



Universidad de Buenos Aires.
Facultad de Ciencias Económicas.
Escuela de Estudios de Posgrado.



Especialización en Dirección y Gestión de Marketing y Estrategia
Competitiva.

Trabajo Final

La industria farmacéutica y su compromiso con la salud.

Alumna: Mariana Gutiérrez

Tutor: Dr. Domingo Gutiérrez

Año 2014

Cláusula de originalidad

Declaro que el material incluido en este Trabajo Final de Carrera es, a mi mejor saber y entender, original, producto de mi propio trabajo (salvo en la medida en que se identifiquen explícitamente las contribuciones de otros), y que no he presentado este material en forma parcial o total, como una tesis, en ésta u otra institución.

Mariana D. Gutiérrez

Índice

P. 4	Introducción
P. 10	Antecedentes
P. 13	Justificación
P. 13	Planteo del problema
P. 14	Hipótesis
P. 15	Objetivos generales
P. 15	Objetivos específicos
P. 16	Marco teórico
P. 23	Análisis de Situación e Investigación
P. 27	Conclusiones
P. 28	Recomendaciones
P. 33	Bibliografía
P. 35	Tutor
P. 38	Carta aval del tutor
P. 39	Referente
P. 46	Anexos

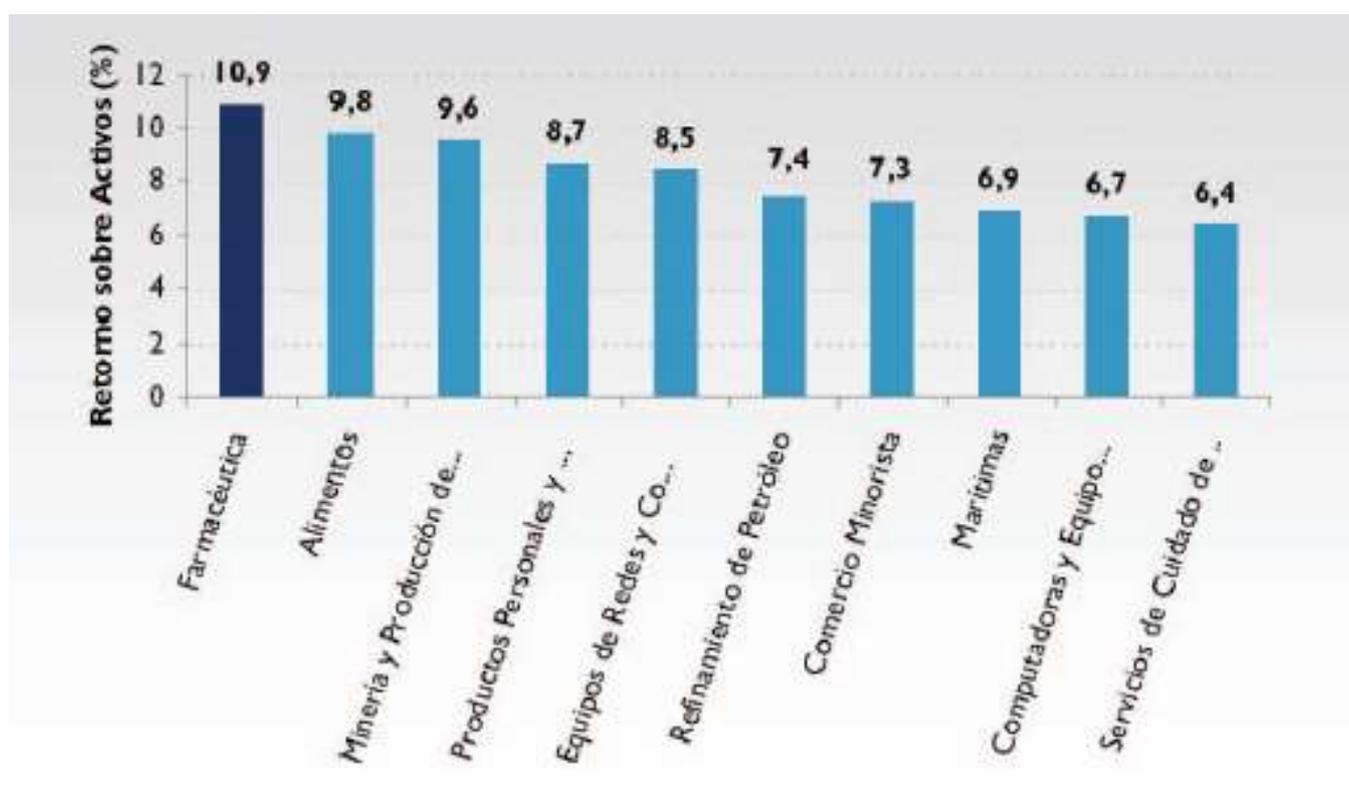
Introducción

La industria farmacéutica es un sector estratégico para la mayoría de los países desarrollados, debido a su participación en el PBI, la cantidad de empleos que genera, sus aportes a la investigación, su vinculación con la ciencia y la tecnología, y las implicancias sociales relacionadas con el cuidado de la salud y las mejoras de la calidad de vida de la población.

Además de ser uno de los principales productos industriales de la Argentina, los medicamentos son un tema sensible para la sociedad y para el diseño de políticas públicas, dado su rol social y el peso que tienen en la canasta de consumo de los hogares.

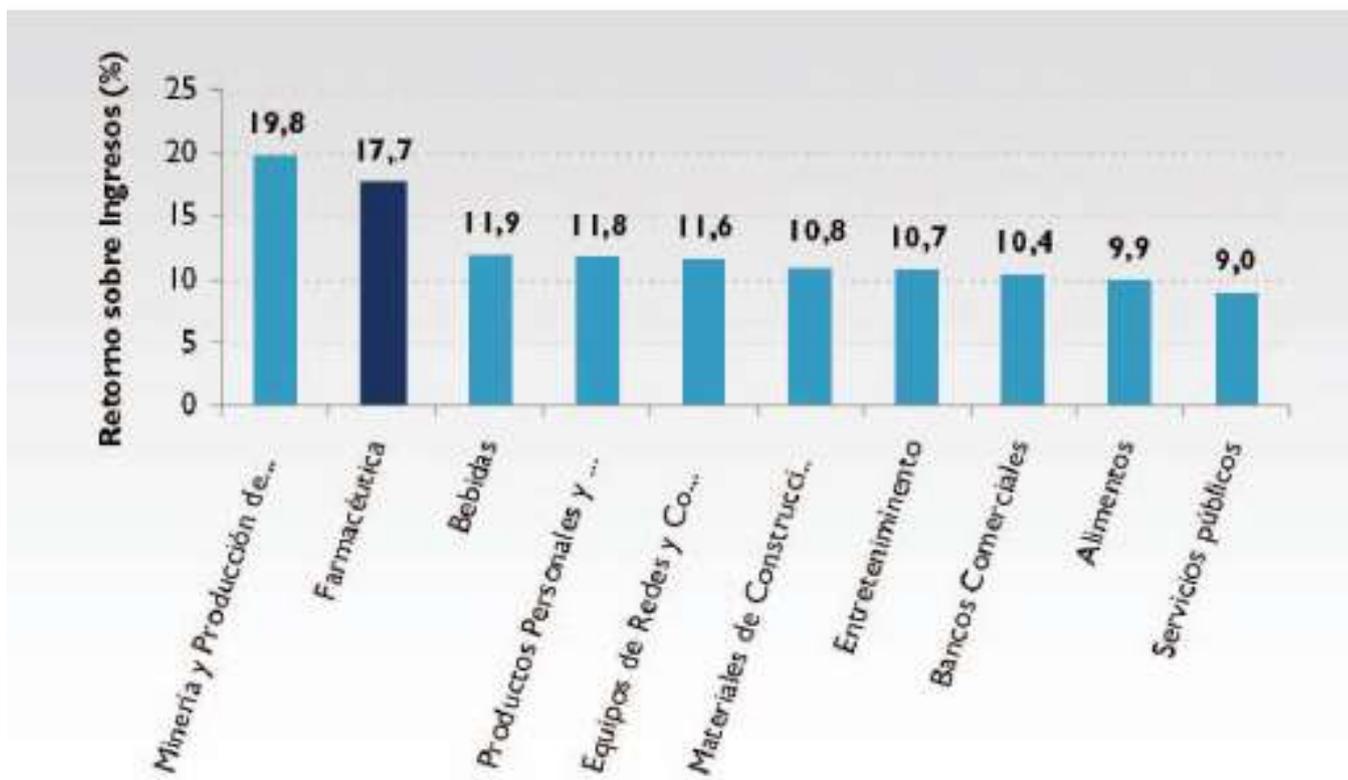
Para tener una idea de la influencia de esta industria en la economía del país, se calcula que el sector aportó cerca del 1,8% de la recaudación total del país durante el año 2007.¹

La industria farmacéutica se encuentra en la primera posición del listado de las industrias más rentables medidas por retorno sobre activos y en la segunda posición al considerar el retorno sobre los niveles de ingresos. A su vez, ocupa la vigésima segunda y vigésima cuarta posición entre las industrias que crecen con mayor velocidad, calculadas según las variaciones de la facturación y de las ganancias, respectivamente.²



¹ BDO Becher y Asociados S.R.L. Auditores y Consultores. "Reporte sectorial. Año 1 N°2. Laboratorios e industria farmacéutica." (2008).

² Revista Fortune. "Ranking Global 500." (2008).



La participación de las empresas multinacionales, medida en términos de facturación, es significativa en la región. Argentina es el país con mayor proporción del mercado en manos de empresas de capitales nacionales. Los dos laboratorios que lideran el mercado local (Roemmers y Bagó)³ son argentinos y surgieron hace más de setenta años como empresas familiares.

Es de suma importancia este dato ya que muestra la importancia y el peso que tiene en la industria nacional y del mismo modo, sugiere el peso de la industria nacional en su rol social respecto a la salud.

En cuanto al mercado de productos de venta bajo receta (Ético) vs los productos de venta libre (OTC), América Latina parece avanzar en sentido contrario a los países desarrollados. Esta particular tendencia responde a diversos motivos de índole económico, social y cultural. En la Argentina la participación de mercado de los medicamentos de venta libre es de un 10%⁴, sensiblemente mayor que en los países desarrollados.

En países en crisis o donde se prioriza el beneficio adquirido por la venta en lugar de poner foco en el acceso a la salud, vemos cómo los medicamentos OTC tienen una mayor participación en las ventas. Este es el caso, por ejemplo, de España donde este sector estaría destinado a crecer a causa de la crisis económica y el aumento de la desocupación, que conlleva la falta de cobertura médica.

Por otra parte, podemos ver, cómo en el caso de Estados Unidos el 60% del mercado farmacéutico es OTC. Esto se debe a que las reglamentaciones vigentes en este país son menos rígidas en cuanto al registro de los medicamentos, es decir, que se permiten registrar medicamentos, que en otros países son de venta bajo receta, como venta libre. En este caso, las personas pueden tomar estos medicamentos directamente desde las góndolas sin necesidad de ser prescriptos por un médico. Esto

³ Fuente: Auditoría IMS Health. Febrero 2013.

⁴ Fuente: Auditoría IMS Health. Febrero 2013.

tiene que ver con la falta de cobertura médica y también con priorizar un mayor beneficio al negocio que recibirá el 100% del retorno, sin descuentos adicionales por la cobertura médica.⁵

Para entender esta diferencia, debemos tener en cuenta que los precios de los medicamentos OTC son menores que los Éticos y por consiguiente, quienes no tengan una cobertura médica adecuada, no pueden acceder a estos medicamentos más costosos y es posible que, por la misma causa, tampoco puedan acceder a una atención médica adecuada para que estos les sean prescriptos.

El mercado de medicamentos exhibe estructuras de competencia imperfecta. En este caso, la asimetría de información, la heterogeneidad de los productos y la relativa escasez de oferentes, reducen el grado de competencia efectiva en el mercado.

Para el caso de los medicamentos de venta bajo receta, los laboratorios son quienes poseen más y mejor información, en tanto que el paciente se ubica en el extremo opuesto. Entre estos dos, se encuentra un profesional que cumple un rol fundamental de intermediación y es, en esencia, el verdadero agente decisor en la compra.

La decisión de consumo de un determinado medicamento, su marca y dosificación, no es tomada por el consumidor final sino por el médico, para el caso de los medicamentos de venta bajo receta, los cuales como mencionamos anteriormente, representan el 90%⁶ de las ventas de la industria y son los medicamentos relacionados con patologías más complejas, las cuales dependen de la consulta del profesional para lograr un mejoramiento de la salud del paciente. Es por ello que el médico no es ajeno a la existencia de promociones, publicidades y diferentes mecanismos para captar su interés y prescripción.

El médico es el encargado de prescribir el medicamento, en función de sus facultades profesionales y bajo los principios éticos que rigen su actividad. A diferencia del paciente, el médico cuenta con el conocimiento suficiente como para reducir las asimetrías de información frente a los laboratorios, en lo relacionado a farmacología y salud del ser humano en general. De esta manera, su posición de intermediario entre la oferta de medicamentos y los usuarios finales le otorgan una importante función social. En la práctica, el paciente delega la toma de decisiones en el médico ya que éste dispone de mayor información y conocimiento.

La probabilidad de que el paciente sustituya el medicamento de marca es baja, ya sea que el mismo haya sido recetado como única opción o tras haber sido sugerido junto a la prescripción del genérico.⁷ Esto también está relacionado con la asimetría de la información ya que el paciente desconoce los principios activos (componentes) y sus efectos para poder tomar una decisión y cambiar de marca. En el caso de los genéricos, el farmacéutico juega un rol fundamental ya que es decisor de marca y es por ello que los laboratorios también basan sus estrategias de marketing en el farmacéutico, dependientes de farmacias y en los puntos de ventas (PDV). Generalmente enfocan la comunicación en los medicamentos OTC pero también el trabajo en el PDV juega un rol fundamental al entregar medicamentos de venta bajo receta desde el mostrador de la farmacia, que si bien no está permitido, es una práctica habitual.

En Argentina, es común que existan acuerdos que funcionan como mecanismos de protección del poder adquisitivo de la población ante aumentos sostenidos de los precios de determinadas

⁵ Ver Anexo 1. "Es la hora del OTC". Revista Correo Farmacéutico. (Enero 2012)

⁶ Fuente: Auditoría IMS Health. Febrero 2013.

⁷ Según estudios de la Comisión Nacional de Programas de Investigación Sanitaria (CONAPRIS).

categorías de medicamentos o frente a restricciones de oferta de algunas clases de drogas terapéuticas.

El Estado cumple un rol fundamental como agente regulador del mercado de medicamentos, brindando no sólo el marco institucional adecuado sino también los mecanismos de gestión y control necesarios para el funcionamiento del mismo. A su vez, debe garantizar la provisión de información a los distintos actores que intervienen en el sector. En particular, debe reducir las asimetrías existentes entre la oferta y la demanda, a fin de proteger y bregar por la defensa de los derechos de los ciudadanos, en su calidad de pacientes y consumidores. Por otro lado, el gobierno genera diferentes acuerdos de precios con laboratorios y droguerías como parte de su política de preservación del poder adquisitivo de la población.

El Estado funciona como uno de los principales adquirientes de medicamentos, a través de los presupuestos nacionales, provinciales y municipales en lo referido a la prevención y cuidado de la salud de la población.

Los seguros de salud (obras sociales y empresas de medicina prepaga) son agentes cuya principal función consiste en proveer financiamiento a los beneficiarios ante eventuales gastos relacionados al cuidado de la salud. Al respecto, el Programa Médico Obligatorio (PMO) establece que los seguros deben cofinanciar el 40% del costo de los medicamentos, quedando el 60% restante a cargo del paciente. En algunos casos, la cobertura puede llegar hasta el 100% (antihipertensivos y otros productos para patologías crónicas).

Existen tres fuentes principales de financiamiento. Por un lado, el desembolso directo de los pacientes. Luego, los esquemas de aseguramiento públicos, mutuales y privados, que en general financian el 100% de la medicación a nivel de internación para sus beneficiarios, y una porción menor de la medicación ambulatoria. Finalmente, los gobiernos mediante la provisión de medicamentos a través de los servicios públicos de acceso libre y universal.

