

COOPERATIVA FARMACEUTICA ESPAÑOLA (COFARES)

por

FELIX MARTINEZ*

Mi intención hoy es hacerles llegar una breve descripción de lo que es el mundo de la Farmacia en España y el papel que en él desempeña la distribución de medicamentos, muy especialmente la distribución farmacéutica y en particular Cofares (grupo de distribución propiedad de sus socios cooperadores) y que es el primer distribuidor español.

La Oficina de Farmacia en España obedece todavía, aunque no sabemos por cuánto tiempo, al modelo profesional tradicional en lo que podríamos llamar la versión mediterránea.

Es decir:

- Las Oficinas de Farmacia han de ser propiedad de un profesional farmacéutico.
- El farmacéutico sólo puede ser propietario de una oficina que debe, en condiciones normales, atender directamente, si bien, como es lógico, con la ayuda de otros profesionales y de personal auxiliar.
- Los medicamentos de todo tipo y otra serie de productos, como los dietéticos medicamentosos, sólo pueden ser dispensados en las Farmacias. Hasta hace pocos meses, las leches infantiles también estaban incluidas en este grupo, pero acaban de ser liberalizadas.
- La apertura de una Oficina de Farmacia está totalmente regulada. Existen limitaciones en función de los habitantes de los

* Vicepresidente de Cooperativa Farmacéutica Española (COFARES).

municipios o de los núcleos habitados. Hasta hace poco, una farmacia por cada 4.000 habitantes, ahora una cada 2.800. Existen limitaciones de distancia a farmacias ya existentes, de 250 metros. A pesar de estas limitaciones existen en toda España un número muy importante de farmacias superior a 18.000 en 1994 lo que nos conduce a una farmacia por cada 2.146 habitantes, colocándonos solamente por delante de Bélgica y Grecia en este indicador dentro de la Unión Europea.

- En España la tramitación de apertura se realiza por los Colegios de Farmacéuticos de cada provincia. Así pues, está en manos corporativas, aunque cada vez más las Administraciones Autonómicas, que son las competentes en ordenación farmacéutica, van entrando en el proceso.

La facturación total de la Farmacia Española, en 1994, se movió alrededor del billón de pesetas. De esta cantidad, aproximadamente un 55 por ciento corresponde a medicamentos y productos reembolsados totalmente por el Sistema Nacional de la Salud (SNS), un 13 por ciento son medicamentos y productos reembolsados parcialmente (60 por ciento o más del precio), el 4 por ciento son medicamentos con receta vendidos fuera del SNS, el 13 por ciento son especialidades farmacéuticas publicitarias (OTC) y, por último, el 15 por ciento son productos de parafarmacia, dietética, dermofarmacia, línea blanca, etc.

Como vemos, la dependencia del SNS es muy importante, por lo que todas las acciones del Gobierno para controlar el gasto afectan de lleno a nuestra facturación. En estos momentos estamos devolviendo un *rappel* del 2 por ciento al SNS sobre la facturación que le hacemos y muy recientemente se ha anunciado una rebaja en los márgenes profesionales para el 1 de enero de 1997.

Hablemos ahora, tras esta sucinta descripción de la farmacia española, de la distribución farmacéutica mayorista en España. Permíteme primero una descripción sobre los circuitos de distribución de medicamentos. El 85 por ciento del consumo en medicamentos pasa en España directamente de las Farmacias a los enfermos. Un 1 por ciento pasa de las farmacias a los hospitales, otro 1 por ciento pasa de la distribución mayorista a los hospitales y el último 13 por ciento pasa de los Laboratorios a los hospitales y otras entidades públicas. Del 86 por ciento que circula a través de las farmacias un 83 por ciento pasa a través de los mayoristas y un 3 por ciento es venta directa de los Laboratorios. A través de la Distribución Mayorista circula el 84 por ciento de los medicamentos, el 83 por ciento que va a farmacia y el 1 por ciento que va a Hospitales.

En productos no farmacéuticos la distribución directa de fabricantes a Farmacia sin pasar por mayoristas puede llegar a un 20 ó 25 por ciento.

