A. Sorofman, and H. S. Wong. (1999). Market Factors and the Availability of Community Pharmacies. *Clinical Therapeutics* 21(7):1267-1279

FNE (2019). “Estudio de Mercado sobre Medicamentos (EM03-2018)” División Estudios de Mercado, Fiscalía Nacional Económica, Chile.

Frank, R. G. (2001). Prescription Drug Prices: Why Do Some Pay More Than Others Do? *Health Affairs* 20(2):115-128.

Heinsohn, J. G., & Flessa, S. (2013). Competition in the German pharmacy market: an empirical analysis. *BMC health services research*, 13(1), 407.

Purcell, D. (2004). Competition and regulation in the retail pharmacy market.

Steere, P. L., & Montagne, M. (2004). Drug Use and. *Introduction to Health Care Delivery: A Primer for Pharmacists*, 171.

Taylor, D., Mrazek, M., & Mossialos, E. (2004). Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality. Copenhagen, European observatory on health systems and policies, 2004a*, 196-121.

Vogler, S., Arts, D., & Sandberger, K. (2012). Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries.

Zhu, P., & Hilsenrath, P. E. (2015). Mergers and acquisitions in US retail pharmacy. *Journal of Health Care Finance*, 41(3).