Según cifras recientes, dos tercios del financiamiento del gasto en medicamentos de América Latina proviene del gasto de hogares y solo un tercio de las otras dos fuentes. En este sentido, existe un elevado nivel de regresividad, ya que los estratos de menores ingresos destinan el 70% de sus gastos a la adquisición de medicamentos.⁸

Otro aspecto a destacar es el hecho de que cuanto mayor es la participación del financiamiento público, mayor es el acceso y menor es el precio. En Chile, las compras públicas rondan el 30% del gasto total. En Brasil, el Sistema Único de Salud provee un 25% del total de los medicamentos que circulan en esa economía. En Perú, representan el 21% del financiamiento y en Argentina rondan el 15%.⁹

Cuando casi el 20% de la población cuenta con un estado de salud regular o malo¹⁰, es importante contar con recursos para poder lograr el acceso a la salud de manera simple y para todos los grupos etarios.

⁸ BDO Becher y Asociados S.R.L. Auditores y Consultores. "Reporte sectorial. Año 1 N°2. Laboratorios e industria farmacéutica." (2008).

⁹ BDO Becher y Asociados S.R.L. Auditores y Consultores. "Reporte sectorial. Año 1 N°2. Laboratorios e industria farmacéutica." (2008).

¹⁰ Fuente: INDEC. (2009).

Estado de Salud de la población					
Provincia	Total				
	Excelente	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo
	%				
Total del país	11,2	26,9	42,7	17,1	2,1
Ciudad de Buenos Aires	13,9	32,3	39,0	13,3	1,5
Buenos Aires	11,4	24,9	44,1	17,1	2,4
Catamarca	7,8	19,8	46,9	23,3	2,3
Chaco	6,1	26,1	44,5	21,9	1,4
Chubut	17,9	29,6	39,6	11,2	1,6
Córdoba	12,2	36,2	35,4	14,4	1,8
Corrientes	9,3	24,0	46,0	18,7	2,0
Entre Ríos	11,5	28,3	43,8	15,6	0,8
Formosa	4,1	17,2	50,9	26,1	1,7
Jujuy	7,7	19,0	46,6	23,9	2,7
La Pampa	15,8	32,6	36,5	13,0	2,1
La Rioja	7,3	24,0	48,4	18,8	1,5
Mendoza	12,3	30,0	37,9	16,8	3,0
Misiones	9,5	19,9	44,8	22,6	3,1
Neuquén	10,1	25,8	42,5	19,1	2,5
Río Negro	9,6	23,5	46,4	18,4	2,1
Salta	8,5	22,0	43,7	22,4	3,5
San Juan	7,8	22,8	46,3	20,4	2,7
San Luis	8,4	26,4	40,8	23,0	1,4
Santa Cruz	15,1	27,0	42,6	14,4	0,9
Santa Fe	11,7	29,6	43,9	13,7	1,1
Santiago del Estero	7,9	19,0	46,6	24,3	2,3
Tierra del Fuego	12,6	30,4	43,1	12,9	1,0
Tucumán	9,4	25,4	40,9	22,1	2,1

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR-2009).

Las compras públicas han dado prioridad a la cobertura de enfermedades costosas. En general los gobiernos destinan más recursos a la adquisición de medicamentos para el SIDA y tratamientos de alta complejidad, que a la Atención Primaria de la Salud (APS). En Argentina lo destinado a medicamentos del programa nacional de SIDA es 2,3 veces mayor que el Programa REMEDIAR de medicamentos para APS.

Teniendo en cuenta que enfermedades como las cardiovasculares son las que mayor tasa de mortalidad bruta tiene en la Argentina, mientras que las muertes relacionadas con el VIH en 2009 fueron de 3.706 pacientes.¹¹ queda clara la importancia de la necesidad de una inversión relacionada al acceso a la salud y en especial en medicamentos para APS.

Tasas de mortalidad brutas (B) y ajustadas por edad (A) según grupos de causas (x 100.000 habitantes). Año 2008.										
Indicador	CV		TUM		INF		CE		TLD	
	B	A	B	A	B	A	B	A	B	A
JURISDICCIÓN										
Total país	227,33	199,15	149,84	138,27	77,22	68,10	50,34	48,40	255,43	230,97

CV = Cardiovasculares

TUM = Tumores

INF = Infecciosas

CE= Causas Externas (Incluye accidentes, suicidios y homicidios)

TLD = Todas las demás

¹¹ Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. (2010).

En relación al estado de salud de las personas. Podemos ver que solo un pequeño porcentaje de la población realiza los chequeos necesarios relacionados a enfermedades con alta tasa de mortalidad en la Argentina por lo que se infiere que existen una alta cantidad de pacientes que tienen este tipo de enfermedades pero desconocen padecerlas.

Prevalencia de medición de hipertensión arterial, hipercolesterolemia y diabetes de la población de 18 años y más por sexo, según provincia. Localidades de 5.000 y más habitantes. Total del país. Noviembre de 2009

Provincia	Prevalencia de medición (1)								
	Hipertensión arterial			Hipercolesterolemia			Diabetes		
	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres	Total	Varones	Mujeres
	%								
Total del país	34,6	33,2	35,7	29,1	29,7	28,7	9,6	8,9	10,2
Ciudad de Buenos Aires	29,0	28,0	29,8	28,1	31,9	25,5	7,4	7,6	7,2
Buenos Aires	35,3	34,7	35,8	29,3	29,0	29,6	9,8	8,7	10,8
Catamarca	40,2	35,1	44,4	37,2	37,2	37,1	9,4	6,5	12,0
Chaco	36,8	34,4	38,8	26,3	25,2	27,1	8,8	7,7	9,8
Chubut	34,4	36,4	32,7	27,6	30,5	25,1	11,9	12,3	11,5
Córdoba	35,6	35,4	35,7	27,8	30,5	25,7	10,1	10,1	10,1
Corrientes	36,4	29,2	41,8	31,9	29,2	33,7	9,5	6,2	12,4
Entre Ríos	35,5	30,8	39,1	25,2	20,0	28,8	10,3	8,9	11,5
Formosa	39,3	34,1	42,5	24,5	24,3	24,6	8,4	5,9	10,4
Jujuy	30,5	26,2	34,1	36,7	36,2	37,0	9,9	9,4	10,4
La Pampa	34,0	33,9	34,1	29,6	32,8	27,1	10,7	8,4	12,8
La Rioja	30,8	28,9	32,3	35,6	34,1	36,7	12,9	11,7	14,1
Mendoza	37,6	35,0	39,8	31,3	32,2	30,7	9,6	9,9	9,4
Misiones	36,0	29,0	41,4	26,6	27,6	25,9	8,7	7,9	9,4
Neuquén	33,1	30,2	35,6	29,1	32,5	26,6	7,8	7,1	8,3
Río Negro	32,8	29,2	35,7	29,2	30,3	28,5	10,6	10,5	10,7
Salta	31,4	28,5	33,7	36,6	36,1	37,0	8,5	7,9	9,0
San Juan	36,0	35,6	36,3	27,2	25,8	28,1	11,9	10,8	12,9
San Luis	34,5	34,0	34,9	32,9	35,6	31,1	10,4	9,0	11,7
Santa Cruz	31,4	28,7	33,9	33,6	32,4	34,5	10,3	8,3	12,2
Santa Fe	33,4	32,7	33,9	25,4	26,1	24,9	8,7	9,9	7,6
Santiago del Estero	37,3	31,4	41,7	33,8	33,8	33,9	15,6	14,6	16,5
Tierra del Fuego	31,7	30,0	33,2	30,8	30,6	30,9	12,3	10,7	13,9
Tucumán	38,6	39,3	38,2	35,0	37,0	33,5	9,9	8,4	11,2

(1) Prevalencia de medición: es la proporción de personas de 18 años y más que midió alguna vez mediante estudios médicos los factores de riesgo presentados respecto del total de personas del mismo grupo etario.

Fuente: Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2009 (ENFR-2009).
 Secretaría de Promoción y Programas Sanitarios, Ministerio de Salud.
 Secretaría de Deporte, Ministerio de Desarrollo Social.
 Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC).

Si tenemos en cuenta que solo la mitad de la población tiene acceso a la salud, es lógico encontrar estos porcentajes de mortalidad tan elevados. (Ver tabla en página siguiente.)

Porcentaje de población sin cobertura de obra social, plan médico o mutual por grupos de edad, según provincia
Total del país. Año 2001

Provincia	Población total	Porcentaje de población sin cobertura	Porcentaje de población sin cobertura por grupo de edad								
			0-4 años	5 a 14 años	15 a 19 años	20 a 49 años	50 a 59 años	60 a 64 años	65 a 74 años	75 a 79 años	80 años y más
Total del país	36.260.130	48,1	58,7	54,1	53,5	50,8	43,4	36,9	22,9	13,4	11,9
Ciudad Autónoma de Buenos Aires	2.776.138	26,2	32,9	31,8	31,1	30,5	25,8	21,3	12,0	6,6	6,0
Buenos Aires	13.827.203	48,8	57,0	54,8	56,0	52,0	46,9	40,1	23,3	12,3	10,3
24 partidos del GBA	8.684.437	52,0	59,5	58,0	59,3	54,5	50,9	44,3	26,0	14,4	12,6
Resto de Bs.As.	5.142.766	43,5	52,7	49,4	50,3	47,7	40,6	33,8	19,3	9,2	7,4
Catamarca	334.568	45,0	57,8	45,3	43,1	49,5	33,9	30,7	20,9	16,3	17,2
Córdoba	3.066.801	45,8	54,6	52,7	51,6	49,2	42,2	33,8	20,4	11,5	10,0
Corrientes	930.991	62,1	72,3	64,8	63,3	64,5	54,5	48,1	38,0	31,4	30,8
Chaco	984.446	65,5	78,0	69,6	68,1	66,6	55,0	49,8	37,9	26,2	23,2
Chubut	413.237	39,5	44,4	38,7	40,5	41,4	37,4	36,1	28,2	21,3	23,7
Entre Ríos	1.158.147	48,7	60,3	53,6	51,9	51,8	42,6	36,0	23,8	17,0	16,0
Formosa	486.559	65,8	78,2	67,4	66,8	66,7	54,5	52,0	46,0	40,6	39,9
Jujuy	611.888	54,2	63,9	53,6	52,9	57,8	45,7	40,9	33,8	29,1	33,8
La Pampa	299.294	45,5	54,1	49,7	50,4	48,7	40,8	35,3	25,0	15,3	14,6
La Rioja	289.983	40,8	51,6	40,9	41,4	44,5	32,3	25,0	17,2	13,1	13,5
Mendoza	1.579.651	50,6	58,5	55,8	54,8	53,7	46,6	40,4	26,8	16,4	15,1
Misiones	965.522	57,8	66,2	59,4	59,4	57,9	51,9	49,4	40,8	33,1	35,4
Neuquén	474.155	48,7	53,6	48,4	53,0	50,2	45,7	43,0	32,0	21,0	21,5
Río Negro	552.822	49,9	55,6	50,3	52,3	52,6	47,0	44,9	33,1	21,4	21,9
Salta	1.079.051	60,4	70,8	63,0	61,2	62,8	51,5	45,8	33,2	25,1	23,9
San Juan	620.023	53,0	62,8	56,1	55,0	57,6	44,6	37,6	26,0	15,7	15,6
San Luis	367.933	51,6	57,6	54,9	56,5	53,7	47,3	41,7	30,4	22,3	21,0
Santa Cruz	196.958	29,2	32,3	24,4	32,2	32,1	28,0	26,6	19,0	14,6	17,1
Santa Fe	3.000.701	42,0	55,3	50,9	48,1	45,0	36,3	29,0	16,0	8,4	7,2
Santiago del Estero	804.457	63,7	76,6	67,2	64,5	66,6	52,5	46,6	35,4	25,8	26,2
Tierra del Fuego	101.079	30,1	31,3	26,6	30,7	31,4	33,8	31,2	23,7	15,8	15,3
Tucumán	1.338.523	48,2	60,1	52,1	49,1	50,8	39,9	33,4	22,6	16,0	13,9

Fuente: INDEC, Dirección Nacional de Estadísticas Sociales y de Población, Dirección de Estadísticas Sectoriales en base a información derivada del Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2001.

Antecedentes

El mercado farmacéutico en unidades tiene una tendencia de crecimiento cada vez menos pronunciada. El crecimiento en valores se va incrementado debido al aumento reiterado de precios ya que cuando observamos el crecimiento en unidades vendidas, nos damos cuenta que incluso el último año cae respecto al mismo período del año anterior.

La falta de inversión en innovación refleja la caída de las ventas ya que muchos medicamentos son discontinuados porque están en la etapa final del ciclo de vida del producto y, al no existir nuevas propuestas en innovación, la oferta es menor.

Además, el acceso a la salud es un factor fundamental que repercute directamente en las ventas.

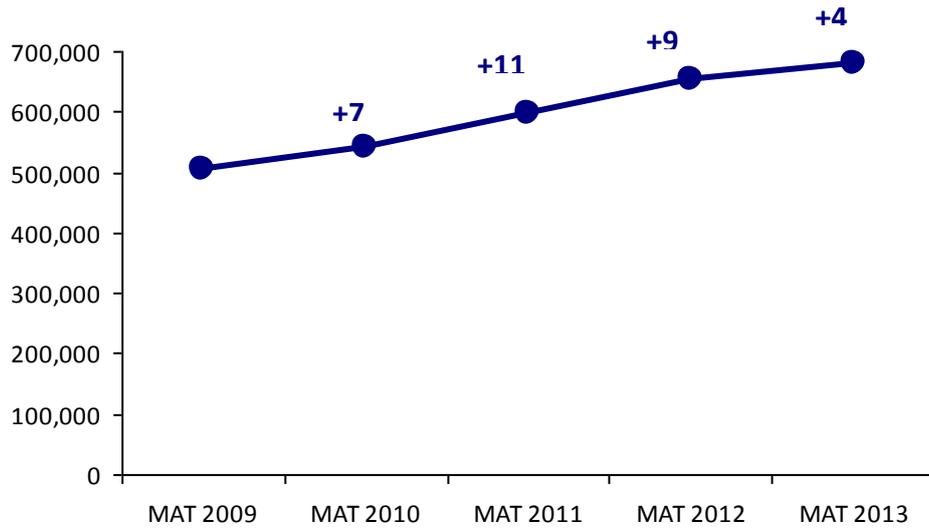
Facturación de la Industria farmacéutica de producción propia y reventa de productos importados.
Total de país. Serie trimestral. Años 2006-2010

Período	Facturación total	Facturación nacional			Reventa local de productos importados
		Total	Mercado interno	Exportación	
Miles de \$					
2006					
Total	6.320.237	4.939.728	4.297.820	641.908	1.380.509
Primer trimestre	1.267.943	995.567	875.789	119.777	272.377
Segundo trimestre	1.739.069	1.367.666	1.164.229	203.437	371.403
Tercer trimestre	1.671.480	1.293.813	1.131.868	161.945	377.667
Cuarto trimestre	1.641.744	1.282.682	1.125.934	156.748	359.062
2007					
Total	7.597.116	5.890.331	5.038.746	851.585	1.706.785
Primer trimestre	1.769.305	1.383.390	1.146.254	237.136	385.915
Segundo trimestre	1.988.704	1.554.809	1.319.740	235.069	433.895
Tercer trimestre	1.787.431	1.381.361	1.176.620	204.741	406.070
Cuarto trimestre	2.051.676	1.570.771	1.396.132	174.639	480.905
<i>Crecimiento</i>	<i>20%</i>	<i>19%</i>	<i>17%</i>	<i>33%</i>	<i>24%</i>
2008					
Total	9.631.823	7.212.730	6.322.158	890.572	2.419.093
Primer trimestre	2.067.264	1.594.482	1.367.800	226.682	472.782
Segundo trimestre	2.369.967	1.768.809	1.594.771	174.038	601.158
Tercer trimestre	2.663.760	2.008.845	1.755.286	253.559	654.915
Cuarto trimestre	2.530.832	1.840.594	1.604.301	236.293	690.238
	<i>27%</i>	<i>22%</i>	<i>25%</i>	<i>5%</i>	<i>42%</i>
2009					
Total	11.672.877	8.678.157	7.661.384	1.016.773	2.994.720
Primer trimestre	2.586.165	1.910.463	1.629.644	280.819	675.702
Segundo trimestre	2.943.153	2.169.630	1.914.387	255.243	773.523
Tercer trimestre	3.048.376	2.284.438	2.091.174	193.264	763.938
Cuarto trimestre	3.095.183	2.313.626	2.026.179	287.447	781.557
<i>Crecimiento</i>	<i>21%</i>	<i>20%</i>	<i>21%</i>	<i>14%</i>	<i>24%</i>
2010					
Primer trimestre*	2.923.978	2.066.743	1.825.029	241.714	857.235
Primer trimestre*	2.923.978	2.066.743	1.825.029	241.714	857.235
<i>Crecimiento</i>	<i>13%</i>	<i>8%</i>	<i>12%</i>	<i>-14%</i>	<i>27%</i>

12

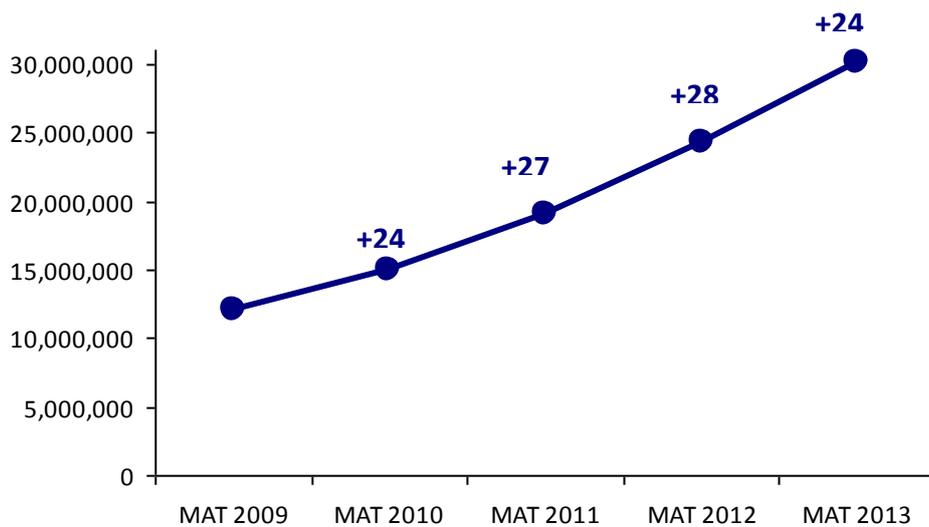
¹² Fuente: INDEC. (2010).