- El sector de distribución mayorista tiene en España también la característica propia de todos los países del sur de Europa es decir, una gran atomización y una importante presencia del capital farmacéutico.

En España existen aproximadamente:

- 77 Centros de decisión con
- 101 empresas diferentes que a su vez gestionan
- 206 almacenes.

De los 77 centros de decisión 31 son Cooperativas y siete son centros o sociedades anónimas de capital farmacéutico; las 39 sociedades restantes son propiedad de inversores particulares. A pesar de su número solo ostentan el 10 por ciento de la cuota del mercado. Es decir el 90 por ciento de la cuota está en manos de capital farmacéutico y un 70 por ciento de ella pertenece a la Cooperativas.

Así pues, hay dos particularidades en la distribución mayorista española con relación a las del resto del sur de Europa:

- Está entre las dos menos atomizadas y es la mayor en porcentaje de capital farmacéutico y, dentro de ésta, la de mayor cuota de capital cooperativo.

En este punto es conveniente resaltar que, al menos desde el punto de vista del Grupo Cofares, la división importante dentro de la distribución mayorista se establece, más que entre Sociedades Anónimas y Cooperativas, entre empresas de capital farmacéutico, y empresas de capital que podríamos llamar, inversor. A estos efectos considero sociedades anónimas de capital farmacéutico aquéllas en las que el capital está muy repartido entre los propios clientes farmacéuticos, y la mayoría de éstos tiene capital de la distribución.

Una de las diferencias respecto a las Cooperativas de los Centros es que los Centros, que en sus orígenes fueron sociedades anónimas de capital farmacéutico muy repartido y que prácticamente sólo servían a sus accionistas, en algunos casos han derivado hacia esquemas societarios donde algunos farmacéuticos comienzan a adquirir una mayor cuota de acciones y dejan de ver al centro como una distribución al servicio de toda la comunidad de accionistas clientes y comienzan a verlo como una inversión. Incluso en algunos casos excep-

cionales se ha dado un paso más vendiendo esta participación a inversores no farmacéuticos acercándose por tanto la sociedad hacia el grupo de aquéllos que no se pueden considerar de capital farmacéutico. Sin duda alguna este fenómeno no puede darse en las Cooperativas.

Haciendo esta división de las empresas de control farmacéutico, sean cooperativas o centros, y de las empresas de capital inversor nos encontramos con una relación en cuotas de mercado de aproximadamente el 84 por ciento para empresas de capital farmacéutico y el 16 por ciento para las empresas de capital inversor. Esta relación sigue siendo muy alta y, evidentemente, es nuestro objetivo que se mantenga así, o se incremente, aunque, como veremos más tarde, no sea éste el signo de los tiempos en Europa.

Veamos ahora dentro de los 77 Centros de decisión cuáles son los más importantes, cual es la cuota de cada uno, su implantación geográfica y qué tipo de sociedad es.

- Solamente 12 de los 77 centros de decisión tienen una cuota superior al 2 por ciento del mercado nacional. De ellos, cinco Cooperativas y un Centro Farmacéutico tienen entre un 3 por ciento y un 2 por ciento.
- Estos 71 grupos con cuotas inferiores al 3 por ciento son todos de implantación esencialmente provincial, prácticamente todas las Cooperativas, los centros e incluso las sociedades de capital no farmacéutico crecieron con carácter provincial, aunque últimamente varios de ellos han comenzado a extenderse a las provincias limítrofes.

Las seis primeras distribuidoras son: cuatro Cooperativas (Federación Farmacéutica, Hermandad del Mediterráneo, Cecofar y Cofares), un Centro (Safa Galénica), que ha pasado a ser controlado por unos pocos farmacéuticos accionistas y en el que tiene una participación importante y creciente el distribuidor Europeo Alliance Santé, y una empresa familiar (Farmacén). Esta última tiene un 3 por ciento de la cuota repartida en unas cuantas provincias en diversas regiones españolas.

El grupo Safa Galénica tiene un 7 por ciento de la cuota centrada esencialmente en el noreste español, Aragón, Cataluña y Valencia, así como algo en Castilla-León y Madrid y tiene vocación de cubrir todo el territorio nacional.

