



**E/CNMC/003/15 ESTUDIO SOBRE EL
MERCADO DE DISTRIBUCIÓN
MINORISTA DE MEDICAMENTOS EN
ESPAÑA**

15 de octubre de 2015

Índice

RESUMEN EJECUTIVO	3
1. INTRODUCCIÓN	7
2. ANÁLISIS JURÍDICO	12
2.1. Regulación europea.....	12
2.2. Regulación del sector farmacéutico en España.....	13
2.3. Regulación de las Comunidades Autónomas.....	28
3. ANÁLISIS ECONÓMICO	43
3.1. Caracterización del mercado de distribución minorista de medicamentos en España.....	45
3.2. Análisis de la competencia en el mercado.....	79
4. ANÁLISIS DEL MODELO DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DESDE LA ÓPTICA DE LA COMPETENCIA Y LA REGULACIÓN ECONÓMICA EFICIENTE	87
4.1. Restricciones de la competencia.....	87
4.2. Evaluación del impacto de la reforma de Navarra del año 2000 en la entrada de nuevas farmacias.....	106
5. CONCLUSIONES	131
6. RECOMENDACIONES.....	133
ANEXO: COMPARATIVA EUROPEA	141
BIBLIOGRAFÍA	148

RESUMEN EJECUTIVO

Este estudio analiza las distintas restricciones a la competencia en el mercado de distribución minorista de medicamentos en España, bajo la óptica de la regulación económica eficiente. El objetivo es realizar recomendaciones a las autoridades competentes, nacional y autonómicas, que mejoren la eficiencia económica en la distribución de medicamentos, manteniendo o mejorando los niveles actuales de protección de la salud pública.

La CNMC reconoce la necesaria protección del interés público, inherente a la regulación de este mercado, en lo que se refiere a la seguridad y acceso a los medicamentos. Asimismo, es imprescindible para la defensa del interés general que la regulación se ajuste a los principios de necesidad y proporcionalidad, evitando introducir o mantener restricciones a la competencia injustificadas que impidan o dificulten alcanzar una mayor eficiencia en el funcionamiento de la distribución de estos productos que puedan ser requeridos para la mejora del bienestar de la población.

La regulación actual de las oficinas de farmacia en España impone restricciones de acceso y de ejercicio de la actividad de la distribución minorista de medicamentos. Estas restricciones tienen impacto negativo sobre la competencia y, en consecuencia, perjudican a los pacientes como consumidores de estos productos, incrementan el coste de aprovisionamiento del sector público y reducen el bienestar general.

En España, la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia establece unos principios básicos de ordenación farmacéutica. Corresponde a las Comunidades Autónomas el desarrollo de los criterios de planificación para la autorización de oficinas de farmacia, que deben tener en cuenta la densidad demográfica y las características geográficas y de dispersión de la población. El objetivo de la regulación es garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio y la suficiencia en el suministro de medicamentos.

La diversidad de modelos de planificación farmacéutica adoptados por las Comunidades Autónomas permite, en esta ocasión, analizar cuantitativa y cualitativamente el efecto de las restricciones impuestas en cada modelo sobre la competencia en el mercado y sobre el grado de cumplimiento del objetivo de asegurar el acceso de la población a los medicamentos.

El análisis económico muestra que establecer un número máximo autorizado de oficinas de farmacia por módulos de población está limitando la apertura de farmacias e impidiendo la existencia de competencia en muchos municipios. Este

modelo de acceso al mercado, adoptado en todas las Comunidades Autónomas en España a excepción de Navarra, no es una restricción a la competencia necesaria para garantizar la exigible asistencia farmacéutica a la población. Como prueba, en Navarra la limitada reforma del año 2000 que redujo la restricción en distancias y módulos de población, incrementó significativamente la competencia en los municipios con más población, y, al mismo tiempo, tuvo un efecto positivo en la cobertura farmacéutica en municipios de dimensiones reducidas, sin incrementar el gasto farmacéutico en dicha Comunidad.

No obstante, además de las restricciones por módulos de población y distancias entre farmacias, existen en todas las Comunidades Autónomas otras barreras al acceso y al ejercicio de la actividad farmacéutica. Estas restricciones injustificadas limitan la competencia en la distribución minorista de medicamentos y suponen una pérdida de bienestar para los pacientes como consumidores y para el propio sector y los profesionales.

El análisis realizado, bajo los principios de regulación económica eficiente, de las restricciones de la competencia impuestas por el modelo de ordenación farmacéutica vigente en España permite realizar una serie de recomendaciones a las autoridades competentes. Estas recomendaciones de la CNMC permitirán mejorar el acceso al mercado, el ejercicio de la actividad y facilitar la propiedad y organización de las oficinas de farmacia, incentivando los efectos beneficiosos de la competencia en calidad, servicio, precios e innovación.

En primer lugar, se recomienda levantar las restricciones de acceso al mercado vigentes en la normativa: los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre éstas y los centros de salud no sirven para la protección del interés general.

En segundo lugar, se recomienda la supresión de una serie de restricciones que afectan al ejercicio de la actividad de dispensación minorista de medicamentos que en España, atendiendo a las prohibiciones en la normativa vigente, corresponderían injustificadamente de forma exclusiva a las oficinas de farmacia.

Respecto a la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la distribución de medicamentos no sujetos a prescripción médica, se recomienda no prohibir su venta en otros establecimientos, siempre que éstos cumplan obligatoriamente con una serie de requisitos sanitarios mínimos de conservación e higiene. Respecto a la venta de estos medicamentos a través de sitios web o con otros medios telemáticos, se propone liberalizar la propiedad de las páginas web para que no sean exclusivamente de oficinas de farmacia físicas.

Respecto a la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica, se recomienda ampliar los supuestos en los que es posible su dispensación en hospitales o centros de salud, siempre que presenten las condiciones técnicas imprescindibles para la conservación de los medicamentos y cuenten con el asesoramiento de un técnico competente que cumpla las condiciones de formación recogidas en la Directiva 2005/36/CE.

Asimismo, también se recomienda autorizar en España, como permite la normativa europea a nivel comunitario, la venta de medicamentos sujetos a prescripción médica a través de sitios web. La CNMC recuerda que esto debería hacerse con el requisito imprescindible de que la dispensación del medicamento se realice por un técnico competente, entre los que se deben encontrar los farmacéuticos titulados, que garantice los intereses públicos afectados, sin necesidad que el mismo sea propietario de la página web ni de una oficina de farmacia física.