Total Mercado (k UN)



Valores representados en miles de unidades

Total Mercado (k AR\$)



Valores representados en miles de pesos argentinos

MAT Febrero 2013. Porcentaje de crecimiento respecto al mismo período de cada año anterior¹³

En cuanto a la cobertura de salud, podemos observar que solo 18 millones de personas cuentan con Obra social (tanto titulares como beneficiarios). La evolución no ha sido significativa en el transcurso de 4 años y la tendencia a 2009 tuvo una baja del 1% con respecto a la cantidad de afiliados.¹⁴

¹³ Fuente: Auditoría IMS Health. Febrero 2013.

¹⁴ Fuente: INDEC. (2009).

Cantidad de obras sociales y beneficiarios según naturaleza institucional. Total del país. Años 2006-2009

Naturaleza de la obra social	2006		2007		2008		2009	
	Obras sociales	Beneficiarios						
		Total		Total		Total		Total
Total	288	15.502.139	288	15.943.256	283	18.231.181	287	18.038.092
<i>Crecimiento</i>				3%		14%		-1%
Sindicales	205	10.558.787	205	10.074.014	206	12.459.359	206	12.498.013
Personal de dirección	27	979.900	27	952.103	27	1.038.416	27	1.038.651
Administración mixta	2	2.821.863	2	3.789.726	1	3.503.292	3	3.270.739
Resto	53	1.141.589	53	1.127.413	49	1.230.114	51	1.230.689

Fuente: Ministerio de Salud de la Nación. Superintendencia de Servicios de Salud (SSS).

Justificación

Este trabajo se realiza para optar al título de Especialista en Dirección y Gestión de Marketing y Estrategia Competitiva.

El tema a tratar fue elegido por propio interés ya que al estar trabajando en la industria farmacéutica, me preocupa la desvinculación entre el negocio y el impacto que tiene el mismo en la población. Me parece importante poder conciliar ambos temas. Es una visión poco tratada, original y de impacto social, donde se vincula el marketing social, la responsabilidad social empresaria y la ética profesional. Es de interés tanto para las personas que trabajan en la industria como los profesionales de la salud y para el bienestar de una nación.

Planteo del problema

La industria farmacéutica es un sector industrial y empresarial dedicado a la investigación, desarrollo, producción y comercialización de medicamentos para el tratamiento y prevención de las enfermedades, y el cuidado de la salud en general. Es actualmente uno de los sectores empresariales más rentables e influyentes del mundo, lo cual produce elogios por sus contribuciones a la salud y a la ciencia, pero también controversias respecto a las políticas y estrategias de marketing llevadas a cabo.

Ésta industria se caracteriza por ser altamente competitiva. Las compañías líderes compiten por la diferenciación de producto y el desarrollo de drogas que presentan mayor potencial, donde las principales inversiones se asignan a productos para la cura y tratamiento de problemas infecciosos, cardiovasculares, psiquiátricos y oncológicos. A su vez, estas empresas se enfrentan a una fuerte competencia por parte de laboratorios que producen medicamentos genéricos. Estos invierten escasos recursos en investigación y desarrollo (I&D), y se benefician con la producción de drogas cuyas patentes han expirado. Sus precios suelen ser más baratos, lo cual dificulta más aún la situación para las firmas innovadoras.

La reacción de la industria farmacéutica y su compromiso con la salud quedan muchas veces opacadas por el negocio y la responsabilidad del estado en temas de salud de la población.

Los medicamentos no solo son un negocio altamente rentable sino que también tienen implicaciones en el desarrollo del país. Una sociedad enferma es una sociedad que no crece, no produce y no consume. Es por ello que la industria farmacéutica tiene que explorar alternativas para la mejora de la calidad de vida de la población más allá del negocio en particular y tomar un rol más activo en cuanto a la responsabilidad que tienen con la salud de la población.

Existe un amplio sector que no tiene acceso a la salud y este sector no solo es un potencial paciente que consumirá medicamentos, sino que implicará una mejora en la calidad de vida de la población.

Es por ello que surgen ciertas preguntas que intentaremos responder en este trabajo:

¿Puede seguir siendo rentable el negocio farmacéutico si se aplica una política involucrada en la mejora de la salud de la población?

¿Cómo se pueden generar ventajas competitivas generando mayor acceso a la salud?

¿Puede un laboratorio funcionar como una institución que ayude a generar mayor acceso a la salud?

¿Cuánto puede crecer el mercado farmacéutico si el acceso a la salud se incrementa?

¿Qué implicancias tendrá en el crecimiento del país al mejorar la calidad de vida de la población?

Hipótesis

El envejecimiento de la población en los países más desarrollados supondrá una importante derivación del gasto hacia sectores relacionados con el cuidado de la salud y el desarrollo de las franjas etarias superiores.

Si bien los países más desarrollados gozan de mejores estándares de vida, también es cierto que sufren de mayores afecciones relacionadas con el modo de vida sedentario y el estrés. En ellos se seguirá observando un consumo creciente de medicamentos de aplicación sobre el aparato cardiovascular, y el sistema nervioso, como así también de drogas oncológicas.

En los países en desarrollo y los más pobres se espera que los principales consumos se concentren en los grupos terapéuticos antiinfecciosos y fármacos para el tratamiento de afecciones del sistema respiratorio.

No se descarta el crecimiento de las enfermedades de la piel y respiratorias como consecuencia de la destrucción de la capa de ozono y del progresivo calentamiento global.

Si las diferentes patologías siguen pronunciándose, existirá una mayor demanda de productos para este tipo de enfermedades pero existe un mercado actual que no se está contemplando que es aquel que no tiene acceso a la salud.

Tal vez este sector no tenga los recursos para poder acceder a un seguro de salud pero si puede acercarse a instituciones que le faciliten los medicamentos que sean necesarios. Como mencionamos anteriormente, un paciente no toma la decisión de cambiar la marca, sigue fiel a la misma por la recomendación del profesional.

Los profesionales que trabajan en instituciones que promueven el mejoramiento de la salud, es probable que sean fieles a las empresas que la promueven y a sus marcas. Estos profesionales no solo atienden en centros asistenciales gratuitos sino también de forma particular o en instituciones

privadas. El compromiso de los laboratorios y la fidelidad de los médicos también se pueden ver reflejadas en el aumento de prescripción en estos puntos de salud que tienen mayor poder adquisitivo y por lo tanto, el involucramiento en el mejoramiento de la salud no solo hará ganar participación de mercado sino también crecerá en facturación.

Es decir, generar más acceso a la salud, puede generar mayor participación de mercado y a su vez, crecimiento en valores por medio de acciones de fidelización a los prescriptores teniendo en cuenta sus facultades profesionales y bajo los principios éticos que rigen su actividad, demostrando verdadera preocupación por los pacientes y por el mejoramiento de su salud.

Por otra parte, la mayor demanda de medicamentos hará que la industria crezca y genere mayor empleo además de tener otras implicancias respecto al aumento de productividad de personas que, al resolver sus problemas de salud, podrán tener mayor productividad laboral. Incluso en los niños, se podrá ver una mejora en el aprendizaje y la asistencia a las escuelas producto de las mejoras en la salud.

Objetivos Generales

Proponer alternativas a la industria farmacéutica para ampliar el negocio y al mismo tiempo involucrarse con el bienestar de la población, generando acceso a la salud a las personas que hoy no son consumidores de estos productos por no poder tener acceso a ellos.

Intervenir en el acceso a la salud y de esta manera involucrar más el negocio con el bienestar de los pacientes, dando un valor agregado a la empresa que tome el tema del acceso a salud como herramienta de marketing para ampliar el mercado y, de la misma manera, hacer un aporte a la sociedad en general.

Objetivos Específicos

En este trabajo se intenta comprender el negocio farmacéutico y encontrar cuáles son los aportes que pueden hacer las empresas farmacéuticas a la sociedad, su relación con la salud de la población y su aporte al bienestar.

Entender la rentabilidad del negocio si se toma una política involucrada en la mejora de la salud de la población, si esto genera ventajas competitivas y de qué manera se puede lograr la ampliación del mercado tomando como eje principal el acceso a la salud.

Determinar cuánto puede crecer el mercado farmacéutico si el acceso a la salud se incrementa y qué implicancias tendrá en el crecimiento del país al mejorar la calidad de vida de la población.

Se desarrollará un plan de negocios para este caso y se implementará el diseño y la realización de una investigación de mercado exploratoria cualitativa y cuantitativa mediante entrevistas a clientes, usuarios, profesionales de la salud y referentes del tema.

Marco Teórico

Para desarrollar este trabajo, se tomaran conceptos y teorías de diferentes autores que estudian y desarrollan temas relacionados con el marketing, el marketing social y la responsabilidad social empresaria, además de plasmar los conceptos vistos durante el desarrollo de la carrera de Especialización en Dirección y Gestión de Marketing y Estrategia Competitiva, temas vistos durante la cursada del plan de trabajo final y bibliografía recomendada en clase.

Responsabilidad Social Empresaria (RSE)

Se refiere a tener una visión del negocio que integre la gestión de la empresa, teniendo en cuenta el respeto por los valores y principios éticos, los trabajadores, la comunidad y el medio ambiente.

“La RSE, precisamente por ser social, se entiende responsabilidad frente a todos: personal, proveedores, clientes/consumidores, comunidad local, sociedad, medio ambiente, accionistas, gobierno corporativo, poderes públicos y en general, los grupos de interés o stakeholders.”¹⁵

En palabras de Kotler, “quienes hacen marketing hoy también deben hacerse responsables del impacto social y ambiental de sus acciones.”¹⁶

Es importante entender que “en la actuación empresarial orientada hacia la RSE se tiene como hecho que dirigir y gestionar en forma socialmente responsable supone ir más allá de las obligaciones legales, contractuales y reglamentarias”¹⁷ y, por lo tanto, si las empresas se involucran desde la RSE, pueden generar un bienestar a la población y la nación en general más allá del negocio particular en que se desarrolle su actividad.

Estos valores y principios éticos se deben “elaborar en forma explícita en un código y establecerlo como una “misión” para todos los integrantes de la estructura de la organización, sin exclusiones de cargos ni de niveles.”¹⁸

“En los negocios y en el marketing, la ética y la moral se aplican cuando los responsables de su gestión toman conciencia de su rol”¹⁹ ante la sociedad.

“Las empresas se rigen por un conjunto de valores, o código ético, cuya inexistencia en otras, marca un notable rango de competitividad”²⁰

¹⁵ Juan José Almagro, José Antonio Garmendia e Isabel de la Torre. “Responsabilidad Social. Una reflexión global sobre la RSE”. Prentice Hall. (2010). Pag. 4.

¹⁶ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 23.

¹⁷ Jorge Volpentesta. “Gestión de la Responsabilidad Social Empresaria.” Editorial Buyatti Librería. (2009). Pag. 35.

¹⁸ Jorge Stern. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 8. “Competitividad y Marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 167.

¹⁹ Jorge Stern. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 8. “Competitividad y Marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 167.

²⁰ Jorge Stern. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 8. “Competitividad y Marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 167.

Stakeholders

Se refiere a “todos los grupos que, además de los accionistas, están interesados, preocupados y que tienen que ver directamente con la empresa: clientes, empleados, proveedores, comunidad y el gobierno local”²¹. Son aquellos que están interesados, por diferentes motivos, a que a la empresa le “vaya bien”.

Globalización

“La economía mundial ha sufrido cambios radicales en las últimas dos décadas. Las distancias geográficas se han encogido.”²²

Hoy en día, existe una importante influencia del contexto internacional en las operaciones de las compañías y organizaciones debido al avance de la tecnología y las comunicaciones.

“Prácticamente todas las empresas, grandes o pequeñas, sienten la influencia de la competencia global.”²³

“Las empresas no solo están tratando de vender más de los bienes que producen localmente en mercados internacionales; también están comprando más componentes y materiales fuera de sus fronteras.”²⁴

En este mercado globalizado, “es muy difícil encontrar una economía local totalmente autónoma y aislada de las vecinas.”²⁵

“La globalización es consecuencia del aumento de la competencia debida al avance de la tecnología que corta el ciclo de vida de los productos, motivando que las empresas aumenten la escala de ingresos para poder amortizar los gastos de investigación y desarrollo. Esto provocó la apertura de los mercados, impactando en el cambio cultural y organizativos a nivel internacional.”²⁶

Relaciones Públicas

Las relaciones públicas en las empresas son una herramienta frecuentemente utilizada para construir relaciones de confianza y simpatía hacia la organización.

Significa hablar de políticas sistemáticas destinadas a construir relaciones favorables entre la empresa y sus diferentes públicos para “crear y sostener una mejor comprensión de la actividad de la organización, para suscitar vínculos de confianza y simpatía hacia ella. Las relaciones públicas trabajan sobre la imagen de la organización para potenciar su fama, su prestigio y su popularidad.”²⁷

²¹ Jorge Rubinsztein. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 12. “El proceso comunicacional en comercialización” Editorial Norma. (2005). Pag. 250.

²² Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 21.

²³ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 21.

²⁴ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 21.

²⁵ Lucio E. González Bravo. “Marketing Competitivo.” Editorial de Belgrano. (1997). Pag. 17.

²⁶ Lucio E. González Bravo. “Marketing Competitivo.” Editorial de Belgrano. (1997). Pag. 18.

²⁷ Claudio Erdellan y Miguel Vicente. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 18. “Relaciones Públicas” Editorial Norma. 2005. Pag. 354.

Trabajan con una visión de futuro a largo plazo a pesar de que su instrumentación se realice en el presente.

Negocio

“Es toda actividad que vincula a dos o más personas, empresas u organizaciones para crear, producir y comercializar bienes y servicios que generen valores económicos, soluciones, beneficios, ventajas y satisfacciones de recíproca utilidad.”²⁸

Marketing

Es el proceso social y gerencial por el cual individuos y grupos obtienen lo que necesitan y desean creando e intercambiando productos, servicios y valor con otros. “Marketing es la entrega de satisfacción a los clientes obteniendo una utilidad.”²⁹

“El marketing puede ser entendido como el conjunto de organización, estrategias, planes, recursos materiales y humanos, orientados a satisfacer con un producto o servicio a los usuarios o clientes de una organización o empresa.”³⁰

Según las definiciones de Kotler se puede destacar que el marketing es un sistema total de actividades de negocios diseñado para planear, fijar precios, promover y distribuir productos que satisfacen necesidades en el mercado objetivo con el fin de alcanzar las metas de la organización.