Cecofar es una Cooperativa con sede en Sevilla y cubre el Suroeste, Andalucía y Extremadura con una cuota global del 6 por ciento.

Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo es igualmente una Cooperativa, cubre el sureste español: Valencia, Murcia y además con

cierta implantación en Cataluña, Andalucía y Madrid. Tiene una cuota del 7 por ciento y es una empresa con vocación de distribuidora nacional, a través de una política mixta de apertura de almacenes y acuerdo con otras Cooperativas.

Federación Farmacéutica es Cooperativa, tiene el 9 por ciento de la cuota nacional y cubre esencialmente Cataluña, el noreste español, con un fuerte sentido regionalista y un cooperativismo conservador y estricto.

Por último Cofares, es una Cooperativa que a su vez es propietaria de 11 empresas de distribución farmacéutica con ámbitos geográficos complementarios que cubren la casi totalidad del territorio nacional y de otra serie de empresas de servicios complementarios. El Grupo Cofares ostenta el 17 por ciento de la cuota de mercado nacional y son socios de la Cooperativa matriz un tercio de los farmacéuticos españoles.

Veamos ahora brevemente las relaciones con la distribución europea, desde el punto de vista patrimonial. Para empezar hemos de decir que éstas son, de momento, muy pequeñas sin duda debido a la fuerte implantación de la distribución de capital farmacéutico.

En esencia, tres son los grupos europeos que han invertido en la distribución española, pero solamente uno Alliance Santé tiene una presencia significativa. Como ya hemos dicho tiene una participación importante y creciente en el cuarto distribuidor español: Safa Galénica, pero además es evidente y público la intención de integrar esa empresa totalmente en el grupo europeo y de, además, convertirla en un distribuidor de cobertura nacional en España.

La OCP francesa antes de su integración en la multinacional GEHE, comenzó una tímida inversión en algunos de los pequeños Centros Farmacéuticos. Esta inversión es, en estos momentos, muy pequeña y no encaja con la política de GEHE con sus participados, pues no les da control de gestión ni casi capacidad de intervención.

El tercer intento fue realizado por una Cooperativa Francesa, que hizo una inversión importante que se ha saldado con muy desigual fortuna. Poseen una participación minoritaria en el Centro Farmacéutico en Valencia la séptima empresa de distribución en España, sin intervención para nada en su gestión, poseen la propiedad de una pequeña empresa en Barcelona, la decimoctava del país, que funciona correctamente y tuvieron un sonoro fracaso con su principal inversión en un centro en Andalucía, Hufasa, que era, en 1992, la octava distribuidora nacional y que ha sido disuelta con grandes pérdidas.

Hay otro hecho relevante con respecto a la distribución farmacéutica mayorista en España, que ha tenido lugar en los últimos años, es-

pecialmente durante 1995 y es la constitución de Centrales de Compras por parte de la mayoría de las distribuidoras. Hay que resaltar que bajo la forma jurídica de sociedades anónimas.

Se han formado 4 centrales de compras que representan en total más del 75 por ciento de la capacidad de compra de la distribución. Se han integrado en ella 35 centros de decisión, con la importante excepción de Federación Farmacéutica, el segundo distribuidor nacional con el 9 por ciento de la cuota, Cofano una cooperativa con el 2 por ciento y la empresa propiedad del CERP Roven, todas las distribuidoras con más de un 1 por ciento de cuota se han integrado en estas centrales.

Dos de ellas están formados por Cooperativas: La primera y más antigua por ocho cooperativas con una capacidad de compra de cerca del 23 por ciento encabezado por Hefame y Cecofar, el tercer y el quinto distribuidor nacional, respectivamente. La segunda está formada por 14 cooperativas de tipo medio y pequeño y tiene una capacidad de alrededor del 16 por ciento de la compra total nacional. Estos dos grupos funcionan cada uno de forma parecida a como funcionan los CERP en Francia. No tienen casi ninguna coincidencia en los ámbitos geográficos, cada uno con sus socios, y, en general, ambos grupos actúan en diferentes conjuntos de provincias por lo que no son prácticamente competencia directa.