En tercer lugar, se propone eliminar la normativa que establece el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente titulados en farmacia obligatoriamente colegiados. Se recomienda permitir la propiedad de más de una oficina de farmacia y eliminar la restricción a la integración vertical de las oficinas de farmacia, por ejemplo con la distribución mayorista, mediante la modificación normativa correspondiente.

En cuarto lugar, se propone valorar sistemas de financiación de las oficinas de farmacia alternativos al vigente en los que haya una correspondencia efectiva entre los servicios prestados por las oficinas de farmacia y la remuneración percibida por éstas. En particular, aquéllos que proporcionen incentivos a mejorar la calidad de los servicios ofertados o que remuneren servicios adicionales que puedan ser especialmente beneficiosos para los pacientes.

En quinto lugar, asegurado el cumplimiento de los horarios mínimos de apertura y los turnos de guardia establecidos para garantizar la adecuada atención farmacéutica de la población, se propone la eliminación de los obstáculos, bien de carácter regulatorio o de carácter administrativo, que dificultan en la normativa o en la práctica, la ampliación voluntaria de horario por parte de las oficinas de farmacia que así lo deseen.

En sexto lugar, se propone retirar la prohibición adicional que pesa sobre la publicidad de las oficinas de farmacia, siempre que dicha publicidad se ajuste a lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

En séptimo lugar, se recomienda a las Comunidades Autónomas la supresión de todos aquéllos requisitos recogidos en los concursos de méritos para la apertura de nuevas oficinas de farmacia que restringen innecesariamente la competencia y no responden estrictamente a criterios sanitarios.

En octavo lugar, se recomienda a las Comunidades Autónomas que eliminen las restricciones a la competencia en el suministro de medicamentos sociosanitarios que no respondan estrictamente a criterios sanitarios.

En noveno lugar, se propone la supresión del requisito de colegiación obligatoria para titulares y farmacéuticos en oficinas de farmacia mediante las correspondientes modificaciones normativas, asegurando la posibilidad de que la colegiación sea voluntaria.

Por último, se recomienda eliminar la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en la facturación y cobro de las recetas de medicamentos.

1. INTRODUCCIÓN

La distribución minorista de medicamentos es una actividad fuertemente regulada en España, tanto a nivel estatal como autonómico. A diferencia de otros países en los que médicos y hospitales tienen una contribución importante en la dispensación de medicamentos, la distribución de medicamentos en España se articula mayoritariamente a través de las oficinas de farmacia¹.

La regulación actual de las oficinas de farmacia en España impone restricciones de acceso y de ejercicio de la actividad que tienen impacto en la competencia en el mercado de distribución minorista de medicamentos y, en consecuencia, sobre los pacientes como consumidores de estos productos, sobre el coste de aprovisionamiento del sector público y sobre el interés general.

Las restricciones de acceso al mercado son, en este caso, barreras legales impuestas por la regulación que determinan los requisitos exigidos por la administración competente para la apertura de una oficina de farmacia. Para la apertura de una oficina de farmacia se requiere de una autorización administrativa sujeta a determinados criterios. Adicionalmente, las oficinas de farmacia están sujetas a planificación territorial, que implica que en la actualidad sólo se autoriza la apertura de estos establecimientos minoristas si se satisfacen unos criterios de distancia mínima entre oficinas y si se alcanza un mínimo de población en la zona en la que quiere instalarse el nuevo local.

Las principales restricciones de ejercicio de la actividad de dispensación de medicamentos consisten, por un lado, en la obligación de ser titulado en farmacia para llevar a cabo la actividad y, por otro, en que el propietario de la oficina de farmacia debe ser, en todos los casos, farmacéutico.

La mayoría de Estados miembros de la Unión Europea², al igual que España, aplican, en mayor o menor medida, restricciones a la libertad de establecimiento de

¹ Sin embargo, la cuota de los hospitales en el mercado de distribución minorista de medicamentos en España ha aumentado de forma considerable en los últimos años, hasta alcanzar el 30% del valor. Este aumento se explica fundamentalmente por el envejecimiento de la población y la cronificación de diversas patologías, el alto coste de los fármacos innovadores que las tratan y la reserva de dispensación en hospitales de fármacos para tratar estas dolencias crónicas en pacientes ambulatorios.

² De acuerdo con la información ofrecida por Öbig (2006): *“Surveying, Assessing and Analyzing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States”*, en un informe encargado por la Comisión Europea, 17 de los 25 Estados miembros aplicaban restricciones a la libertad de establecimiento de farmacias en 2006. De éstos 17, 7 Estados miembros (Austria, Eslovenia, España, Grecia, Hungría,

las oficinas de farmacia. Esta situación contrasta con la regulación vigente en países como Canadá y Estados Unidos, donde estas restricciones son inexistentes y la regulación se dirige a asegurar que las farmacias, ya establecidas o nuevas, cuenten con medios suficientes para desempeñar su función sanitaria.

En la Unión Europea no existe un marco legal común relativo al libre establecimiento y apertura de oficinas de farmacia. La regulación del ejercicio de la profesión de farmacéutico depende de los Estados Miembros, al estar acogida a la excepcionalidad relativa a la organización nacional de los servicios sanitarios³.

En España, la [Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia](#) establece unos preceptos básicos⁴ de ordenación farmacéutica y corresponde a las Comunidades Autónomas el desarrollo normativo y ejecución, de acuerdo con sus necesidades y condiciones particulares.

De acuerdo con esta Ley, los criterios de planificación para la autorización de oficinas de farmacia, objeto de desarrollo por parte de las Comunidades Autónomas, deben tener en cuenta la densidad demográfica y las características geográficas y de dispersión de la población, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, así como la suficiencia en el suministro de medicamentos, según las necesidades sanitarias en cada territorio.

La diversidad de modelos de planificación farmacéutica adoptados por las Comunidades Autónomas permite analizar cuantitativa y cualitativamente el grado de cumplimiento del objetivo de asegurar el acceso de la población a los medicamentos. También permite analizar el efecto de las restricciones impuestas en cada modelo sobre la competencia en el mercado.