“Marketing es un método o sistema para administrar con eficacia los negocios. No hay marketing sin negocios ni negocios sin marketing.”³¹

Cambio social

Planteo de soluciones a problemas sociales existentes donde se llevan a cabo campañas para cambiar actitudes y conductas públicas.³²

Marketing Social

Según Kotler, “El marketing social es una estrategia para cambiar la conducta. Combina los mejores elementos de los planeamientos tradicionales de cambio social con una planificación integrada y un marco de acción, y utiliza los avances en la tecnología de las comunicaciones y en las habilidades de marketing.”³³

²⁸ Jorge Stern del ppt “ABC marketing” del material facilitado en la clase de gerenciamiento.

²⁹ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 3.

³⁰ Lucio E. González Bravo. “Marketing Competitivo.” Editorial de Belgrano. (1997). Pag. 91.

³¹ Jorge Stern del ppt “ABC marketing” del material facilitado en la clase de gerenciamiento.

³² Philip Kotler y Eduardo L. Roberto. “Marketing social: Estrategias para cambiar la conducta pública.” Ediciones Díaz de Santos. (1992). Pag. 3.

³³ Philip Kotler y Eduardo L. Roberto. “Marketing social: Estrategias para cambiar la conducta pública.” Ediciones Díaz de Santos. (1992). Pag. 29.

Existen conflictos potenciales entre los deseos del consumidor, los intereses del consumidor y el bienestar social a largo plazo. Es por ello que el concepto de marketing social afirma que “la labor de las organizaciones es determinar las necesidades, deseos e intereses de los mercados meta y entregarle los satisfactores deseados, en forma más eficaz y eficiente que la competencia, de tal manera que se proteja e incremente el bienestar del consumidor y de la sociedad”³⁴.

Para ello se debe ponderar al establecer las políticas de marketing:

- Las utilidades de la empresa
- La satisfacción de los deseos del consumidor
- El interés público

Es decir que existen 3 consideraciones en las que se basa el concepto de marketing para la sociedad:

- Empresa (Utilidades)
- Consumidores (que quieren satisfacción)
- Sociedad (Bienestar humano)

Necesidades, deseos y demanda

Para definir las necesidades de los individuos, trabajaremos con la teoría desarrollada por Maslow en 1943, la cual agrupa las necesidades fundamentales en 6 categorías:

- Fisiológicas (Alimentos, bebidas y vivienda)
- De seguridad (Futuro, protección y orden)
- Sociales (Amor, sentido de pertenencia e identificación de grupo)
- De estima (Estatus, prestigio y nivel social; relacionadas con el respeto y la aceptación)
- De autorrealización (Logros personales y respeto por los demás, relacionadas con la actualización personal)
- De conocimiento y belleza

Una vez satisfechas las de orden inferior (las primeras mencionadas) aparecen la de los niveles superiores.

Estas necesidades no existen en el mismo grado para todos los individuos: lo que es importante o prevalece en un individuo no necesariamente tiene el mismo valor para otro individuo.

Por lo tanto, en base a esta definición de las necesidades, podremos entender al deseo como “la forma que adoptan las necesidades humanas moldeadas por la cultura y la personalidad individual.”³⁵

“La gente tiene deseos casi ilimitados; por lo tanto, demandan los productos que les proporcionan mayor valor y satisfacción a cambio de su dinero.”³⁶

³⁴ Philip Kotler. “Dirección de mercadotecnia.” Prentice Hall. (1996). Pag. 30.

³⁵ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 3

³⁶ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 3

Es así que entendemos como demanda a los “deseos humanos respaldados por el poder de compra”³⁷ o dicho de otro modo, “la búsqueda de productos o servicios que se adecuen a nuestros recursos”³⁸.

Segmentación

Identificar las diferencias en las necesidades de los compradores y en el comportamiento de compra, aplicando un criterio de clasificación para establecer un mercado meta para la organización o empresa.³⁹

“Segmentar es identificar expectativas homogéneas de satisfacción.”⁴⁰

Posicionamiento

“Constituye el resultado de acciones de comunicación tendientes a “marcar” la mente del consumidor. Se refiere a la ubicación del producto o servicio en la subjetividad de los probables clientes.”⁴¹

Dicho de otra manera, es “el lugar que ocupa el producto en la mente de los clientes en relación con los productos de la competencia.”⁴²

Mercado y mercado meta

“El mercado puede entenderse como el lugar en el cual los vendedores y compradores se reúnen para trocar bienes y servicios.”⁴³

Hay 3 factores a tener en cuenta:

- Las personas u organizaciones
- Su poder adquisitivo
- Su comportamiento de compra

Kotler establece varios tipos de mercados:

- Potencial: Consumidores que manifiestan interés por un producto o servicio pero que no son consumidores activos y reales del mismo.
- Existente: Consumidores que tienen interés, ingreso y acceso a un producto o servicio.
- Calificado: Consumidores que tienen interés, ingreso, acceso y calificaciones (condiciones restrictivas de compra) para un producto o servicio.

³⁷ Philip Kotler y Gary Armstrong. “Marketing.” Pearson Educación. (2001). Pag. 3

³⁸ Mónica Coria, Guillermo Testorelli y Miguel Vicente. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 1. “Conceptos clave acerca del marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 32.

³⁹ Lucio E. González Bravo. “Marketing Competitivo.” Editorial de Belgrano. (1997). Pag. 92 y 93.

⁴⁰ Mónica Coria, Guillermo Testorelli y Miguel Vicente. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 1. “Conceptos clave acerca del marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 33.

⁴¹ Mónica Coria, Guillermo Testorelli y Miguel Vicente. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 1. “Conceptos clave acerca del marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 38.

⁴² Lucio E. González Bravo. “Marketing Competitivo.” Editorial de Belgrano. (1997). Pag. 100.

⁴³ Lucio E. González Bravo. “Marketing Competitivo.” Editorial de Belgrano. (1997). Pag. 90.

- Atendido: Mercado calificado que se decide abarcar o atacar.
- Penetrado: Serie de consumidores que ya han comprado el producto o servicio.

Otros autores utilizan otras denominaciones para mercado atendido, llamándolo mercado meta o mercado objetivo.

Investigación de mercado

La investigación de mercados “es una técnica que permite extraer información específica relacionada con un problema u oportunidad, el cual la empresa desea corregir o aprovechar según sea el caso, y tendrá como antecedente la validez y confiabilidad de la información para tomar decisiones acertadas.”⁴⁴

Esta herramienta resulta vital para el desempeño exitoso en el mercado en que se desarrolla el producto o servicio.

Esta información se obtendrán a través de procesos sistemáticos que definen el alcance en términos cognitivos (conocimiento, recordación), afectivos (sentimientos) y comportamentales (actitudes, preferencias, compra).

Las investigaciones de mercados pueden mostrar los datos recopilados tanto en forma cualitativa como cuantitativa, según la necesidad de la empresa.

Diferenciación

Según Porter, “una empresa se diferencia de sus competidores si puede ser única en algo que sea valioso para los compradores.”⁴⁵

Mientras que para un producto la diferenciación pasa por sus características, desempeño, cumplimiento de las especificaciones, durabilidad, confiabilidad, capacidad de reparación, estilo y diseño; para una imagen, se trata de transmitir características distintivas que posean una fuerza emocional que apele tanto a los sentimientos como a la conciencia del público.

Ventaja competitiva

“Ser competitivos significa tener capacidad, recursos y disposición para producir más valor a los destinatarios de la oferta y, por supuesto, a la propia empresa, a través de mayores soluciones, beneficios, ventajas y satisfacciones de interés recíproco. Competir es aspirar entre varios interesados a un mismo objetivo, que, para el caso de los negocios, tiene por significado captar demandas, preferencias y volúmenes de ventas, con rentabilidad y en mejores condiciones que las de otras ofertas competitivas”⁴⁶.

⁴⁴ Miguel Innecco. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 6. “Investigación de mercados.” Editorial Norma. (2005). Pag. 130.

⁴⁵ Michael Porter. “Ventaja competitiva.” Editorial CECOSA. (1988). Capítulo 4.

⁴⁶ Jorge Stern. “Las claves del marketing actual.” Capítulo 8. “Competitividad y Marketing.” Editorial Norma. (2005). Pag. 160.

Es por ello que es importante destacar una ventaja que otro competidor no posee y explotarla para hacer que nuestro producto o servicio sea más competitivo y sea elegido por el mercado meta por poseer esta ventaja diferencial.

IMS

Se trata de una consultora con presencia local e internacional que audita a la industria farmacéutica. Es un proveedor líder de información, servicios y tecnología para la industria de la salud, que abarca los mercados en más de 100 países de todo el mundo.

Brinda datos relacionados con el análisis del mercado farmacéutico, referido a lo que hace el sector en la salud en cuanto a la compra y venta de medicamentos, dando soluciones integradas para optimizar la eficacia comercial para la toma de decisiones.

Se basa en una auditoría de ventas tanto de salida de los laboratorios como de droguerías. Extrae información de las droguerías para saber qué compran las farmacias de retail (venta por menor), para conocer el hábito de compra de las farmacias y el producto de ese relevamiento se traduce en bases de datos que miden tendencias de consumo, performance por producto, por laboratorios, principios activos (drogas) o clase terapéutica.

No es la única empresa que audita este mercado. CID Latina es la competencia de IMS.

Market Access

En los últimos años, comenzó a instalarse dentro de las empresas farmacéuticas el Market Access o las Relaciones Institucionales, una figura que nace como consecuencia de cambios socio-económicos y a todos los cambios que se vienen produciendo en la salud.

Estos cambios importantes y constantes hacen que aparezcan nuevas figuras en la comercialización de los medicamentos. Se trata de los decisores, cuya responsabilidad es, entre muchas otras, la de optimizar la adquisición de medicamentos a fin de disminuir el gasto por receta médica sin mermar la atención al paciente.

Market Access se relaciona a través de los diferentes stakeholders como instituciones, hospitales, obras sociales y entidades de gobierno, procurando que, a través de ellos, el acceso a la salud tenga mayor cobertura.

Antes, el interlocutor era básicamente el médico y a él se le dirigían todas las campañas de marketing. Esto ha cambiado radicalmente en la actualidad donde el cliente-paciente comienza a cobrar mayor importancia a la hora de definir las estrategias de marketing.

Los laboratorios farmacéuticos están diseñando estrategias de acercamiento a estos nuevos clientes, y una de ellas es la creación de unidades que, bajo distintas denominaciones, son las encargadas de conseguir que los productos estén en el mercado en las mejores condiciones.

Market Access o Relaciones Institucionales son entonces, las que deben velar para que el medicamento esté disponible en el mercado de forma fluida, sin impedimentos, y para todos los profesionales involucrados en el ciclo de prescripción/dispensación.

Análisis de Situación e Investigación

Para determinar si la hipótesis de este trabajo es correcta, es necesario indagar a las personas involucradas con la salud, dejando de lado los eventuales beneficios que se puedan obtener, para tener una mirada más objetiva y real de la situación.

Para ello se realizó una investigación de mercado con stakeholders con las siguientes características:

- Población: Médicos y colaboradores de la salud interesados y/o preocupados por la salud de la población.
- Muestra: 10 médicos y 10 personas relacionadas con el tema (empleados de farmacias, enfermeros, personas que trabajan en la industria farmacéutica).
- Tipo de investigación: Cualitativa – Cuantitativa
- Técnica: Entrevistas en profundidad / Cuestionarios
- Instrumentos: Guía de entrevista con preguntas no estructuradas / Cuestionario con preguntas (likert).

En el cuestionario con preguntas (likert) se indagó sobre las siguientes incógnitas:

¿Cuan importante cree que es el rol de la industria farmacéutica en el bienestar de la sociedad?

¿Puede seguir siendo rentable el negocio farmacéutico si se aplica una política involucrada en la mejora de la salud de la población?

¿Se pueden generar ventajas competitivas generando mayor acceso a la salud?

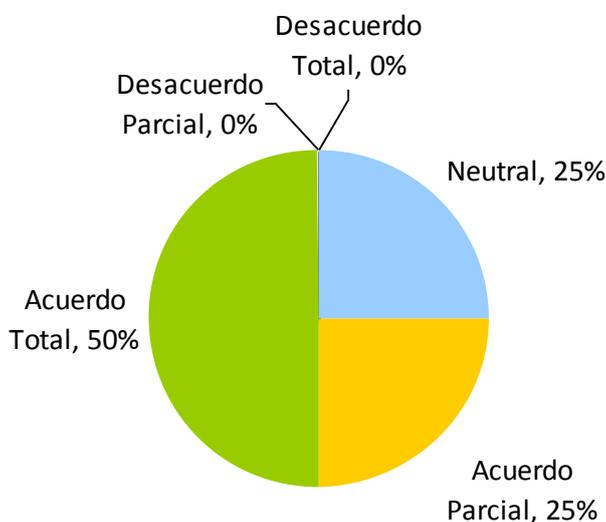
¿Puede un laboratorio funcionar como una institución que ayude a generar mayor acceso a la salud?

¿El mercado farmacéutico puede crecer si el acceso a la salud se incrementa?

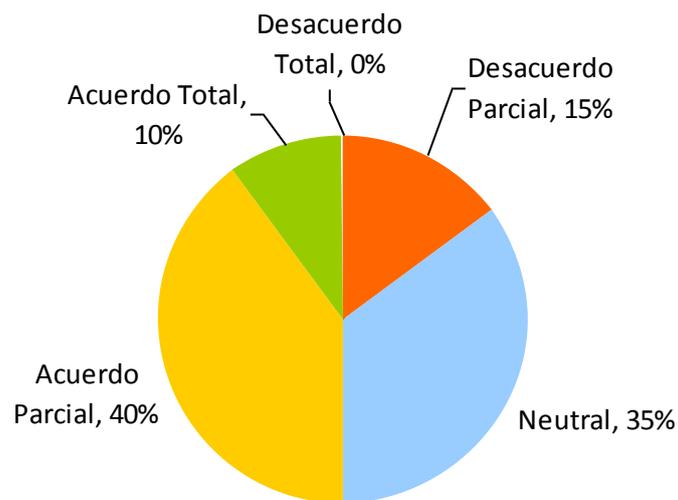
¿Qué implicancias tendrá en el crecimiento del país al mejorar la calidad de vida de la población?