Otro grupo, que se denomina Alianza Salud, está encabezado por la empresa participada por Alliance Santé. Safa Galénica, cuarto distribuidor en el ranking, y agrupa a dos pequeñas cooperativas y tres empresas de capital no farmacéutico, destacando entre ellas el sexto distribuidor nacional. Tiene una cuota acumulada del 13 por ciento y sus socios compiten comercialmente entre ellos, al menos en algunos puntos importantes, Madrid, Valencia, etc.

Por último, Cofares, junto con cuatro Centros Farmacéuticos y un pequeño distribuidor familiar, ha creado el grupo Satel, que tiene por encima del 22 por ciento de la capacidad de compra nacional.

Todos los socios de Satel, excepto uno que opera en las Islas Canarias, están en competencia de mercado con Cofares, sin embargo, para Cofares ésta es una decisión estratégica de reforzar las distribuidoras de capital farmacéutico, que pueden más fácilmente caer en manos del capital inversor no farmacéutico.

En resumen, se puede decir que en la distribución mayorista española se están decantando cuatro culturas diferentes:

- 1.^a Las Cooperativas de carácter local, que en general miran más al pasado que al futuro, que son más una institución corporativa que una empresa, en las que los aspectos de política farmacéutica local

tienen un gran peso y que cumplen un papel, de momento, importante por la generalmente buena gestión y fidelidad de sus socios, aunque su incapacidad de unirse puede hacerles inviables en el futuro frente a grupos empresariales más fuertes o más organizados. Algunas de éstas se han agrupado en una Central de Compras, otros ni siquiera han conseguido dar ese paso, en perfecta coherencia con su cultura.

2.^a Las pequeñas empresas inversoras generalmente familiares o propiedad de sus directivos, que atienden mercados muy específicos, que son, en general, muy pequeñas, que se crean y destruyen con facilidad y que no afectan al mapa empresarial de las otras distribuidoras.

3.^a Las empresas de capital inversor con mentalidad empresarial y de mediano tamaño que se nuclean alrededor del grupo de Safa Galénica y posiblemente acaben formando una fuerte filial española de implantación nacional de Alliance Santé.

4.^a Las empresas: Cooperativas o Centros de capital farmacéutico con visión empresarial, que tienen intención de sobrevivir y ser actores importantes en el sector, y que, sin perder de vista jamás los intereses de la Oficina de Farmacia, aprovechan todos los mecanismos empresariales lícitos para competir con todas las grandes empresas de distribución de capital inversor.

En esta última se encuentran dos grandes grupos en España, uno el nucleado alrededor de Hermandad Farmacéutica del Mediterráneo, más agresivo, más arriesgado, pero menos sólido y cohesionado, pues muchos de sus socios son, permitidme decirlo, conversos recientes, y otro más sólido, más lento también, pero más seguro, cohesionado alrededor de Cofares.

Ambos, evidentemente, con vocación de cobertura de todo el territorio nacional y en el caso de Cofares, al menos, a la búsqueda continua de la colaboración Europea, pues sin duda ésta será necesaria en el futuro.

Comento ahora brevemente cómo está organizado Cofares.

Cofares empezó como la cooperativa farmacéutica de Madrid, hace algo más de cincuenta años, si bien como su propio nombre indica: Cooperativa Farmacéutica Española, establecía ya desde sus inicios una vocación más amplia. Todavía en estos momentos más del 40 por ciento de la actividad se realiza en la Comunidad de Madrid, donde tenemos una cuota del mercado superior al 60 por ciento, a pesar de que operan 18 distribuidores y entre ellos los otros dos grandes grupos de distribución de vocación nacional.

Cofares por su propio peso se convirtió en distribuidor de referencia en varias de las provincias limítrofes, siempre desde un punto de

vista de una actuación cooperativa clásica y sin abrir almacenes fuera de Madrid.