El mercado de distribución minorista de medicamentos es un mercado atípico en el que el Sistema Nacional de Salud (SNS) tiene un papel fundamental como comprador. El carácter de bien esencial de los medicamentos, por su importancia para preservar la salud y por las externalidades positivas que su correcto consumo

Italia y Portugal) tenían además restricciones geográficas para el establecimiento de nuevas farmacias.

³ La Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior, establece la exclusión de los servicios farmacéuticos de su ámbito de aplicación.

⁴ La Ley 16/1997 establece, con carácter general, un módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia de 2.800 habitantes por establecimiento y una distancia mínima de 250 metros entre oficinas de farmacia.

puede generar para el conjunto de la sociedad, son las principales razones sociales y económicas para la financiación pública de los medicamentos.

Con el objeto de garantizar que los medicamentos sean accesibles a toda la población, el precio de los medicamentos sujetos a prescripción médica y que pueden ser financiados por el Sistema Nacional de Salud (94% del total de medicamentos⁵) está altamente regulado. El resto de los medicamentos, conocidos como publicitarios, tienen un precio libre (que no obstante, debe ser notificado al Ministerio de Sanidad)⁶. Aunque jurídicamente es posible realizar descuentos de hasta el 10%, estas reducciones de precios han sido hasta ahora limitadas.

Incluso en un mercado como el actual de precio regulado, prácticamente fijo, en el que no es posible una mínima competencia en precios o en márgenes, que es un instrumento económico fundamental para alcanzar la eficiencia, la adopción de un modelo de planificación farmacéutica menos restrictivo en diversas variables podría reportar importantes beneficios al paciente, como consumidor. Entre estos beneficios se encontraría una oferta de dispensación farmacéutica más amplia y variada y podría incidir positivamente en variables como la calidad y comodidad del servicio, horarios de apertura más adaptados a los pacientes, en la mayor variedad de tipos de farmacia, incluida la distribución online, así como en la cuantía de los descuentos sobre el precio de los medicamentos publicitarios.

La CNMC es plenamente consciente de la imprescindible protección del interés público, en cuanto a la seguridad y acceso a los medicamentos, que es inherente a la regulación de la distribución minorista de medicamentos en los países avanzados y en particular en España. Es fundamental separar este objetivo principal de interés general de la protección, también legítima, de intereses privados (viabilidad financiera de oficinas de farmacias y de los distribuidores mayoristas). La regulación económica eficiente tiene siempre ambos aspectos en consideración y se alinea con el objetivo fundamental de la regulación de este sector que i) es asegurar la máxima calidad e innovación de la atención farmacéutica y ii) reducir los costes de acceso a los medicamentos convenientes para los pacientes y de distribución por los operadores.

⁵ Importe de la facturación a precio de venta de laboratorio de los medicamentos sujetos a prescripción médica respecto del total de medicamentos en el año 2013, según IMS Health.

⁶ Los medicamentos sujetos a prescripción médica que no resultan financiados se comercializan también en régimen de precios notificados pero no pueden ser objeto de publicidad destinada al público.

Por ello, es necesario llevar a cabo el análisis de hasta qué punto las restricciones impuestas por la regulación inhiben o incentivan la competencia en el mercado de distribución minorista de medicamentos y si dichas restricciones benefician a los consumidores o, por el contrario, imponen costes innecesarios a los mismos y al sector público, como financiador del sistema.

La distribución de medicamentos en España ha sido objeto de análisis en varios informes de la Autoridad de Competencia (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, Comisión Nacional de la Competencia y Tribunal de Defensa de la Competencia)⁷. Asimismo, y debido a diversas características locales, ha sido objeto de expedientes sancionadores por parte de distintas autoridades de competencia regionales⁸.

Sin embargo, no se ha llevado a cabo hasta la fecha un análisis en profundidad del mercado de distribución minorista de medicamentos en España desde el punto de vista de la competencia y la regulación eficiente.

El presente estudio tiene también especial relevancia en el momento actual por la importancia de este mercado en términos económicos y por el elevado peso del gasto farmacéutico público en el gasto sanitario y en las cuentas públicas. Desde el comienzo de la crisis de la economía española, se han implementado una serie de medidas encaminadas a incrementar la eficiencia del gasto farmacéutico que se han centrado especialmente en el tramo mayorista del mercado⁹, sin que se hayan planteado reformas sustanciales en el mercado minorista.

Por otra parte, la expansión de las nuevas tecnologías en los últimos años y, en especial, de internet como medio en el que se efectúan de forma creciente transacciones de todo tipo de productos, incluidos en otros países los

⁷ IPN/CNMC/005/15 del Proyecto de Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, IPN 110/13 del Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales, IPN 085/13 del Proyecto de Real Decreto sobre Distribución de Medicamentos de Uso Humano, IPN 081/12 del Anteproyecto de Ley de Modificación de la Ley de Garantías y Medicamentos, IPN 018/09 de Reales Decretos Ómnibus. Servicios Sanitarios y Farmacéuticos e Informe del Tribunal de Defensa de la Competencia “La Competencia en España: Balance y Nuevas Propuestas” (1995), entre otros.

⁸ Resolución S/07/2014 Oficinas de Farmacia de Andalucía del Consejo de Defensa de la Competencia de Andalucía, Resolución (Expte. 10/2012, Servicios Farmacéuticos Residencias 2) de la Autoridad Vasca de Competencia, Resolución R 2/2012-Receta Electrónica del Consejo Gallego de la Competencia y Resolución (Expte. 2/2008 del Jurado de Defensa de la Competencia de Extremadura).

⁹ Introducción de criterios de coste-efectividad y de impacto presupuestario en la financiación de medicamentos y descuentos en el precio de los medicamentos financiados por el SNS, entre otras.

medicamentos, supone una innovación tecnológica fundamental en este mercado, que aún incipiente en España muestra potenciales beneficios como instrumento dinamizador de la competencia.

En este contexto, el objetivo fundamental de este estudio es el análisis de las distintas restricciones a la competencia en el mercado de distribución minorista de medicamentos, bajo la óptica de la regulación económica eficiente. Es decir, evaluar con criterios económicos y jurídicos la necesidad y proporcionalidad de las restricciones, teniendo en cuenta la experiencia comparada, nacional e internacional, con objeto de, respetando plenamente las razones de imperioso interés general invocadas, obtener conclusiones y recomendaciones acerca de la configuración más favorecedora de la competencia y la eficiencia económica.