Y develó los siguientes resultados:

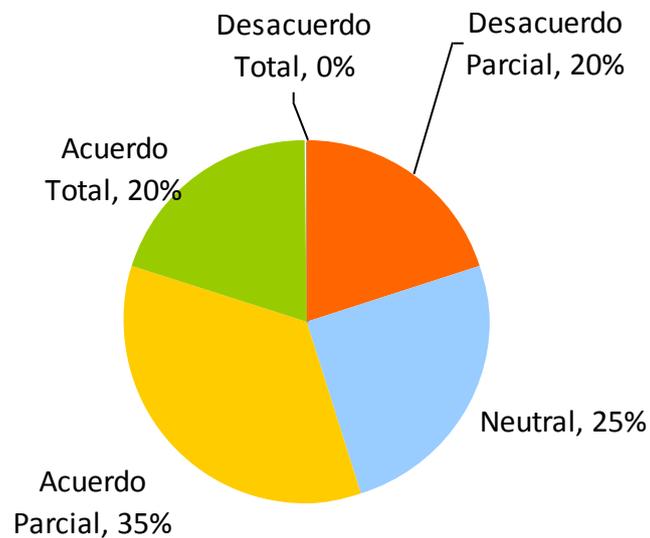
1. El rol de la industria farmacéutica es fundamental para el bienestar de la sociedad



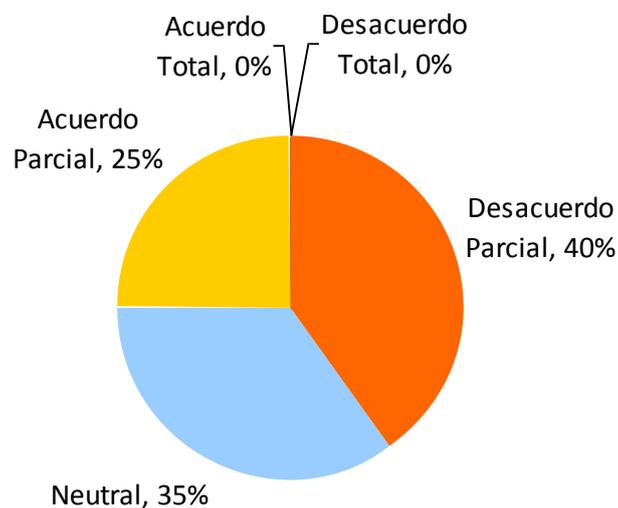
- El negocio farmacéutico puede seguir siendo rentable si se aplica una política involucrada en la mejora de la salud de la población



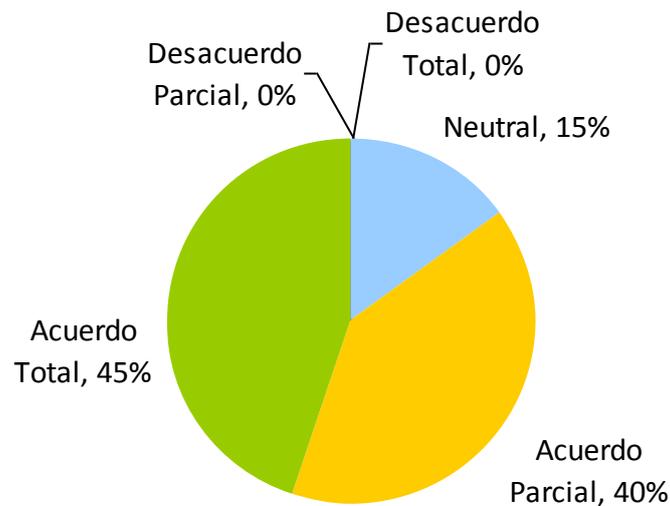
- Se pueden generar ventajas competitivas generando mayor acceso a la salud



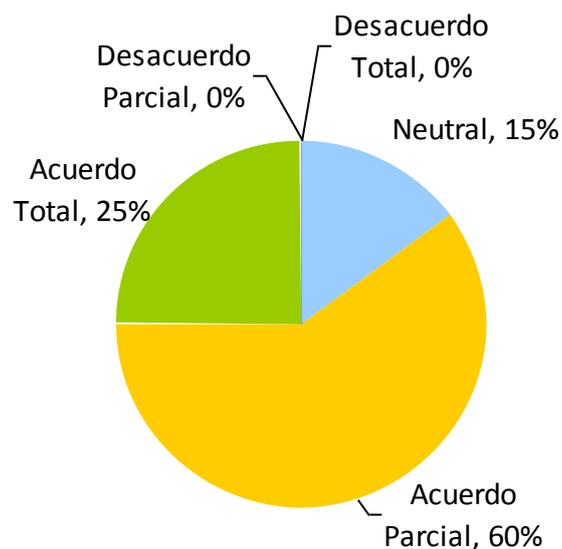
- Un laboratorio podría funcionar como una institución que ayude a generar mayor acceso a la salud



5. El mercado farmacéutico puede crecer si el acceso a la salud se incrementa



6. Mejorar la calidad de vida de las personas repercute directamente en el crecimiento del país



En las entrevistas en profundidad se realizaron intercambios de ideas respecto a cómo los laboratorios pueden funcionar para poder generar mayor acceso a la salud.

De allí surgieron ideas como:

El rol de los laboratorios como "educadores"

Un ejemplo de esto implica educar en las universidades a los futuros médicos a fin de brindar alternativas para que mayor cantidad de personas puedan acceder a la salud. Los médicos funcionarían como agentes de derivación a entidades que puedan resolver los problemas puntuales de cada paciente. Incluso, se habló de la posibilidad que los mismos laboratorios esponsoreen cátedras de materias en las universidades, para poder implementar este tipo de educación en los médicos.

En otros casos, muchos laboratorios se asocian con universidades para sustentar los proyectos de I&D⁴⁷. Los laboratorios proveen soporte financiero y gestionan la investigación mientras que las universidades proporcionan formación y el apoyo a los investigadores y coordinadores de investigación para garantizar que cada centro tenga la capacidad, la experiencia y la infraestructura para llevar a cabo desde las primeras pruebas hasta su comercialización. De esta manera, los estudiantes tendrían una formación activa y real en este campo.

Centros de salud en lugares con pocos recursos

Se habló sobre la posibilidad de que los laboratorios creen centros de salud en lugares de pocos recursos donde el gobierno no tiene llegada y allí puedan promocionar sus productos. Centros patrocinados por laboratorio donde sus productos sean los entregados a pacientes de bajo poder adquisitivo. De allí se derivó la idea que los médicos que trabajan en esos centros de salud, promocionarán los productos de ese laboratorio más allá de los pacientes con pocos recursos dado que los médicos no solo atienden pacientes en esos centros sino que tienen pacientes particulares y se comunican con otros profesionales de la salud, quienes, al ver que el laboratorio se involucra con pacientes con estas características, fidelizará a estos médicos y serán sus voceros en otros lugares que le puede retornar de alguna manera al laboratorio la inversión realizada en los centros de salud.

Centros de atención y derivación telefónica

Uno de los temas que se tocaron es la asistencia psicológica y acompañamiento no solo a los pacientes, sino también a los familiares de los mismos cuando sufren alguna enfermedad. Para ayudar a los pacientes y sus familias, los laboratorios podrían crear un centro de atención telefónica, para brindar todo tipo de asistencia y ayudarlos a resolver inconvenientes, conseguir medicamentos y ofrecer atención psicológica que ayuden a sobrellevar la enfermedad del paciente. Esto solo implica tener un call center y médicos en los laboratorios que puedan atender este tipo de necesidades. Hoy por hoy, los laboratorios cuentan con call centers y médicos pero no están enfocados para este tipo de experiencias sino que están enfocados para la venta y reposición de productos vencidos o problemas de mala aplicación de productos (farmacovigilancia). La idea es utilizar los mismo recursos con que hoy cuentan los laboratorios y orientarlos hacia una acción más social. Esto incrementará la fidelidad de los pacientes hacia las marcas del laboratorio y de los mismos médicos que saben que detrás de una receta, encuentran además un aval y protección que no todos los laboratorios están dispuestos a dar.

Centros de atención ambulatoria y móviles

Uno de los casos que los entrevistados nos cuentan como ejemplo, es el de los centros de atención ambulatoria móviles.

Consiste en un camión con acoplado que en su interior transporta consultorios y equipamiento de diagnóstico que recorren diferentes pueblos, sobre todo, en la provincia donde no existen centros de atención gratuita. Muchos de estos camiones son del gobierno y algunos son patrocinados por empresas farmacéuticas.

Este tipo de metodología refleja la posibilidad de que los profesionales de la salud actúan cada vez más cerca de las personas que necesitan atención médica. En este sentido, la idea de las clínicas

⁴⁷ Ver anexo 2. Peter Mansell. "Clinical News." Bookmark and Share . (December 16, 2010)

móviles es uno de los factores de motivación para los profesionales de la salud y los pacientes para tomar el compromiso de hablar de los laboratorios que realizan este tipo de prácticas.

Además, este tipo de acciones ayuda llevar la información para la prevención de enfermedades y el tratamiento de patologías crónicas a las personas que tienen poco o ningún acceso a la salud, siendo un valioso apoyo en este sentido.

Es importante destacar que si el médico diagnostica que alguno de estos pacientes tiene un problema más grave que no puede ser atendido en este centro ambulatorio, le recomendará concurrir al puesto de salud más cercano, derivándolo bajo instrucciones para que pueda recibir una atención adecuada. La virtud de estos centros tiene que ver con que funcionan detectando precozmente enfermedades en lugares que no cuentan con centros de salud cercanos.

En general este tipo de prácticas cuando son realizadas por laboratorios, patrocinan marcas en particular y no tienen continuidad en el tiempo, solucionan esta carencia en forma temporal y están enfocados a las necesidades del negocio a corto plazo.

Conclusiones

En líneas generales, los entrevistados demostraron interés por la temática plateada pero se mostraron escépticos respecto a si esta nueva cultura empresarial puede ser aplicada en la realidad.

Existe una falta de credibilidad respecto a si los laboratorios están dispuestos a tomar un rol activo sobre las problemáticas sociales teniendo en cuenta los riesgos y tiempos para ver reflejado el retorno de la inversión en este tipo de actividades que son pensadas a largo plazo.

Para ello es necesario trabajar además sobre la cultura empresarial para enfocarla al marketing social, rompiendo los paradigmas actuales.

La conciencia social es uno de los pilares donde médicos y agentes relacionados con la salud basan su trabajo pero muy pocos pueden creer que las empresas tomen estos valores como una de sus prioridades.

La industria farmacéutica y en particular los medicamentos de venta libre, suelen apuntar a un target NSE alto (ABC1) o, en su defecto, algunos productos están enfocados a la clase media pero las clases más bajas no suelen tener acceso a estos medicamentos por sus posicionamiento de precios y la falta de cobertura y recomendación en los centros de atención gratuita del gobierno.

Por otra parte, la estrategia en los medicamentos de venta bajo receta tiende a funcionar alrededor de los convenios con el gobierno y las obras sociales. Esto hace que las clases sociales más bajas queden excluidas en gran medida de este mercado por posicionamiento de precio o por falta de cobertura médica.

Es así como se detecta la oportunidad de ampliar el mercado farmacéutico a través de acciones que incluyan a estas clases sociales.

Hoy nos encontramos frente a nuevo paradigma, ya no se le habla a los consumidores para que escuchen en una sola dirección sino que existe un diálogo ida y vuelta. Quienes recomiendan los productos no solo esperan una promesa sino que se involucran a medida que ven que del otro lado de la marca hay un compromiso.

La cuestión ronda en entender el rol de los recomendadores (médicos y farmacéuticos) y cómo la atención de este segmento puede generar un crecimiento. Quién capte este segmento de la población generará una diferenciación frente a la competencia.

Recomendaciones

Se debería abordar un plan a mediano y largo plazo donde se pudieran implementar las ideas surgidas de la investigación ya que es evidente que existe la posibilidad de que los profesionales de la salud se involucren más activamente, acercándose cada vez más a las personas e involucrándose con los laboratorios, que apoyen acciones en los pacientes de más bajos recursos.

Hay que tener en cuenta que todas estas acciones no podrán desarrollarse sin un plan donde esté involucrado un departamento de Market Access que se relaciona con los diferentes stakeholders como instituciones, hospitales y entidades de gobierno, para que, a través de ellos, pueda ser participe en las diferentes acciones donde no está solo involucrado el laboratorio que decida tomar este camino, sino que cuente con el apoyo y cooperación en todos los grupos anteriores.

Para ello, nos enfocaremos en un plan basado en 3 pilares: Educación, Salud y Cultura Interna.

Pilar de la educación

La Argentina exhibe una de las mayores proporciones de médicos por habitante del mundo. De acuerdo con el estándar de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), las únicas provincias argentinas con déficit de profesionales médicos son Formosa y Tierra del Fuego. En 1998 teníamos 108.000 médicos, un 22,5% más que en 1992. El promedio anual de egresados entre 1986 y 1996 fue de 12.000 médicos en un país 10 veces menos poblado que los Estados Unidos, donde se forman 16.000 profesionales por año.

Frente a los números considerados mundialmente como óptimos (750 a 1.000 habitantes por médico), en ciudades como La Plata alcanza a menos de 100 habitantes por médico.

Según datos del Ministerio de Educación de la Nación⁴⁸, en 2010 existían 85.000 estudiantes activos en la carrera de Medicina en el total de las Universidades del país.

	Universidades estatales			Universidades privadas		
	Estudiantes	Nuevos inscriptos	Egresados	Estudiantes	Nuevos inscriptos	Egresados
Medicina	61.774	11.654	4.616	9.752	1.842	933

El 86% de los estudiantes de medicina estudian en Universidades Públicas donde, las que cuentan con mayor cantidad son: La Universidad de Buenos Aires con 28.952 alumnos, seguida por la Universidad de Rosario con 9.220 estudiantes, Córdoba con 5.804, La Plata con 4.888 y Tucumán

⁴⁸ Ministerio de Educación de la Nación. "Anuario de estadísticas Universitarias" (2010).

3.069 alumnos; lo que significa que el 73% de la población universitaria de la carrera de medicina está distribuida en estas 5 universidades.

En base a las sugerencias y resultados de la investigación, se comenzará a trabajar en estas 5 facultades participando en programas dentro de las cátedras de medicina como Salud Mental, Bioética o materias relacionadas con la importancia de una relación médico-paciente centrada en la persona, para dar una educación integral respecto a la salud.

Esta participación puede generar contenidos donde se ayude a los alumnos a entender las necesidades de los pacientes más allá de las patologías, también ayudándolos a transitar enfermedades crónicas o terminales, teniendo en cuenta tanto al paciente en sí como a sus familiares.

También se pueden organizar charlas con speakers y referentes en este tipo de acciones de contención a pacientes para brindarle a los alumnos contenidos adicionales al programa básico de la facultad, siendo éstas charlas extracurriculares.

Uno de los grandes problemas que tienen los laboratorios hoy en día es que no se cuentan con la infraestructura y el presupuesto necesario para desarrollar nuevos productos dado que los proyectos de investigación y desarrollo suelen demorar por lo menos 10 años y conllevan grandes gastos para un resultado a largo plazo en cuanto a el retorno de la inversión.

Es por ello que una empresa puede participar dando soporte financiero para emprendimientos de Investigación y Desarrollo a las facultades donde las mismas gestionen estos trabajos para que los alumnos no solo se capaciten sino que también puedan aprender trabajando “in situ” en centros de I&D. Los mismos desarrollos darán sus frutos en 10 años cuando pasen todas las etapas de investigación para poder concertar los resultados y de esta manera poder contar, por ejemplo, con nuevos productos que puedan lanzarse al mercado bajo la marca del laboratorio auspiciante. Este tipo de acciones hacen bajar los costos de la empresa ya que la mano de obra va a cargo de las universidades y no es un costo fijo que exista dentro de la estructura de la misma.

Como resultado, los egresados de estas universidades serán los futuros recomendadores de los productos del laboratorio debido a haber estado involucrados desde su formación y participado activamente de los proyectos del mismo laboratorio. ¿Quiénes mejor que ellos que fueron parte de todo esto conocerán mejor los productos y la calidad de este laboratorio?

Pilar de la Salud

Para acercarnos más directamente a los médicos que han sido formados y que son los actuales recomendadores de los productos, se desarrollará un plan donde el objetivo comience por alcanzar aquella porción del mercado que está desatendida, que no pueden tener acceso a la salud y que son una preocupación por parte de los médicos más involucrados con la conciencia social.

Por un lado, los pacientes se fidelizarán al recibir una atención con la que hasta ahora no podían contar y por el otro, los médicos también se fidelizaran al ver que el laboratorio demuestre que tiene esa misma preocupación por las clases más afectadas y desprotegidas desde el punto de vista de la sanidad.

Es así que a través del relacionamiento que se pueda generar por medio de Market Access, se generaran alianzas con el gobierno para poder participar en la creación de hospitalitos y centros de salud cercanos a lugares donde no cuentan con hospitales. Pueden ser lugares remotos o simplemente sitios carenciados.

El laboratorio podrá participar desde la compra de instrumental o materiales de la construcción hasta generando charlas de capacitación para los médicos que allí trabajen.

Estos mismos médicos serán quienes además atiendan en otros centros de salud y por lo tanto, al sentir que el laboratorio está trabajando alineado a sus principios y valores, recomendará sus marcas a otros pacientes más allá de los centros de salud donde el laboratorio participará en su creación.

Es decir, no solo el laboratorio podrá funcionar como una institución que ayude a generar mayor acceso a la salud sino que además fidelizará a los médicos que allí trabajen para que recomienden sus productos a otros pacientes por fuera de estos centros de salud.

Otra manera de participar en lugares donde no se pueda contar con alianzas estratégicas con el gobierno, podrá ser creando centros móviles ambulatorios. Estos centros ambulatorios serán 100% propiedad del laboratorio y podrán ir rotando por diversas localidades bajo un cronograma de visitas a cada lugar.

Aquí atenderán médicos contratados por la misma empresa pero la atención será exclusiva con productos del laboratorio.

Este tipo de atención será más básica pero servirá para llevar información a cerca de la prevención de enfermedades, detección de enfermedades de pacientes que no son tratados por no tener acceso a la salud y para el tratamiento de patologías crónicas, siendo un valioso apoyo en este sentido. Si el médico diagnostica que alguno de estos pacientes tiene un problema más grave que no puede ser atendido en este centro ambulatorio, le recomendará concurrir al puesto de salud más cercano, derivándolo bajo instrucciones para que pueda recibir una atención adecuada.

En este caso, lo más valioso será el WOM⁴⁹ que generará al ser participante activo de la salud de toda la población. Profesionales y pacientes verán esta acción y comentarán al respecto de los beneficios y el apoyo que el laboratorio dará a la comunidad local.