En los últimos diez años sin embargo, convencidos de que sólo una presencia nacional podría hacer viable una empresa como Cofares, se inició una expansión más seria que, fundamentalmente, se realizó absorbiendo otras cooperativas, o empresas de capital farmacéutico, a cuyos socios o accionistas se les daba capital cooperativo de Corares a cambio del capital de sus empresas. De esta forma se integraron dos importantes cooperativas del Levante español y tres centros farmacéuticos, uno de Extremadura y dos del Norte de España, el más grande de los cuales, con sede en Bilbao, estaba formado a su vez por la unión de varios centros primitivos de todo el centro norte español. A estos también se unieron algunas pequeñas empresas de capital familiar. Continuando en los últimos tiempos la expansión con la creación de sociedades nuevas, partiendo de cero, lo que ofrece algunas ventajas, como es el no tener que absorber almacenes obsoletos o con plantillas no productivas, aunque, a cambio lentifica la creación de clientela y socios.

En el momento actual, la Cooperativa tiene más de 6.000 socios en toda España, aparte de unos 1.500 farmacéuticos que no son socios pero a los que se sirve, con otras condiciones, desde alguna de las 11 sociedades filiales de distribución, cada una de las cuales cubre una zona geográfica sensiblemente coincidente con las diferentes regiones, o Comunidades Autónomas españolas.

Aparte de servir a sus clientes la principal actividad de estas sociedades es dar el servicio por cuenta de la Cooperativa a los socios de ésta en su zona de influencia.

Además del servicio básico de distribución farmacéutica, el Grupo da otros servicios complementarios a la Oficina de Farmacia y éstos tienen que cumplir varias premisas:

Primero: Tienen que ser útiles para la Oficina de Farmacia.

Segundo: Tienen que autofinanciarse, para que sus costes no recaigan sobre los socios que no los utilizan.

Tercero: Deben favorecer una más estrecha relación entre la Cooperativa y los socios y en ningún caso poner en peligro la principal línea de actividad de la Cooperativa.

Los más importantes en Cofares son, aparte de ciertas prestaciones sociales:

- Una sección de crédito que actúa como agencia bancaria, gestionando cuentas corrientes de los socios y concediéndoles préstamos para necesidades relacionadas con su actividad profesional.

- Marcas blancas, tanto de apósitos como de dermofarmacia, para poner a disposición de los farmacéuticos que lo deseen productos de buena calidad a un precio adecuado.
- Una gran gama de productos químicos de calidad controlada que permita a los socios realizar fórmulas magistrales.
- Una aplicación informática para la gestión de la oficina de farmacia, que, además de permitir la gestión del punto de venta, apoye la dispensación con información sobre los medicamentos y mantenimiento del historial de mención del cliente, aparte de gestionar toda la relación con la Cooperativa, pedidos, actualización del catálogo, etc.

Por otra parte, en Cofares somos cada vez más conscientes de la difícil posición que en un mercado cada vez más liberalizado y transparente e informatizado tiene un intermediario puro, como es el distribuidor mayorista, si no aporta un claro valor añadido.

Como todos somos conscientes, el farmacéutico con oficina de farmacia, cada vez más presionado en su economía, va buscando el mejor servicio al menor coste en su proveedor y se ve obligado a no tener en cuenta ningún otro tipo de consideración.

Por su parte, los laboratorios comienzan a estar también presionados por unas administraciones cada vez más exigentes, una cartera de moléculas nuevas cada vez más escasa y unas normas para el registro de medicamentos también cada vez más exigentes. Si a esto le unimos el creciente papel de los genéricos y el aumento de los medicamentos de autoconsumo OTC, es fácil comprender porqué la antigua generosidad en las últimas fases de la cadena logística ha disminuido, porqué comienzan a considerar la autodistribución y porqué se obsesionan por la relación con las farmacias y la búsqueda exhaustiva de la información.

Pero la presión de clientes y proveedores no es la única, los operadores logísticos que vienen trabajando tradicionalmente para los laboratorios, tanto en el suministro de materias primas como en la logística entre diferentes plantas de fabricación y también en el transporte a los hospitales y almacenes de producto terminado, tienen vocación y capacidad para realizar toda la distribución física propia del distribuidor mayorista. Si bien, en general, no hacen las labores de control de compras, sus intereses y los anteriormente mencionados de los laboratorios de mayor cercanía a la farmacia pueden complementarse en contra de la distribución mayorista tradicional.