El estudio consta de cinco apartados, además de la introducción. En el segundo apartado se presenta un análisis jurídico de la regulación europea, española y autonómica en materia de medicamentos y ordenación farmacéutica. En el tercer apartado, se lleva a cabo el análisis económico del mercado. En el cuarto apartado, se analiza el modelo de ordenación farmacéutica vigente desde la óptica de la competencia y la regulación económica eficiente. Este apartado del estudio se divide a su vez en dos partes. En la primera, se realiza una valoración cuantitativa y cualitativa de las principales restricciones a la competencia y en la segunda, se lleva a cabo una evaluación del impacto de la reforma de Navarra del año 2000 en la entrada de nuevas farmacias utilizando técnicas econométricas. Por último, se presentan las principales conclusiones obtenidas del análisis y se proponen recomendaciones a las autoridades competentes.

Para la realización de este estudio se ha contado con la participación de los distintos agentes del mercado: oficinas de farmacia, Colegios de Farmacéuticos, el Ministerio de Sanidad y también con la contribución de investigadores académicos, expertos en el sector farmacéutico¹⁰.

¹⁰ Entre otros, se han mantenido reuniones con representantes de la Asociación de Empresarios de Farmacia de Madrid (ADEFARMA), Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad y Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

2. ANÁLISIS JURÍDICO

2.1. Regulación europea

El marco jurídico del sector farmacéutico en la Unión Europea, en aspectos relacionados con la calidad y seguridad de los medicamentos lo constituyen, fundamentalmente, la Directiva 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia y la Directiva 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal¹¹.

Sin embargo, a nivel europeo no existe un marco legal común relativo a los requisitos de propiedad del negocio y libre establecimiento de las oficinas de farmacia. La regulación del ejercicio de la profesión de farmacéutico depende de los Estados Miembros, al estar acogida a la excepcionalidad relativa a la organización nacional de los servicios sanitarios¹², entre los que se incluye tradicionalmente la dispensación de medicamentos.

Sin embargo, de acuerdo con el derecho de la Unión Europea¹³, las restricciones a la libertad de establecimiento sólo son admisibles cuando: están justificadas en razones de imperioso interés general (necesidad), son proporcionadas a dicho objetivo introduciendo la mínima distorsión competitiva (proporcionalidad), permiten alcanzar el objetivo que persiguen (idoneidad) y se aplican de forma no discriminatoria (no discriminación).

Las restricciones geográficas y de propiedad de las oficinas de farmacia fueron objeto en 2006 de Dictamen Motivado a varios países, entre ellos España, en virtud del artículo 226 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea. La Comisión consideró que los límites cuantitativos al establecimiento de oficinas de farmacia son no sólo desproporcionados sino incluso contraproducentes para obtener los objetivos sanitarios perseguidos. Respecto a la restricción por la que el propietario de una oficina de farmacia tiene que ser un farmacéutico titulado, la Comisión consideró que los objetivos de garantía de un servicio de calidad a los usuarios pueden obtenerse con el respeto a las normas deontológicas (obligaciones

¹¹ <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32011L0062&from=ES>.

¹² La Directiva 2006/123/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 12 de diciembre de 2006, relativa a los servicios en el mercado interior, establece la exclusión de los servicios sanitarios y farmacéuticos de su ámbito de aplicación.

¹³ ECJ Gebhard Case C-55/94. Sentencia del Tribunal Europeo de Justicia de 30 noviembre 1995; STJCE de 5 de junio de 2007. Caso Rosengren y otros. Asunto C-170/04; STJCE de 17 de julio de 2008. Caso Corporación Dermoestética. Asunto C-500/06. cfr. Moral Soriano (2002).

profesionales de los farmacéuticos) o con el ejercicio de una potestad pública de inspección y control y, por tanto, esta restricción no sería necesaria para obtener dicho objetivo.

Aunque el Tribunal de Justicia de la Unión Europea¹⁴ decretó posteriormente que las restricciones geográficas para la apertura de nuevas farmacias y la reserva de titularidad y explotación de las farmacias a los farmacéuticos en España no vulneraban *stricto sensu* el principio de libre establecimiento, el análisis de estas restricciones sigue siendo plenamente relevante desde el punto de vista de la promoción de la competencia y de los principios de necesidad y mínima distorsión competitiva propios de la regulación económica eficiente.

2.2. Regulación del sector farmacéutico en España

El sector farmacéutico español se caracteriza, al igual que en la mayoría de países de nuestro entorno, por estar fuertemente regulado en todas las actividades de la cadena del medicamento.

La regulación del sector farmacéutico se justifica por varias razones: a) la especial salvaguardia que requiere el elevado bien jurídico protegido: la salud de las personas; b) la existencia de fallos de mercado¹⁵ debido a los cuales la libre competencia no conduciría necesariamente a la eficiencia económica en todas las situaciones; y c) la relevancia estratégica del sector en la economía, por su intensidad innovadora y el impacto que tiene la prestación farmacéutica en las cuentas públicas y, en consecuencia, en los contribuyentes.

Las actividades de la cadena del medicamento son, en primer lugar, la investigación y producción de los medicamentos por parte de los laboratorios. En segundo lugar, la distribución de medicamentos a hospitales y oficinas de farmacia por parte de los almacenes de distribución mayoristas¹⁶ y, por último, la distribución de medicamentos a los pacientes por parte de las oficinas de farmacia y hospitales y centros de atención primaria.

¹⁴ Sentencia de 1 de junio de 2010 sobre los asuntos acumulados C-570/07 y C-571/07.

¹⁵ Derivados de la existencia de externalidades positivas por el consumo de medicamentos y asimetrías de información prescriptor-paciente.

¹⁶ Los laboratorios farmacéuticos también distribuyen de forma directa a hospitales (30% del total de medicamentos) y, de forma residual, a oficinas de farmacia (4% del total de medicamentos).

La distribución minorista de medicamentos a través de las oficinas de farmacia es, por tanto, el eslabón final de la cadena del medicamento y el más próximo al paciente o a la persona que le sustituya en la adquisición del medicamento, cuando éste no puede desplazarse personalmente a la oficina de farmacia. Su análisis requiere de una visión global y minuciosa del funcionamiento y regulación del sector farmacéutico en España.