Pilar de la Cultura Interna

Según Alberto Levy⁵⁰, el pilar de la cultura es parte de núcleo central de la metodología del desarrollo competitivo de la empresa y es el “modo de vivir” que surge de las creencias, valores, hábitos y clima de la organización. Esta cultura forma parte de una visión compartida y comprometida por los integrantes de la misma basada en el aprendizaje y el conocimiento colectivo.

Es por ello que para que la empresa pueda involucrarse con el objetivo de este emprendimiento, debe comprometerse y valorar estos nuevos objetivos centrados en la innovación en cuanto a la nueva manera de ver el mercado y quienes utilizan sus productos.

Allí se debe trabajar para generar este compromiso a largo plazo. Para ello se tomarán diferentes acciones que involucren a todos los empleados de la empresa por igual.

Se capacitará en base a entender que la industria farmacéutica es un sector estratégico para la mayoría de los países desarrollados, debido a su participación en el PBI, la cantidad de empleos que genera, sus aportes a la investigación, su vinculación con la ciencia y la tecnología, y las implicancias sociales relacionadas con el cuidado de la salud y las mejoras de la calidad de vida de la población.

Se realizarán cursos de RSE para que los empleados comprendan la importancia de tener una visión del negocio que integre la gestión de la empresa, teniendo en cuenta el respeto por los valores y principios éticos y la comunidad.

Se detallará en estos cursos cómo las acciones que realiza la empresa impactan en la comunidad y el bienestar de todos, como esto puede generar un bienestar a la población y la nación en general más

⁴⁹ Word of Mouth o Boca a oído, se basa en la credibilidad adicional que da la comunicación de persona a persona sobre un hecho real y una recomendación personal.

⁵⁰ Alberto Levy “Desarrollo competitivo y dinámica de los sectores industriales.” (2010)

allá del negocio particular en que se desarrolle su actividad. Además de comprender que las empresas se rigen por un conjunto de valores, cuya inexistencia en otras, marca un notable rango de competitividad y por lo tanto, las actividades planteadas pueden generar un diferencial frente a la competencia.

A medida que se desarrollen los temas, se realizarán actividades de voluntariado relacionados con las acciones que está realizando la empresa, desde participar en la construcción de los centros de atención médica, colaborar con los pacientes que allí concurren, contar experiencias en las universidades, y todo tipo de actividad voluntaria que colabore con las acciones puntuales que se estén desarrollando en ese momento.

Las idea general es capacitar en la importancia de lo que está realizando al empresa en cuento al impacto en el bienestar social y aplicar estos conocimientos en el campo.

Paralelamente a este trabajo en la cultura de la empresa, se incorporará un equipo especializado en atención al paciente donde se recibirán llamadas para ofrecer asistencia psicológica y acompañamiento no solo a los pacientes sino también a los familiares de los mismos cuando transcurren a través de alguna enfermedad.

Esto incrementará la fidelidad de los pacientes hacia las marcas del laboratorio que le dará un beneficio adicional y diferencial frente a la competencia, y de los mismos médicos que saben ofrecen.

Plan de acción

En base a lo detallado anteriormente, se realiza el siguiente marketing plan detallando la inversión y el mix necesario para cumplir con las diferentes etapas de esta acción.

	Ene	Feb	Mar	Abr	May	Jun	Jul	Ago	Sep	Oct	Nov	Dic	Inversión	%Peso TotalPilar	%Peso TotalInv
Educación en Universidades													1.350.000	100%	13%
- Participación en cátedras													200.000	15%	2%
- Charlas on speakers													150.000	11%	1%
- Acuerdos & D													1.000.000	74%	10%
Centros de Salud													8.500.000	100%	84%
- Hospitalitos													5.000.000	59%	49%
- Centros móviles													3.500.000	41%	35%
Acciones Internas													255.000	100%	3%
- Capacitación en RSE													30.000	12%	0%
- Voluntariado													45.000	18%	0%
- Atención al paciente													180.000	71%	2%
													10.105.000		100%

Para tener una visión a largo plazo, se detalla la inversión necesaria para los próximos 10 años donde la misma se divide en 2 etapas, la primera de construcción y desarrollo del plan y la segunda de mantenimiento del mismo.

Se toma un período de 10 años por ser el tiempo necesario para desarrollar el pilar de la educación, donde se pueda ver que hay un porcentaje de egresados que puedan ser los recomendadores del producto; para que se puedan construir y desarrollar varios centros de salud que sean relevantes para incrementar el acceso a la salud; y que haya pasado el tiempo de transición para poder cambiar el pilar de la cultura de una empresa.

Primera etapa: Construcción

1ra Etapa	Año 1	Año 2	Año 3	Año 4	Año 5	Total Inversión
Educación en Universidades	1.350.000	1.687.500	2.109.375	2.636.719	3.295.898	11.079.492
Centros de Salud	8.500.000	10.625.000	13.281.250	16.601.563	20.751.953	69.759.766
Acciones Internas	255.000	318.750	398.438	498.047	622.559	2.092.793
Inversión	10.105.000	12.631.250	15.789.063	19.736.328	24.670.410	82.932.051

Segunda etapa: Mantenimiento

2da Etapa	Año 6	Año 7	Año 8	Año 9	Año 10	Total Inversión
Educación en Universidades	4.119.873	5.149.841	6.437.302	8.046.627	10.058.284	33.811.927
Mantenimiento de Centros de Salud	6.484.985	8.106.232	10.132.790	12.665.987	15.832.484	53.222.477
Acciones Internas	0	933.838	0	1.400.757	0	2.334.595
Inversión	10.604.858	14.189.911	16.570.091	22.113.371	25.890.768	89.368.999

ROI (Return of investment)

Académicamente la fórmula del ROI está diseñada para indicar el beneficio obtenido de una inversión, y materialmente se expresa de la siguiente manera:

$$\text{ROI} = (\text{beneficio obtenido} - \text{inversión}) / \text{inversión}$$

Es decir, al beneficio obtenido de una inversión se le resta el costo de dicho gasto realizado. Luego, eso lo dividimos entre el costo de la inversión, y el resultado es el ROI.

Si bien en algún momento podrían asignarse los valores numéricos, la realidad es que, para este caso, los intangibles siempre serán complicados de cuantificar.

Tengamos en cuenta también que los beneficios obtenidos en cada año también son resultado de las acciones realizadas por los departamentos de marketing de cada unidad de negocios, lo que dificulta medir qué porcentaje de esos beneficios provienen de esta acción que planteamos y no simplemente de las acciones de marketing por producto.

Ahora ¿es posible medir el ROI para los intangibles? La respuesta es que tarde o temprano hay que volver cuantitativos los valores cualitativos, y una manera común de hacerlo es definir índices que permitan acercarse a ello. La realidad es que este tipo de casos aplica un proceso de sinergia, en donde uno más uno no suman dos, sino tres; y esto es porque la alineación verdadera de las áreas de una empresa con la estrategia de la misma crea un valor mayor que el medido por los números.⁵¹

Además, tengamos en cuenta que la estrategia planteada y su plan de acción verá sus beneficios a largo plazo por lo que será difícil poder hacer un seguimiento y evaluación de retorno a corto plazo.

Por último, hay que aclarar que tratar de medir el ROI que involucra a una compañía, puede resultar una tarea imposible de realizar de un sólo golpe; no obstante, es factible hacerlo con cada práctica y ejecución, aunque hay que señalar que es imprescindible haber fijado objetivos definidos y contar

⁵¹ Revista Equilibrio Nro. 51. "El retorno de la inversión en la responsabilidad social" (Noviembre 2012).

con Key performance Indicators (KPIs) que nos ayudarán a saber si las acciones realizadas lograron lo que se había planteado desde un inicio.

En síntesis

En base a este trabajo podemos decir que el negocio farmacéutico, si se aplica una política involucrada en la mejora de la salud de la población, puede seguir siendo rentable y generar ventajas competitivas si hace foco en el mayor acceso a la salud de la población.

La empresa que decida implementar estas recomendaciones podría funcionar de alguna manera como una institución y así generar mayor acceso a la salud.

Como se menciona anteriormente, es difícil poder medir el ROI pero es evidente que las acciones llevadas a cabo mostrarán beneficios adicionales a la empresa a mediano y largo plazo siempre y cuando se determinen KPIs que determinen objetivos de performance más a corto plazo y se desarrolle un seguimiento del cumplimiento de estos KPIs .

Esta estrategia y plan de acción no solo incrementarán los ingresos de la empresa sino que serán los impulsores de crecimiento del mercado y harían crecer el PBI del país debido al peso que representa la industria en el mismo.

El desafío será encontrar una empresa dispuesta a comprometerse, tomando conciencia de la importancia que representa la industria farmacéutica en los niveles de crecimiento del país y en la mejora de la salud de la población.

Bibliografía

- Philip Kotler y Gary Armstrong. "Marketing." Pearson Educación. (2001).
- Philip Kotler. "Dirección de mercadotecnia." Prentice Hall. (1996).
- Philip Kotler y Eduardo L. Roberto. "Marketing social: Estrategias para cambiar la conducta pública." Ediciones Díaz de Santos. (1992).
- Jorge Volpentesta. "Gestión de la Responsabilidad Social Empresaria." Editorial Buyatti Librería. (2009).
- Juan José Almagro, José Antonio Garmendia e Isabel de la Torre. "Responsabilidad Social. Una reflexión global sobre la RSE". Prentice Hall. (2010).
- Lucio E. González Bravo. "Marketing Competitivo." Editorial de Belgrano. (1997).
- Jorge Stern, Guillermo Testorelli, Miguel Vicente, Jorge Rubinsztein y otros. "Las claves del marketing actual." Editorial Norma. (2005).
- Michael Porter. "Ventaja competitiva." Editorial CECSA. (1988).
- Alberto Levy. "Desarrollo competitivo y dinámica de los sectores industriales." (2010).

Otras fuentes

- BDO Becher y Asociados S.R.L. Auditores y Consultores. "Reporte sectorial. Año 1 N°2. Laboratorios e industria farmacéutica." (2008).
- Revista Fortune. "Ranking Global 500." (2008).
- Ministerio de Salud de la Nación. Indicadores básicos. (2010).
- INDEC. 2009 / 2010
- Auditoría IMS Health. Agosto 2012.
- Peter Mansell. "Clinical News." Bookmark and Share . (December 16, 2010)
- Ministerio de Educación de la Nación. "Anuario de estadísticas Universitarias." (2010).
- Revista Equilibrio Nro. 51. "El retorno de la inversión en la responsabilidad social" (Noviembre 2012).

Tutor

Domingo Osvaldo Gutiérrez

Datos personales

Fecha y lugar de nacimiento: 7 de marzo de 1942 en Lobería, Provincia de Buenos Aires.

Nacionalidad: Argentina.

Estado civil: Casado (3 hijos).

Título

Médico.

Otorgado por la Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires.

Fecha de obtención: 24 de Febrero de 1969.

Matrícula Nacional N° 35.026

Antecedentes en la industria farmacéutica

Laboratorio Roussel

ASESOR MEDICO desde marzo de 1975 a marzo de 1982

Laboratorio Merieux

JEFE DEL DEPARTAMENTO MEDICO desde abril de 1982 a setiembre de 1982.

Laboratorio Gerardo Ramón y Cía.

ASESOR MEDICO desde octubre de 1982 a marzo de 1990.

GERENTE DE LINEA OTC desde abril 1990 hasta febrero de 1994

GERENTE GENERAL OTC Pharma – División OTC de Gerardo Ramón y Cia.

desde marzo de 1994 hasta febrero de 1996.

Laboratorio Gramon – Sanofi

GERENTE DE MARKETING desde marzo de 1996 hasta febrero de 1997

Laboratorio Gerardo Ramón y Cía.

GERENTE COMERCIAL desde marzo de 1997 hasta abril de 1999

DIRECTOR MEDICO desde mayo de 1999 hasta setiembre de 2011

Laboratorio Gramón Millet (Grupo Roemmers)

DIRECTOR MEDICO desde octubre de 2011 hasta la actualidad

Antecedentes en medicina asistencial

Servicio de Guardia del Hospital Municipal de Vicente López “Dr. Bernardo Houssay”

PRACTICANTE EXTERNO – Desde Marzo de 1966 a Marzo de 1967

PRACTICANTE MENOR, rentado, por Concurso – Desde Abril de 1967 a Febrero de 1968.

PRACTICANTE MAYOR, rentado, por Concurso – Desde Marzo de 1968 a Febrero de 1969

Servicio de Clínica Médica del Hospital Municipal de Vicente López “Dr. Bernardo Houssay”

RESIDENCIA COMPLETA EN CLÍNICA MÉDICA, por concurso, rentado durante 3 años, con rotación por diversos Servicios de especialidades afines y 3 meses de rotación en la Unidad Coronaria del Hospital Italiano de Buenos Aires – Desde Marzo de 1969 a Abril de 1972.

MÉDICO CONCURRENTE, desde Mayo de 1972 hasta setiembre de 1976.

Consultorio Privado

Desde 1972 hasta 1995, ejercicio de la medicina privada en mi consultorio de Clínica Médica.

Antecedentes Docentes Universitarios

Unidad Docente “X” del Hospital Municipal de Vicente López “ Dr. Bernardo Houssay”

AYUDANTE 1º honorario, de Medicina I, desde Abril de 1972 hasta Febrero de 1973.

AYUDANTE 1º honorario, de Medicina I, desde Marzo de 1987 hasta Febrero de 1988.

AYUDANTE 1º honorario, de Medicina II, desde Setiembre de 1975 hasta Febrero de 1976.

JEFE DE TRABAJOS PRÁCTICOS de Medicina II, rentado, por concurso, desde marzo de 1974 hasta marzo de 1975

Trabajos científicos

- “Correlación anatomoclínica de las arritmias supraventriculares en el infarto agudo de miocardio”. Con el Dr. José R. Leguizamón, en colaboración. Presentado en el IXº Congreso Argentino de Cardiología, 1971
- “Tumores malignos de los conductos biliares extrahepáticos”, con el Dr. Hipólito J. Waisman, en colaboración.- 1980
- “Evaluación terapéutica de un nuevo ansiolítico: Clobazam”. Coordinador del estudio multicéntrico. 1981.

Cursos, Congresos y Simposios

Más de 30 cursos sobre temas de Clínica Médica y Especialidades afines y diversas participaciones en Congresos y Simposios Nacionales e Internacionales, entre los que merecen destacarse los siguientes:

- IXº Congreso Argentino de Cardiología – Buenos Aires 1971.
- Simposio Internacional de Hipertensión Arterial – Buenos Aires 1976.
- IXº Congresos Internacional de Reumatología – París 1981.
- Simposio Internacional sobre Antiinflamatorios – México 1982.
- XXIV Congreso Argentino de Neurología – San Luis 1984.
- III Congreso Internacional de Reumatología del Cono Sur – Rio de Janeiro 1984.
- XXV Congreso Argentino de Neurología – Mar del Plata 1985.
- Simposio Internacional sobre Neuropatías Periféricas – Foz de Iguazú 1987.
- XXVIII Congreso Argentino de Neurología – Mendoza 1988.
- Simposio Internacional sobre Antiagregantes Plaquetarios – Miami 1996

Premios

Primer premio LALCEC “Eva del Rio de Rojas”, por el trabajo: “Tumores malignos de los conductos biliares extrahepáticos”, realizado con el Dr. Hipólito J. Waisman, en colaboración.

Libros

“Abdomen agudo”, en colaboración con el Dr. Hipólito J. Waisman, 250 páginas, 3000 ejemplares, Editorial Edimed – 1984.

Carta aval Tutor

Buenos Aires, 16 de Mayo de 2014

De mi mayor consideración:

Por medio de la presente me dirijo a Ustedes con el objeto de avalar en mi carácter de tutor, la entrega del Plan de Trabajo Final de la Especialización en Dirección y Gestión de Marketing y Estrategia Competitiva de la Srta. Mariana Dolores Gutiérrez, DNI N°22.856.894.

Sin otro particular, los saluda atentamente.



Domingo Osvaldo Gutiérrez

Referente

Hector Antonio Larocca

Profesor Consulto de la Universidad de Buenos Aires por la Facultad de Ciencias Económicas.
Consultor Nacional e Internacional, (sector público y privado).

Abstract

Contador Público, FCE-UBA, 1967.

Profesor Consulto de la Universidad de Buenos Aires por la Facultad de Ciencias Económicas.

Docente en las disciplinas del conocimiento en Administración en grado y posgrado de Universidades Públicas de Argentina y del Exterior.

Docente de Diplomaturas, Maestrías y Licenciaturas en Planificación Estratégica y Gestión por Objetivos.