En esta tesitura, todo distribuidor mayorista debe mejorar su capacidad logística hasta ser también un verdadero operador logístico

especializado en medicamentos, a la vez que aprovecha el inmenso caudal de información valiosa para los Laboratorios que posee.

Dentro de esa línea, en Cofares tenemos varios proyectos de colaboración con Laboratorios tanto en suministro de información como en apoyo de marketing dirigido a la oficina de farmacia, como de servicios de mejora e integración de la cadena logística, depósito, distribución a hospitales, transporte y picking a almacenes, etc.

Para terminar quiero mencionar cuáles son, en nuestra opinión, las perspectivas de futuro.

Como acabo de mencionar éstas no son claras para la distribución farmacéutica, pues posiblemente sea el eslabón más débil en toda la cadena del medicamento y por tanto el más propenso a pagar la crisis.

Sin duda el gran movimiento de concentración tanto de carácter nacional como a nivel europeo es un mecanismo de fortalecimiento para poder superar mejor esta situación.

Dentro de ese panorama las perspectivas de la distribución cooperativa, no son desgraciadamente muy buenas. Tres podrían ser las razones esenciales:

- La falta de recursos financieros. En general la oficina de farmacia no dispone de capitales para invertir, ni está dispuesta a sufrir un incremento en los márgenes que permitan la autofinanciación. Los capitales necesarios para hacer frente a las continuas mejoras técnicas e informáticas que hay que realizar, así como para entrar en las actividades complementarias necesarias para mantenerse en juego, así como para poder aumentar las cuotas de mercado a través de la adquisición de empresas de carácter local, pues, sin duda, sólo el control patrimonial permite aprovechar las sinergias de las fusiones a través de la reducción de los gastos indirectos y la homogeneización de los procedimientos.
- La tremenda dificultad para realizar uniones nobles entre cooperativas, ni siquiera a nivel europeo, algo que todos hemos vivido con Eurocofar y que, en España, hemos vivido igualmente con el fracaso de iniciativas similares. Las razones estriban, fundamentalmente, en el empeño en que participen todas las cooperativas en dichas uniones y todas con la misma capacidad de decisión, lo que «politiza» las decisiones que sólo deberían ser de carácter empresarial. Por otra parte, cuando se consigue una unión operativa para una serie de objetivos, resulta imposible avanzar más hacia una fusión, incluso si ésta tiene claras ventajas al no poderse poner en marcha con tanta facili-

dad como en las empresas por acciones los mecanismos de valoración y compensación económica. Así pues, algunas uniones entre cooperativas que parecen haber tenido éxito no progresan en la unión, permaneciendo exclusivamente vinculados al objetivo inicial, al contrario que ocurre con las empresas no farmacéuticas.

- La resistencia de los socios de las Cooperativas a abrir nuevas líneas de negocios, complementarias de las básicas y necesarias en un mercado cada vez más competitivo, pues suelen ser rechazadas por no aportar un beneficio inmediato y tangible a la oficina de farmacia.

Y, sin embargo, no hay duda de que el farmacéutico con oficina de farmacia debería hacer un esfuerzo para mantener la distribución mayoritaria en su control, y en un control de tipo profesional no inversor, para el que la cooperativa es un buen modelo. Las razones son evidentes y todas ellas se pueden resumir en una frase. «La distribución cooperativa le permite al farmacéutico profesional mantener una interrelación de gran empresa con el resto de los agentes en el sector del medicamento sin renegar de su condición de profesional liberal sanitario independiente.»

La solución a esta contradicción aparente nosotros creemos que está en la adopción por parte de la Cooperativa de todos los mecanismos empresariales manteniendo el patrimonio y el control societario cooperativo. Esto es lo que han hecho las grandes cooperativas centro europeas y lo que, a su modo, ha hecho Cofares.

Y esto se debe hacer también en la colaboración a nivel europeo. Es decir, sólo ajustando por una relación empresarial basada en cubrir necesidades que únicamente se pueden cubrir a nivel europeo, se podrá sobrevivir frente a los grandes grupos. Esta unión en general sólo se podrá establecer con un interlocutor en cada país, que tenga una filosofía semejante y que preferiblemente, pero no imprescindiblemente, sea Cooperativa.