La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad¹⁷, es una de las normas básicas que regulan el sector farmacéutico español puesto que instaura el Sistema Nacional de Salud y establece la descentralización de las competencias sobre salud pública y asistencia sanitaria, incluida la prestación farmacéutica, en las Comunidades Autónomas¹⁸, ya contempladas en la Constitución española.

Aunque las Comunidades Autónomas tienen competencias legislativas en la planificación territorial de las oficinas de farmacia, el Estado es el competente en la legislación de los productos farmacéuticos.

La legislación básica del medicamento está recogida en el Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios (en adelante, Texto Refundido)¹⁹. Este texto regula, en el ámbito de las competencias del Estado, tanto los medicamentos y productos sanitarios como el conjunto de actividades de la cadena del medicamento, así como la actuación de los agentes sanitarios y económicos implicados en estas actividades.

La prestación farmacéutica comprende, según la exposición de motivos de la ley, *“los medicamentos y los productos sanitarios, así como el conjunto de acciones encaminadas a que los pacientes los reciban y los utilicen de forma adecuada a sus necesidades clínicas y en las dosis precisas según sus requerimientos individuales, durante el período de tiempo adecuado, con la información necesaria para su correcto uso y al menor coste posible”*.

Como consecuencia de la crisis económica y las medidas de austeridad implementadas para contener el gasto sanitario y farmacéutico, la Ley 29/2006 ha sido modificada en diversas ocasiones. Aunque algunas modificaciones han sido de tipo sanitario, como las relativas a las garantías de eficacia, seguridad y calidad de

¹⁷ <https://www.boe.es/buscar/pdf/1986/BOE-A-1986-10499-consolidado.pdf>

¹⁸ Artículo 41 de la Ley 14/1986.

¹⁹ Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y deroga la Ley 29/2006, de 26 de julio.

los medicamentos y productos sanitarios, las más significativas se han producido sobre los aspectos económicos, con el objetivo final de contener el gasto público farmacéutico.

Con este objetivo, se promulgaron, entre otras, las siguientes normas en los años 2010, 2011 y 2012:

- Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud
- Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público.
- Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del Sistema Nacional de Salud, de contribución a la consolidación fiscal y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011.
- Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Entre las últimas modificaciones de la Ley del Medicamento destacan la Ley 10/2013, de 24 de julio, que incorpora al ordenamiento jurídico español las Directivas 2010/84/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2010, sobre farmacovigilancia, y 2011/62/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2011, sobre prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal y el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

2.2.1. Medicamentos

2.2.1.1. Definición y tipos de medicamentos

El Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, define el medicamento de uso humano como *“toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar,*

corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico”.

Los medicamentos, al tener una influencia directa en la salud de las personas, deben estar sometidos a una estricta regulación con el objetivo de garantizar su calidad, eficacia y seguridad. Por este motivo, la comercialización de cualquier medicamento requiere la autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios e inscripción en el Registro de Medicamentos, o bien la autorización de conformidad con lo dispuesto en las normas europeas que establecen los procedimientos comunitarios para la autorización y control de los medicamentos de uso humano y veterinario y que regula la Agencia Europea de Medicamentos.

En la autorización del medicamento, la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios determina sus condiciones de prescripción clasificándolo en:

- a) Medicamento sujeto a prescripción médica.
- b) Medicamento no sujeto a prescripción médica.

Están sujetos a prescripción médica los medicamentos que se encuentren en alguno de los siguientes supuestos²⁰:

- 1) Puedan presentar un peligro, directa o indirectamente, incluso en condiciones normales de uso, si se utilizan sin control médico.
- 2) Se utilicen frecuentemente, y de forma muy considerable, en condiciones anormales de utilización, y ello pueda suponer, directa o indirectamente, un peligro para la salud.
- 3) Contengan sustancias o preparados a base de dichas sustancias, cuya actividad y/o reacciones adversas sea necesario estudiar más detalladamente.
- 4) Se administren por vía parenteral, salvo casos excepcionales, por prescripción médica.

Los medicamentos no sujetos a prescripción médica son aquéllos *“destinados a procesos o condiciones que no necesiten un diagnóstico preciso y cuyos datos de evaluación toxicológica, clínica o de su utilización y vía de administración no exijan prescripción médica, de modo que dichos medicamentos puedan ser utilizados para autocuidado de la salud”.*

²⁰ Artículo 19.2 del Texto Refundido.

Los medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica, por sus características, están fuertemente regulados en España en aspectos como su publicidad y comercialización.

Por ejemplo, respecto a su comercialización, aunque la venta online de medicamentos sujetos a receta es posible en la UE desde la Directiva 2000/31/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2000²¹, relativa a determinados aspectos jurídicos de los servicios de la sociedad de la información, en particular el comercio electrónico en el mercado interior (Directiva sobre el comercio electrónico), la normativa en España prohíbe totalmente la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos. Por otro lado, la publicidad de los medicamentos sujetos a receta médica está prohibida²².

Estas restricciones relativas a la publicidad no se aplican a los medicamentos no sujetos a prescripción médica, que pueden ser objeto de publicidad. También pueden ser comercializados al por menor a través de sitios web de oficinas de farmacia autorizadas²³.

Sin embargo, la venta a través de sitios web de estos medicamentos sólo la pueden realizar las oficinas de farmacia físicas, abiertas al público, legalmente autorizadas, que hayan efectuado la notificación de esta actividad conforme a lo previsto en la normativa que regula este tipo de venta.

En principio, la justificación a esta restricción en España es la protección de la salud pública. Según la normativa en vigor esto requeriría para su salvaguarda que los medicamentos no sujetos a prescripción médica i) se dispensen por una oficina de farmacia autorizada, ii) con la intervención de un farmacéutico y iii) previo asesoramiento personalizado²⁴.

²¹ <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:32000L0031:Es:HTML>.

²² El artículo 80 del Texto Refundido establece como requisito para que un medicamento o producto sanitarios sea objeto de publicidad destinada al público que no se financie con fondos públicos y que no requiera de la intervención de un médico para realizar el diagnóstico, prescripción y seguimiento del tratamiento, aunque requiera la intervención de un farmacéutico.