Coautor de obras de Administración en Planificación, Gestión y Control, Gerencia Social, Responsabilidad Social Empresaria.

Director del Centro Nacional de Responsabilidad Social Empresarial y Capital Social de la FCE-UBA

Asesor en cuestiones didácticas dependiente de la Subsecretaría de Planificación Educativa de la FCE-UBA.

Miembro de Jurados para la designación de Profesores y aprobación de Tesis de Maestrías y Doctorado.

Tutor de Tesistas de Maestrías.

Consultor nacional e internacional (Unión Europea, BID, Banco Mundial) en temas de incumbencia profesional.

Datos personales

Héctor Antonio Larocca, 30 de Junio de 1941, hectorlarocca@fibertel.com.ar

Formación de grado y posgrado

Cursos y Seminarios:

Curso de Teoría, Estructura y Modelos, Instituto de Desarrollo Económico Social.

Profesor Gregorio Klimowsky, 1967.

Curso de Teoría de Sistemas en Centro de Estudios de Sistemas, 1967.

Primeras Jornadas sobre Ajuste de los Estados Contables por Inflación, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, 1979.

Jornadas sobre Ajuste de los Estados Contables por Inflación, Cámaras de Sociedades Anónimas, 1979.

Jornadas sobre el Ajuste de los Estados Contables por Inflación, Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Capital Federal, 1980.

Primeras Jornadas Nacionales de Administración, Colegio de Graduados en Ciencias Económicas de la Capital Federal, Miembro Activo, 1980.

Jornadas Interdisciplinarias sobre Presupuesto Base Cero - Sector Público y Sector Privado, Organismos de la Administración Pública, Universidades Nacionales y Privadas y Consejos Profesionales de Ciencias Económicas de la Capital Federal, 1981.

Normas Profesionales de Contabilidad y Auditoría, Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Capital Federal.

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales: Económica, Mundial, el Incremento de las Tensiones. Ives Berthelot, Derecho y Ciencias Sociales, 1983.

Senado de la Nación, Secretaría Administrativa, Dirección de Relaciones Oficiales, Jornadas de capacitación y conceptualización política, 1996.

Seminario: El paradigma del desarrollo humano, Agosto/Noviembre 1996. Universidad Católica Argentina.

Seminario: "El sentido de la división del trabajo". Dr. Miguel A. M. Echevarría. Real Academia de Ciencias Económicas y Financieras de España. Octubre 1998.

Universidad de Buenos Aires. Terceras Jornadas Internacionales Estado y sociedad, la reconstrucción de la esfera pública. Septiembre - Octubre. 1998.

Carrera de Especialización:

Contador Público, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, 1967.

Antecedentes

Docencia de grado y posgrado

Años de docencia universitaria 1967-2011

Docencia

Actuación académica en el exterior

Profesor del Curso de Administración de Empresas dictado en el segundo cuatrimestre de 1967 en la Universidad Técnica de Piura, República del Perú.

Universidad Centro Occidental, Barquisimeto, Estado de Lara, República de Venezuela, Asesor Metodológico de las carreras de Licenciado en Administración de Empresas y de Contador Público, años 1975, 1976 y 1977.

Profesor a cargo del grupo de asignaturas de Administración en la misma Universidad, Asesor de los Programas de Estudio y Consultor en los Laboratorios de Administración Conferencista.

Universidad de Zulia, Maracaibo, República de Venezuela, Conferencista en Temas de Administración y Consultor en la Formación de Licenciados en Administración, año 1976.

Escuela Empresarial Andina (República del Perú).

Ponencia de la Universidad Centro Occidental de la República de Venezuela sobre Trayectoria de un proceso de transformación en la enseñanza de la Administración y la Contaduría.

Profesor del Curso sobre Inflación y Ajuste de los Estados Contables, Caracas, República de Venezuela, año 1981. Miembro Consultor del Rectorado de la Universidad Centro Occidental para el Planeamiento de las Carreras de Organización Bancaria, Cooperativas y Seguros.

Conferencista invitado por el Colegio de Graduados en la Licenciatura de Administración en el Estado de Lara, República de Venezuela.

Miembro Consultor del CLAD, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo, órgano de las Naciones Unidas, con sede en Caracas, Venezuela.

Profesor contratado en el programa PNUD-CLAD-ISAP, Bolivia (programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Centro Latinoamericano de Administración para el Desarrollo e Instituto Superior de Administración Pública de Bolivia, Seminario: "LA GERENCIA PUBLICA", Diciembre de 1986.

Actuación académica en el país (Argentina)

Profesor a cargo de los cursos dictados por el Consejo Federal de Inversiones: Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Provincia de Santa Cruz y Provincia de Río Negro para funcionarios de la Administración Pública.

Profesor del Curso de Administración de Empresas, Municipalidad de San Antonio de Areco.

Profesor contratado por SANCOR, Cooperativas Unidas Limitadas, para los Cursos dictados al Consejo de Administración sobre Estructura Organizativa y Auditoría.

Profesor del Curso sobre Planeamiento dictado en Laboratorios Glaxo.

Profesor del Curso sobre Planeamiento dictado en los Laboratorios William Warner.

Profesor del Curso sobre Planeamiento Financiero dictado en Fiat Concord Buenos Aires y Fiat Concord de Santa Fe.

Profesor de Dirección y Administración de Empresas en la Asociación de Dirigentes de Empresas de la Argentina.

Profesor de Principios de Administración en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires.

Ayudante de la Cátedra de Administración de la Empresa, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, años 1965 y 1966.

Profesor a cargo de los Cursos de la Carrera de Dirección y Administración de Empresas del Centro de Investigaciones, Formación y Relaciones Empresarias en las Asignaturas de: Geografía Económica Mundial y Americana (año 1966), Contabilidad Gerencial, Auditoría Operativa, Contabilidad General, Administración y Dirección de Empresas de los I, II, III y IV Ciclos, años 1966, 1967, 1968, 1969 y 1970.

Profesor a cargo de los Seminarios de Capacitación Empresaria para el interior del país dictado en el Centro de Investigaciones, Formación y Relaciones Empresarias, años 1968, 1969 y 1970.

Profesor a cargo del curso de Evaluación de Proyectos de Inversión para nuevos productos dictado en Duperial S.A. Buenos Aires, y Duperial S.A. Córdoba, año 1969.

Profesor a cargo del Curso de Administración y Economía de Empresas, IPIM (Instituto de Perfeccionamiento Integral de la Mujer), años 1969 y 1970.

Profesor a cargo del Curso de Administración de Empresas dictado en IN. SU. PER.. año 1967.

Profesor a cargo del Curso de Técnicas de Seguro y Bancos dictado en el Instituto Superior de Comunicaciones Sociales, año 1967.

Profesor a cargo del Seminario de Aplicación Profesional Administrativo Contable, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Belgrano, años 1969 y 1970.

Profesor a cargo del Curso de Sistemas y Procedimientos Administrativos y Contables de la Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Morón, años 1970, 1971 y 1972.

Profesor de Contabilidad, Universidad Argentina de la Empresa, años 1975 y 1977.

Profesor Titular de Teoría de la Organización, Universidad Argentina de la Empresa, años 1979, 1980, 1981.

Miembro del equipo convenio: Universidad Argentina de la Empresa, Inspección General de Personas Jurídicas: Relevamiento de la Estructura Organizativa y de los Procedimientos Administrativos, año 1980.

Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Profesor Adjunto de Sistemas de Información I y II, años 1973, 1974 y 1975.

Universidad Nacional de Lomas de Zamora, Facultad de Ciencias Económicas, Secretario Técnico, año 1975.

Profesor Especial para los cursos de Reválida de Títulos de Licenciados en Administración de la Universidad Argentina de la Empresa.

Profesor Titular Universidad Argentina de la Empresa, Teoría y Práctica de la Administración II, años 1984, 1985 y 1986.

Profesor Titular de la Universidad Argentina de la Empresa, Fundamentos de Administración, años 1983, 1984, 1985, 1986.

Profesor Titular y Coordinador de la Carrera de Administración de Empresas de la Asociación Biblioteca de Mujeres.

Profesor Asociado a cargo de la Cátedra Sistemas de Información para la Dirección, Universidad de Morón, Facultad de Ciencias Económicas, años 1983, 1984, 1985 y 1986.

Profesor Adjunto, Cátedra Principios de Administración, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Lomas de Zamora.

Profesor Titular de Dirección General, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de Lomas de Zamora, años 1985 y 1986.

Profesor Asociado Ordinario, Departamento Teoría de la Administración, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, año 1986.

Universidad Nacional de Misiones, Miembro del Jurado para la provisión de cargos de Profesor Regular Ordinario del Area de Administración, año 1986.

Universidad Nacional de Rosario, Miembro del Jurado para la provisión de cargos de Profesor Regular Ordinario, año 1986.

Universidad Nacional de Entre Ríos, Concordia, Miembro del Jurado para la provisión de cargos de Profesor Ordinario del Area de Administración, año 1986.

Profesor Coordinador del Area Tecnologías de Gestión del Curso de Formación del Cuerpo de Administradores Gubernamentales, años 1985 y 1986. Instituto Nacional de la Administración Pública.

SEGBA, Servicios Eléctricos del Gran Buenos Aires, Asociación del Personal Superior, Director y Profesor de los cursos de Administración, año 1986.

Provincia de Neuquén, Argentina, Conferencista y Panelista en las III Jornadas Nacionales de Jóvenes Profesionales en Ciencias Económicas (Neuquén y Río Negro), Julio de 1986, Tema : Administración: El Pensamiento Renovador Latinoamericano.

Profesor de los Seminarios de Capacitación a la Dirección del Banco Coopesur auspiciado por el Idelcoop sobre: Sistemas de Información, Control de Gestión y Naturaleza del Trabajo Directivo.

Rotary Club Ramos Mejía: La Administración de Organizaciones como Herramienta Estratégica para el Desarrollo Social, 1993.

Fundación de Estudios e Investigaciones Administrativas en Salud, Hospital Italiano, Curso Superior de Administración para Profesionales de la Salud: Ciencias Administrativas, Filosofía y Estado Actual, 1994.

Profesor Asociado por Concurso Abierto, Resolución Decano No. 5654/92 para el grupo de asignaturas Teoría de la Administración, Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires, 1994.

Colegio de Médicos de San Isidro: Participante del Curso en Calidad de Profesor de los temas: Planeamiento, Gestión, Control, Sistemas de Información y Estructuras Organizativas, 1994.

Hospital Asociado a la Universidad de Buenos Aires Dr. Bernardp Houssay, Curso Universitario de Administración de la Salud, Profesor del Módulo "Administración", 1994.

Universidad Nacional de la Patagonia, Facultad de Ciencias Económicas: Miembro del Jurado para la Provisión de Cargos en la Asignatura Planeamiento y Control, 1994.

Universidad de Buenos Aires, Profesor Invitado Curso de Entidades Asociativas, disertación tema: Pensamiento Estratégico y Planeamiento, 1995 y 1996.

Universidad Nacional de Quilmes, Profesor Titular de Administración de Empresas y de Estrategias Competitivas, 1997.

Secretario del Departamento Pedagógico de Administración de la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de Buenos Aires para las asignaturas del Ciclo Profesional de la Carrera de Licenciado en Administración. 16/07/1998.

Consultor contratado por el S.U.T.E.R.H. Fundación Octubre para la elaboración del Plan de Estudios correspondiente a la Carrera de grado de Licenciado en Administración de Consorcios. 20/07/1998.

I.L.S.E. Instituto Libre Superior de Enseñanza. Conferencia introductoria a las Carreras de Ciencias Económicas y Administrativas. Octubre 1998,1999,2000,2001, 2002, 2003, 2004, 2005.

Consejo Profesional de Ciencias Económicas de la Capital Federal. Pensamiento y Planeamiento Estratégico. Octubre 1998.

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Centros de Participación y Gestión. Seminario sobre Planeamiento Estratégico. Septiembre - Octubre. 1998.

Universidad de Buenos Aires. Profesor del curso de Gerencia Social 1999-2000.

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo: Coordinador Académico de la Cátedra de Honor de Gerencia Social para el Desarrollo Humano (PNUD-FCE-UBA).

Universidad de Buenos Aires Facultad de Ciencias Económicas. Tutor del Seminario de Integración y Aplicación Profesional Año 2000.

Universidad Nacional de Quilmes 1997/1998, Profesor de Estrategias Competitivas.

Universidad Nacional de Quilmes.(Calificación 10) Profesor Titular Administración de Empresas y Administración Estratégica. 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008 y 2009.

Docencia de posgrado

Universidad de Palermo, Profesor Titular del Master en Dirección de Empresas (MBA), 1992/93/94/95/96/97.

Universidad Nacional de La Plata, Posgrado Pymes, Profesor de Organizaciones y Procesos de Cambio, 1998.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas Posgrado de Especialización en Gestión de las Pequeñas y Medianas Empresas, Profesor de Administración y Contabilidad 1998, 1999,2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Carrera de Posgrado Especialización en Gestión Empresaria del Comercio Exterior y de la Integración Reconversión Empresaria para la Competitividad. 1999,2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006.2007, 2008, 2009, 2010.

Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Económicas, Carrera de especialización en Gestión de Artes y Espectáculos: Gestión de recursos económicos, financieros, análisis contable y tributario. 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010.

Programa para graduados en Management: Escuela de Negocios de la Cámara Argentina de Comercio – Universidad Autónoma de Madrid, materia: Management. 2003.

Profesor de la Escuela de Gestión Pública FCE-UBA: Módulo Planeamiento Estratégico y Gestión por Objetivos, 2011.

Vinculación transferencia o extensión universitaria

Transferencia del Programa de Gerencia Social para el Desarrollo Humano, Convenio de la Facultad de Ciencias Económicas y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, Coordinador Académico de los Seminarios para los Gobiernos de las Provincias de Buenos Aires, Santiago del Estero con las Universidades Nacionales del Norte Grande, provincias del NOA, provincias del Sur, provincia de Mendoza y Ministerios Nacionales de Educación, Ciencia y Tecnología, Desarrollo Social y Planificación.

Antecedentes Profesionales

1967-2011

Desarrollo continuo de actividades referidas a las incumbencias profesionales de Contador Público, en carácter de Titular Fundador del Estudio Larocca – Consultor:

Constitución de sociedades, organización administrativa – contable - fiscal y previsional, Estados Contables, sindicatura, auditoría, evaluación de proyectos, desarrollo de negocios, planeamiento, gestión y control de áreas de producción, comercialización, administrativa -financiera y recursos humanos.

Actuaciones especiales: fusiones y adquisiciones, proyectos de reconversión empresaria y desarrollo gerencial.

Evolución en actividades profesionales en carácter de Consultor, Asesor, Experto en gestión de organizaciones, reestructuración, planeamiento estratégico, diseño organizacional, etc.

1996 Ente Binacional Yaciretá: Consultor en Organización, Miembro del Gabinete de Asesores de la Dirección Ejecutiva.

1994-1995. Director de Proyecto: Mejoramiento Institucional - Reorganización Institucional Obras Sanitarias Sociedad del Estado de San Juan (República Argentina) Banco Interamericano de Desarrollo - Pronacap, Programa Nacional de Optimización, Rehabilitación y Ampliación de Servicios de Agua Potable y Alcantarillado Cloacal.

1993-1994 Desarrollo Profesional en Reorganización, Reconversión y adecuamiento de Estructuras Organizativas en Empresas del Sector Privado Argentino.

1989-1994 Consultor y Experto en el área de Management para la reconversión del Sector Eléctrico Argentino. Proyecto de Ingeniería Sistemas de Distribución Ministerio de Obras y Servicios Públicos - Banco Mundial: área a mi cargo Estructura Organizativa y Desarrollo de los Sistemas de Información.

1996 Consultor: Ministerio de Cultura y Educación de la Nación. Contenidos básicos para la educación polimodal Modalidad : Economía y Gestión de las Organizaciones.

1996 Director de Programa de Consolidación de la Reforma Administrativa y Financiera del Sector Público. Sub - Programa SIGEN Auditoría y Control Interno. Actividad: Determinación de los Métodos y Procedimientos de Funcionamiento Necesarios para la Organización conforme al Modelo definido.

1997 VIII Congreso Iberoamericano de Mujeres Empresarias. Expositor: Como Incrementar la Eficiencia a través de la Logística.

1997/8. Director de Programa de la Instalación del Sistema de Registro y Control de Infracciones del Centro de Asistencia de las Ciencias Económicas al Transporte Automotor.

1997/8 Director de Programa de la Reorganización Administrativa y Adecuación de la Estructura Organizativa y los Sistemas de Información a las Actividades Actuales y Potenciales del Centro de Asistencia de las Ciencias Económicas al Transporte Automotor.

1997/8 .Titular de Marcovecchio-Larocca, Consultores en Procesos de Evolución Organizacional.

1996/7/8 Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas, Dirección de Asistencia Técnica y Pasantías,

2000 al 2005: Profesor de los Seminarios Pensamiento Estratégico.

Sensibilización para el personal del ex Banco de Catamarca.

Control de Gestión.

El Estado de origen y aplicación de fondos como herramienta de gestión.

Reconversión estratégica para Pequeñas y medianas empresas.

Desarrollo gerencial.

Tablero de Comando.

Construcción del Tablero de comando en las Pymes.

El gerenciamiento y el control de gestión en Pymes.

Transformación y Crecimiento en las Pymes.

El Control de Gestión y los Sistemas de Información

Programa de capacitación Gerencial para el proyecto informático del Banco de la Nación Argentina.

Fundación de Acción Social, Desarrollo de las Capacidades en Gestión Social.

Profesor y Consultor en Organizaciones (públicas y privadas) : Simmons de Argentina, Grupo Muresco-La Europea, AFJP Máxima, Fiplasto S.A.

1998. Universidad de Buenos Aires. Facultad de Ciencias Económicas, Miembro del Consejo Académico del Postgrado en Pequeñas y Medianas Empresas..

1998. Consultor del Curso Semipresencial de Política y Gerencia Social. Módulo V - Gestión de Organizaciones Sociales. Secretaría de Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

Banco Roberts. Curso superior de Sistemas de Información Contable. Octubre 1998.

Ministerio de Salud y Acción Social PRESSAL: Programa de reconversión del Hospital Público, consultor contratado por el Banco Mundial. Categoría 4.

H.S.B.C. Grupo Roberts Argentina. Conferencista Managing for Value Estrategia Mundial para el desarrollo de los Servicios Financieros.1996.

Schulberger-Sema, Consultor para la reconversión organizativa, planeamiento estratégico, control de gestión y tablero de comando para el Hospital Interzonal de Agudos "Evita", Lanús.2000-2001.

Banco Interamericano de Desarrollo, Consultor para el diseño e implementación de sistemas administrativos y de información para la toma de decisiones, control de gestión y tablero de comando para el programa de apoyo institucional del Complejo Teatral Buenos Aires, 2002, 2003.

Complejo Teatral de Buenos Aires, Asesor en Planeamiento Estratégico, 2004, 2005.

Asistencia Técnica Internacional, Agriconsultig Europe S.A.Bruselas, Consultoría para Sensibilización en los Procesos de Cambio, Planeamiento Estratégico Participativo y Gestión por Objetivos del Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria, SENASA. 2007-2011.

Publicaciones.

LIBROS (coautor):

1*) 1989. Organizaciones, Editorial Paidós, 3ra. Reimpresión 1993, 534 páginas. Presentación de la disciplina y su objeto de estudio. Identidad de la Organización. Dinámica Administrativa, configuraciones estructurales, división del trabajo, formalización. Sistemas de Información e Informática. Planeamiento, Gestión y Control.

2*) 1993. Marketing de Servicios. Ediciones Macchi, 208 páginas, capítulo 8: Marketing de Servicios públicos.

3*) 1993. Dirección de Organizaciones. Ediciones Macchi, 446 páginas. Parte Tercera: Tecnologías Administrativas Aplicadas, reflexión introductoria, Visión valorativa acerca de la imagen e identidad organizacional. Dirección y Gerenciamiento: Planeamiento, Gestión, Control y Sistemas de Información.

4*) 1994. Enfoques y Estrategias para el Desarrollo del Turismo. Tecnologías de Gestión para los sectores público y privado. Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional de la Patagonia. 520 páginas. Servicios públicos y turismo Información. Concepto y Tipología de Servicios públicos, infraestructura, estrategias de articulación, tecnologías administrativas aplicadas.

5*) 1997. ¿Qué es Administración?. Las organizaciones del futuro. Ediciones Macchi, 409 páginas. Coordinador de la obra. Capítulo 6: Especificidades y demandas al conocimiento administrativo contemporáneo.

6*) 1999. Entidades sin fines de lucro. Eudeba, 222 páginas. Capítulo 4: Pensamiento Estratégico y Planeamiento.

7*) 2005. Fundamentos de Administración de Organizaciones. Editorial La Ley. Capítulo: Estilos Gerenciales para el nuevo milenio.

8*) 2008. Principios Fundamentales para la Administración de Organizaciones, Perarson, Prentice Hall, Capítulo VIII Hacia una Administración con más Responsabilidad.

9*) 2010. Compilación de Documentos Profesionales y Académicos acerca de: Sensibilización para los procesos de cambio organizacional, Planeamiento Estratégico Participativo, Gestión por Objetivos y Pensamiento Estratégico.

ARTICULOS:

Planeamiento Estratégico.

Gerencia de nuevo cuño. Clarín 5 de enero de 2003.

Política, Economía: Administración para cuando?

Gerencia Social para el Desarrollo Humano.

Estilos Gerenciales para el nuevo milenio.

Gerencia Social, un salto estratégico cualitativo para disminuir las desigualdades.

Economía y Gestión: nuevas fronteras de reflexión.

Capital y Gerencia Social. Los nuevos desafíos de la Administración moderna.

Anexo 1

Es la hora del OTC

El interés de las compañías por sus divisiones de OTC crece impulsado por las buenas perspectivas de negocio para los próximos años y de la mano del necesario desarrollo de este sector en los países emergentes... y en España. Frente a las dificultades que atraviesa el desarrollo y la comercialización de fármacos de prescripción, las OTC cuentan con los atractivos del precio libre, la posibilidad de promoción directa al consumidor y la menor saturación del mercado.

Soplan vientos favorables para los OTC. Mientras que el negocio de medicamentos de prescripción tiene más dificultades para ser rentable, en especial el de productos maduros, las perspectivas de crecimiento de los OTC son óptimas, tanto en su facturación global, aupada por la demanda de las regiones emergentes, como en España, donde este sector estaría destinado a crecer más gracias a que a pesar de la crisis. Las compañías pueden ampararse en los sin receta para amortiguar los recortes en la factura farmacéutica. Además, los OTC pueden erigirse en una herramienta para el ahorro sanitario y contra la bajada del margen de la botica.

La apuesta por los medicamentos OTC cuenta con una serie de ventajas competitivas respecto a los de prescripción. Por una parte está el precio, que además de libre e inmune a las medidas de contención del gasto, “puede ser revisado periódicamente al alza”, destaca Gregorio Díaz, director de Management Consulting para el Sector Farmacia de KPMG en España. Conceden, asimismo, la posibilidad de dirigirse directamente al consumidor final en la estrategia promocional. Y, por último, aunque no menos importante, está la menor saturación del sector, no sólo en cuanto a las tasas de penetración de estos productos (muy baja en España) sino en cuanto a su intensidad competitiva.

Aunque la existencia de las divisiones de OTC en los grandes laboratorios farmacéuticos haya sido una constante, en general han sido pequeñas en facturación y recursos, explica Díaz. Los recortes, la pérdida de patentes y la dificultad para sacar adelante blockbusters estarían ahora propiciando el desarrollo de estas unidades y el cambio de estatus de algunas marcas maduras. El mercado global de OTC alcanzó en 2010 una facturación de 83.000 millones de euros, lo que equivale al 8 por ciento del mercado global farmacéutico, según los datos de Ernst & Young. La previsión es que crezca a un ritmo del 7 por ciento anual hasta alcanzar los 100.000 millones de euros en 2013. Los países emergentes ya tiran de estos números y neutralizan el fuerte impacto de la crisis en las regiones industrializadas.

En especial, las mejores perspectivas de negocio se focalizarían en el Sudeste Asiático y Latinoamérica, donde se estaría produciendo el desarrollo que no ha existido antes y porque el mercado financiado es menor que en los países desarrollados, analiza Fernando Martínez, responsable de la Línea de Negocio de IMS Health. El mayor crecimiento económico, el envejecimiento de la población y el interés de los gobiernos por los sin receta para reducir el gasto actuarían como motores del sector. Pero, todavía, el mayor porcentaje del mercado mundial corresponde a Europa (33 por ciento), seguida de la región de Asia-Pacífico (29), Estados Unidos y Canadá (20 por ciento) y Latinoamérica (9 por ciento), apunta Silvia Ondategui, socia líder del Sector Salud y Farmacéutico de Ernst & Young en España. El país con mayor desarrollo del autocuidado sería Estados Unidos: el 60 por ciento de los medicamentos que se venden allí es OTC (frente al 8 por ciento que representa este porcentaje en España), y alcanzaron en 2010 un volumen de ventas cifrado en 16.500 millones de euros.

En Estados Unidos, Ondategui observa una confluencia de factores socioculturales y de estrategia de negocio de los laboratorios que han propiciado su liderazgo en el consumo. Por una parte, el alto

índice de medicalización y la cultura de la automedicación se han encontrado con una amplia disponibilidad de productos, una fuerte actividad del marketing y mucho switching (más de 83 productos habrían cambiado su estatus desde 1976).

Medida para el ahorro sanitario

Mientras, en el Viejo Continente, los principales países por volumen de ventas serían Rusia, Alemania, Reino Unido, Polonia y Francia, con una facturación conjunta cercana a los 16.300 millones de euros, señala Ondategui. Pero si se atiende al porcentaje de consumo sobre el total del mercado farmacéutico, los países del Este se encontrarían a la cabeza: Rusia (37,8 por ciento), Polonia (26,2), Bulgaria (25,3), República Checa (23,9) y Eslovaquia (21,8). ¿La causa? Ha sido la vía elegida por las administraciones para contener su gasto sanitario y farmacéutico, sostiene Ondategui. De hecho, es una herramienta para el ahorro que la patronal del autocuidado Anefp reclama para España, al tiempo que defiende que lo ahorrado podría revertir en una mayor inversión en el tratamiento de otras enfermedades caras y complejas.

Por otra parte, la mayor cultura del autocuidado y la prevención en los países anglosajones y Alemania se habría traducido en un elevado consumo de productos OTC, parafarmacia y homeopatía, expone Díaz. Para el director de Anefp, Rafael García Gutiérrez, es destacable la implicación que las autoridades británica y alemana. “Son plenamente conscientes de la contribución del autocuidado al sistema sanitario y hace muchos años que pasaron de la teoría a los hechos, con el desarrollo de políticas que fomentan su desarrollo”.

También, el mayor desarrollo en los países nórdicos, con Reino Unido a la cabeza, sería consecuencia de medidas como la desfinanciación de medicamentos para trastornos leves, la mayor permisividad con las marcas paraguas y “el conocido como point-of-care, que otorga un papel mucho más relevante al farmacéutico precisamente por el impulso del autocuidado”, analiza el director de la División de Consumer Care de Bayer, Martín Dos Ramos, que entiende que en España sería necesaria una mayor “liberalización de la publicidad”, aunque con autorregulación.

En los países industrializados la salida de la crisis supondrá la recuperación en el crecimiento e implicará cambios en el paisaje corporativo, muy atomizado, con un aumento de las fusiones y adquisiciones para dar respuesta a la mayor competitividad, augura Díaz. Un caso especial lo representa España, donde, como en los países emergentes, el sector se ha caracterizado por su escaso desarrollo, pero además acusa la falta de apoyo administrativo y el interés limitado por parte de la población e incluso de los laboratorios.

Un mercado paralizado

En España, el calificativo que más se atribuye al mercado de los sin receta es “paralizado”. En los últimos años, su crecimiento en ventas ha sido prácticamente nulo e incluso negativo si se aísla el efecto de lanzamientos exitosos, como el antiobesidad Alli (orlistat, de GSK), expone Martínez. Su futuro parece determinado por la decisión política sobre el papel que jueguen estos productos en el tratamiento de procesos menores (especialmente resfriados, determinados casos de analgesia o de trastornos digestivos). Ondategui coincide con el discurso de Anefp en que el principal culpable es la competencia desigual entre OTC y financiados.

Sin embargo, en general se da por hecho que por fin el mercado crecerá, dado que se atenderá la vieja demanda de Anefp de la desfinanciación. El propio García Gutiérrez se muestra optimista respecto al futuro del sector. “La situación económica actual llevará, ya está llevando, a posicionar al sector del autocuidado como un agente imprescindible para garantizar la sostenibilidad futura del sistema nacional de salud”. Martínez va más allá y advierte de que serán “varios los grupos terapéuticos que saldrán de financiación”, que además “tienen un volumen de ventas muy alto”.

Otro partner necesario para el autocuidado es la farmacia, que puede apoyarse en estos medicamentos para mejorar sus números, ya que en los últimos tiempos ha sufrido importantes recortes en la rentabilidad de la dispensación por receta.

Los OTC, respecto a los de prescripción, permitirían mejorar los márgenes de beneficio y ofrecen una mayor seguridad en el cobro.

Formación en el autocuidado

Juan Carlos Serra Profesor de EADA



Pero, mientras tanto, el sector se enfrenta a la falta de cultura del autocuidado y a la costumbre social de “no pagar por los medicamentos”, advierte Juan Carlos Serra, profesor de Marketing de la Escuela de Negocios EADA. García Gutiérrez reivindica “planes de formación en autocuidado”, tanto en escuelas como a profesionales sanitarios, para educar en su importancia y en la de utilizar racionalmente los recursos sanitarios.

La falta de proactividad de los laboratorios también sería culpable de la parálisis del sector. El mercado de sin receta podría calificarse en general de “maduro”, con escasos lanzamientos, y se habría caracterizado por la escasa inversión por parte de las farmacéuticas, dado que otros segmentos del negocio eran más rentables, afirma Martínez. Cuando algún producto ha escapado de ambas características, por ejemplo, con fuertes campañas de marketing, “el resultado ha sido crecimientos espectaculares que han conseguido hacer crecer el mercado”. En esta línea, Serra entiende que los laboratorios pueden hacer más por hacer crecer sus números “a través del incremento de la presión promocional en la oficina de farmacia y al potencial cliente”, tanto en la botica como en los medios de comunicación.

Será, asimismo, crucial para el futuro el interés de las compañías por el switching, al que ya se estarían viendo abocadas en España tras las medidas gubernamentales que, según Díaz, han convertido en “no sostenibles” los precios de algunos fármacos de prescripción. Esta estrategia permite rentabilizar los productos en la última etapa de su ciclo de vida, extenderlo y mejorar su atractivo comercial frente a la competencia de los genéricos, aunque, recuerda Ondategui, tiene un precio en el desarrollo de ensayos adhoc para probar la eficacia y seguridad de la formulación OTC. Tampoco valdría para todos, sino para aquellos medicamentos “para el tratamiento de enfermedades sintomáticas con poco riesgo de efectos adversos.

*Publicado en Correo Farmacéutico
9 de enero de 2012*

Anexo 2

Sanofi-Aventis, Oxford University tie up for oncology research in India

Sanofi-Aventis has signed an agreement with Oxford University in the UK to conduct multi-phase clinical and translational research in oncology with INDOX, a network of cancer research centres established across India in partnership with the university's Institute of Cancer Medicine five years ago.

Under the agreement, Sanofi-Aventis will give financial support to Oxford University in managing the INDOX network of eight leading cancer research centres across India.

For its part, the university will provide training and support to investigators and research co-ordinators to help ensure each centre has the capacity, expertise and infrastructure to conduct early-through to late-stage and post-marketing trials according to ICH/GCP (International Conference on Harmonisation/Good Clinical Practice) standards, the partners noted.

Related Links

[Sanofi in cancer link-up with USA's Dana Farber](#)

[Sanofi to buy TargeGen for \\$560 million](#)

[FDA OKs Sanofi prostate cancer drug way ahead of schedule](#)

[Sanofi signs \\$398 million targeted cancer pact with Ascenta](#)

According to Dr Debasish Roychowdhury, the company's senior vice president, head of oncology, the arrangement "not only helps to train the next generation of cancer researchers in India, but also allows Sanofi-Aventis to efficiently develop drugs in the premier cancer centres in India, which also provides access to anticancer drugs to help patients fight their cancer".

David Kerr, Professor of Cancer Medicine at the University of Oxford and co-chair of the INDOX scientific review board, said the partnership was "an opportunity to work with Sanofi-Aventis to advance cancer research and validate targets more quickly and efficiently to shorten the time it takes to move a molecule from laboratory to clinic".