²³ Real Decreto 870/2013, de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica.

²⁴ Se prohíbe, asimismo, la venta a domicilio y cualquier tipo de venta indirecta al público de medicamentos (estén sujetos o no a prescripción médica).

En este sentido, el artículo 3 del Texto Refundido establece que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponde exclusivamente a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas y a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Otra posible clasificación de los medicamentos es según sea su financiación: pública o privada.

El artículo 92 del Texto Refundido determina el procedimiento para que un medicamento sea financiado por el Sistema Nacional de Salud (SNS) y, como paso previo, establece la necesidad de inclusión del medicamento en la prestación farmacéutica. Los criterios generales para dicha inclusión son los siguientes:

- a) Gravedad, duración y secuelas de las distintas patologías para las que resulten indicados.
- b) Necesidades específicas de ciertos colectivos.
- c) Valor terapéutico y social del medicamento y beneficio clínico incremental del mismo teniendo en cuenta su relación coste-efectividad.
- d) Racionalización del gasto público destinado a prestación farmacéutica e impacto presupuestario en el Sistema Nacional de Salud.
- e) Existencia de medicamentos u otras alternativas terapéuticas para las mismas afecciones a menor precio o inferior coste de tratamiento.
- f) Grado de innovación del medicamento.

Es importante señalar que sólo los medicamentos sujetos a prescripción médica son susceptibles de ser financiados públicamente²⁵ y, además, para que un medicamento sea incluido en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, su financiación debe considerarse necesaria para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española²⁶.

Por último, los medicamentos se pueden clasificar en innovadores (protegidos por una patente) y genéricos.

²⁵ Artículo 92.2 del Texto Refundido.

²⁶ Esta financiación selectiva de medicamentos, según el criterio de "necesidad básica", es una de las medidas de reducción del gasto público farmacéutico y fue incorporada por el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones.

Un medicamento innovador se caracteriza por contener un principio activo nuevo y con el que se ha realizado una investigación y desarrollo completa, desde su síntesis química hasta su utilización clínica. Es, por tanto, el primero y a veces el único, que aporta datos propios de seguridad y eficacia terapéutica de la especialidad farmacéutica concreta. Generalmente está comercializado en distintos países por el mismo titular, incluso con el mismo nombre, y en algunas ocasiones su marca llega a ser considerada por los prescriptores como sinónimo del principio activo.

Según el artículo 2.g) de la Ley del Medicamento, se considera como medicamento genérico *“todo medicamento que tenga la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica, y cuya bioequivalencia con el medicamento de referencia haya sido demostrada por estudios adecuados de biodisponibilidad”*.

Los medicamentos genéricos son medicamentos con las mismas características sanitarias e intercambiables con los correspondientes medicamentos originales (“medicamentos de referencia”) y son comercializados una vez han expirado las patentes de éstos.

2.2.1.2. Regulación del precio de los medicamentos

La regulación del precio del medicamento va unida a la financiación pública del mismo por parte del Sistema Nacional de Salud y la inclusión de un medicamento en dicha financiación se decide por resolución expresa de la unidad responsable del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad²⁷ en función de sus indicaciones, valor terapéutico y social, impacto presupuestario, tratamientos alternativos y grado de innovación.

Para comercializar un medicamento en España, incluso en el caso de medicamentos no financiados por el SNS, es imprescindible haber tramitado la oferta del mismo al SNS y los titulares de autorizaciones de comercialización pueden vender los medicamentos en un régimen de precios notificados, entendiéndose como la comunicación del precio al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, que podrá objetar al mismo por razones de interés público²⁸.

Los medicamentos no financiados por el SNS y no sujetos a prescripción médica pueden ser objeto de publicidad destinada al público y, en este caso, el precio fijado

²⁷ La Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

²⁸ Artículo 94.4 Texto Refundido.

en el envase se considera como precio máximo de venta al público. Las oficinas de farmacia pueden aplicar descuentos de hasta el 10% sobre dicho precio de venta al público, impuestos incluidos²⁹.

Para el caso de los medicamentos financiados con cargo al SNS, corresponde a la Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos, adscrita al Ministerio de Sanidad, fijar los precios de financiación³⁰. Como regla general, el precio de financiación por el SNS será inferior al precio industrial del medicamento aplicado cuando éste sea dispensado fuera del SNS³¹.

La financiación pública de medicamentos está sometida al sistema de precios de referencia³², siendo el precio de referencia la cuantía máxima con la que se financiarán las presentaciones de medicamentos incluidas en cada uno de los conjuntos que se determinen, siempre que se prescriban y dispensen con cargo a fondos públicos, y se calcula en base al coste/tratamiento/día menor de las distintas presentaciones.

El sistema de precios de referencia se basa en la agrupación de medicamentos en conjuntos que incluyen todas las presentaciones de medicamentos financiadas que tengan el mismo principio activo y vía de administración. En estos grupos, en principio, se incluirá al menos una presentación de medicamento genérico o biosimilar.

Los márgenes correspondientes a las actividades de distribución y dispensación de los medicamentos y, en su caso, las deducciones aplicables a la facturación de los mismos al SNS son fijados por el Gobierno.

El Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad establece el precio de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios financiados mediante la suma del precio industrial autorizado (máximo) y de los márgenes correspondientes a las actividades de distribución mayorista y minorista.

Los criterios para la inclusión de medicamentos en la prestación farmacéutica del SNS han sido modificados por el Real Decreto-Ley 16/2012, de manera que, a partir de 2012, se excluyen de la financiación pública los medicamentos de tratamiento de

²⁹ Artículo 4 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

³⁰ Artículo 94.5 Texto Refundido.

³¹ Artículo 94.7 del Texto Refundido.

³² Artículo 98 del Texto Refundido.

síntomas menores. Además, el citado Real Decreto-Ley modifica el sistema de fijación de precios de los medicamentos con el objetivo de establecer una financiación selectiva de los medicamentos basada en criterios de coste-efectividad y de impacto presupuestario³³.

2.2.2. Oficinas de farmacia

Las oficinas de farmacia en España son establecimientos sanitarios privados de interés público, tal y como establece el artículo 1 de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia³⁴, posteriormente refrendada por la Ley del Medicamento³⁵, que incorpora el concepto de Atención Farmacéutica en su articulado, reconociendo así la labor del farmacéutico como agente de salud.

Para el ejercicio de la actividad de dispensación de medicamentos es requisito imprescindible ostentar la condición de farmacéutico, de acuerdo con el artículo 5 de la Ley 16/1997 y el artículo 86.2b) del Texto Refundido que establece que la presencia y actuación profesional del farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos y que se tendrá en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la oficina.

Además, la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano, estén o no sujetos a prescripción médica, corresponde en exclusiva a las oficinas de farmacia o a los servicios de farmacia de los hospitales³⁶.

La propiedad de las oficinas de farmacia está regulada en el artículo 103.4 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, que determina que sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.

Cabe señalar que tanto la integración horizontal de oficinas de farmacia, que permitiría la formación de cadenas farmacéuticas o, al menos, la explotación de economías de escala incluso con dos farmacias, como la integración vertical de las

³³ El mecanismo de determinación del precio de los medicamentos innovadores está aún pendiente de aprobación.

³⁴ <https://www.boe.es/buscar/pdf/1997/BOE-A-1997-9022-consolidado.pdf>.

³⁵ Artículo 86.6 del Texto Refundido.

³⁶ Artículo 3.6 del Texto Refundido

oficinas de farmacia con laboratorios y almacenes de distribución mayorista están jurídicamente prohibidas en España.

Respecto a la imposibilidad de integración horizontal de farmacias en cadenas, la limitación de propiedad del farmacéutico a una sola oficina de farmacia no está establecida en la Ley 16/1997. Esta limitación a la libertad económica se establece en algunas leyes de ordenación farmacéutica de Comunidades Autónomas³⁷. La única referencia indirecta a esta restricción en la Ley 16/1997 se encuentra en su artículo 1, en el que se define a las oficinas de farmacia como establecimientos sanitarios privados de interés público, en las que el farmacéutico *titular-propietario* de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar una serie de servicios básicos a la población.

Respecto a la imposibilidad de integración de las oficinas de farmacia con los laboratorios farmacéuticos y/o distribuidores mayoristas, el artículo 4.6 del Texto Refundido el determina que el ejercicio profesional del farmacéutico en oficina de farmacia, en establecimiento comercial detallista, en entidades o agrupaciones ganaderas o en un servicio de farmacia hospitalaria y demás estructuras asistenciales es incompatible con cualquier clase de intereses económicos directos de los laboratorios farmacéuticos, entidades de intermediación y/o entidades de distribución. Sin embargo, la disposición transitoria segunda de esta ley permite que los farmacéuticos que forman parte de cooperativas (con un mínimo de 20 cooperativistas) o de sociedades mercantiles (con un mínimo de 100 accionistas o socios) de distribución mayorista de medicamentos, conformadas en ambos casos exclusivamente por los citados farmacéuticos, y ya existentes a la entrada en vigor de la ley, sigan participando en éstas hasta su disolución³⁸.

El interés público de las oficinas de farmacia se justifica por los servicios básicos que prestan a la población, establecidos en la Ley 16/1997:

- La adquisición, custodia, conservación y dispensación de los medicamentos y productos sanitarios.
- La vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas.
- La garantía de la atención farmacéutica, en su zona farmacéutica, a los núcleos de población en los que no existan oficinas de farmacia.

³⁷ Por ejemplo, el artículo 6.1 de la Ley 11/1994, de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco establece que “cada farmacéutico sólo podrá ser propietario y titular o copropietario y cotitular de una única oficina de farmacia”.

³⁸ Este es el caso de la cooperativa de distribución mayorista COFARES, que con un 25% de cuota es la empresa líder en el mercado de distribución mayorista de medicamentos en España.

- La elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los casos y según los procedimientos y controles establecidos.
- La información y el seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes.
- La colaboración en el control del uso individualizado de los medicamentos, a fin de detectar las reacciones adversas que puedan producirse y notificarlas a los organismos responsables de la farmacovigilancia.
- La colaboración en los programas que promuevan las administraciones sanitarias sobre garantía de calidad de la asistencia farmacéutica y de la atención sanitaria en general, promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.
- La colaboración con la Administración sanitaria en la formación e información dirigidas al resto de profesionales sanitarios y usuarios sobre el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- La actuación coordinada con las estructuras asistenciales de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas.
- La colaboración en la docencia para la obtención del título de Licenciado en Farmacia, de acuerdo con lo previsto en las Directivas Comunitarias, y en la normativa estatal y de las Universidades por las que se establecen los correspondientes planes de estudio en cada una de ellas.

Según la Ley 16/1997, las oficinas de farmacia ofrecen servicios adicionales a la dispensación de medicamentos, fundamentales para cumplir con distintos objetivos de salud pública y asegurar el correcto consumo y utilización de los medicamentos de la población. A pesar de la reconocida importancia de estos servicios, la función principal de las oficinas de farmacia es la distribución de medicamentos.

De hecho, el margen regulado que perciben las oficinas de farmacia es, en la mayor parte de los medicamentos, un porcentaje del precio de venta al público de los medicamentos y productos sanitarios que dispensan³⁹, sin que exista ninguna retribución específica por los servicios de atención farmacéutica que éstas prestan a los pacientes.

³⁹ Con este tipo de retribución, a mayor precio del medicamento y mayor volumen de ventas, mayores son los ingresos de la oficina de farmacia.

En este sentido, el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano, determina los márgenes vigentes, tanto para los distribuidores mayoristas como minoristas.

En la tabla siguiente se muestran los márgenes que obtienen las oficinas de farmacia por la dispensación y venta al público de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente, según el precio industrial de los medicamentos.

Tabla 1. Márgenes de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos

Precio del Medicamento (PVL* en euros)	Margen Oficinas de Farmacia (% PVP**/cuantía fija en euros/envase)
PVL ≤ 91,63	27,9%
91,63 < PVL ≤ 200	38,37 euros
200 < PVL ≤ 500	43,37 euros
PVP > 500	48,37 euros

*PVL: precio de venta de laboratorio o precio industrial.

**PVP: precio de venta al público sin impuestos.

Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto 823/2008.

En el mencionado Real Decreto se determina también la contribución o aportación que las oficinas de farmacia realizan, en función de sus ventas, a la financiación del Sistema Nacional de Salud. De esta manera, el margen que obtienen por la dispensación de medicamentos y productos sanitarios con cargo a fondos públicos se minorará según una escala de deducciones en función del volumen de ventas⁴⁰.

⁴⁰ En el caso de medicamentos con un precio industrial superior a 91,63 euros y a efectos de la facturación mensual, se excluye de la escala de deducciones la facturación mensual que, calculada en términos de precio de venta al público con IVA incluido, exceda del citado precio industrial.

Tabla 2. Deducciones sobre la factura mensual de las oficinas de farmacia en concepto de aportaciones al SNS

Ventas totales hasta (PVP IVA* en euros)	Deducción (euros)	Resto hasta (euros)	Porcentaje aplicable
0,00	0,00	37.500,00	0,00%
37.500,01	0,00	45.000,00	7,80%
45.000,01	585,00	58.345,61	9,10%
58.345,62	1.799,45	120.206,01	11,40%
120.206,02	8.851,53	208.075,90	13,60%
208.075,91	20.801,83	295.242,83	15,70%
295.242,83	34.487,04	382.409,76	17,20%
382.409,77	49.479,75	600.000,00	18,20%
600.000,01	89.081,17	En adelante	20,00%

* PVP IVA: precio de venta al público incrementado con el IVA.

Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto 823/2008.

El Real Decreto 9/2011 modificó el Real Decreto 823/2008 para introducir medidas que aseguraran la viabilidad económica de las oficinas de farmacia, con el objetivo de garantizar la continuidad del servicio asistencial que éstas prestan. Esta medida estaba dirigida en un principio a las farmacias situadas en núcleos de población aislados o socialmente deprimidos pero el Real Decreto Ley 16/2012 eliminó este requisito, ampliando el resto de farmacias la posibilidad de recibir ayudas para asegurar su viabilidad económica..

De esta manera, a las oficinas de farmacia que resulten exentas de la escala de deducciones anterior y que cumplen una serie de requisitos⁴¹ les es de aplicación a su favor un índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia correspondiente a las recetas de medicamentos dispensados con cargo a fondos públicos.

Para la aplicación del tramo correspondiente a la escala que se presenta a continuación, se tiene en cuenta la cuantía de la diferencia entre 12.500 euros y el

⁴¹ a) Que no hayan sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estén excluidas de su concertación; b) que participen en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos que establezca la administración sanitaria correspondiente y c) que sus ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público incrementado con el impuesto sobre el valor añadido, no superen los 200.000 euros en el ejercicio económico correspondiente al año natural anterior.

importe de la facturación mensual correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos.

A la diferencia entre dicha cuantía y el tramo inferior que corresponda de la mencionada escala se le aplica el porcentaje señalado en la misma y a la cantidad resultante se le añade el importe fijo especificado en cada tramo de la escala. En ningún caso el importe derivado de la aplicación del índice corrector de los márgenes puede superar, a favor de la farmacia, los 833,33 euros mensuales.

Tabla 3. Índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia

Diferencial		Porcentaje	Fijo
De	a		
0,01	2.750,00	7,25%	
2.750,01	5.500,00	7,75%	199,38
5.500,01	8.250,00	8,25%	412,50
8.250,01	10.466,66	8,75%	639,37
10.466,67	12.500,00		833,33

Fuente: elaboración propia a partir del Real Decreto 823/2008.

Por último, el Real Decreto-Ley 8/2010 establece las deducciones o descuentos a aplicar sobre los medicamentos del SNS dispensados por las oficinas de farmacia. Así, las oficinas de farmacia aplicarán en la facturación de los medicamentos de uso humano fabricados industrialmente que se dispensen con cargo a la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud una deducción del 7,5 % sobre el precio de venta al público de estos medicamentos. No obstante, a efectos de la aplicación y reparto de esta deducción entre todos los agentes de la cadena farmacéutica, la distribución aplicará una deducción del 7,5 % sobre el precio de venta del distribuidor, correspondiendo al laboratorio farmacéutico aplicar igualmente una deducción del 7,5 % sobre el precio industrial máximo.

2.2.3. Planificación farmacéutica

La autorización de nuevas oficinas de farmacia está sujeta a planificación, según establece la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en su artículo 103.3, y la Ley 16/1997, en su artículo 2.1, y dicha planificación tiene como objetivo ordenar la asistencia farmacéutica a la población.

Este artículo también determina que son las Comunidades Autónomas, a las que corresponde garantizar dicha asistencia, las que establecerán criterios específicos de planificación para la autorización de oficinas de farmacia.

La planificación farmacéutica se realizará de acuerdo con la planificación sanitaria y las demarcaciones de referencia para la planificación farmacéutica serán las unidades básicas de atención primaria fijadas por las Comunidades Autónomas.

El artículo 2.2 de la Ley 16/1997 establece que la planificación de oficinas de farmacia se establecerá teniendo en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, con vistas a garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio y la suficiencia en el suministro de medicamentos según las necesidades sanitarias en cada territorio.

La ordenación territorial de estos establecimientos se efectuará por módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia que determinarán las Comunidades Autónomas conforme a los criterios generales antes señalados. En todo caso, las normas de ordenación territorial deberán garantizar la adecuada atención farmacéutica a toda la población.

El artículo 2.3 determina que el módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia será, con carácter general, de 2.800 habitantes por establecimiento.

Las Comunidades Autónomas, en función de la concentración de la población, podrán establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia. En todo caso, una vez superadas estas proporciones, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes.

Por otro lado, la normativa permite a las Comunidades Autónomas establecer módulos de población inferiores para las zonas rurales, turísticas, de montaña o aquéllas en las que, en función de sus características geográficas, no fuese posible la atención farmacéutica aplicando los criterios generales.

Además, por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia u otras circunstancias especiales que concurren, en ciertos establecimientos podrá autorizarse, excepcionalmente, la creación de botiquines⁴² en las condiciones que

⁴² Los botiquines son locales pequeños atendidos por un farmacéutico que están vinculado a una farmacia principal y permiten la accesibilidad a los medicamentos en casos excepcionales de insuficiencia del servicio farmacéutico en núcleos de población aislados. Las Comunidades Autónomas son las que establecen los requisitos necesarios para su establecimiento, así como las características de los mismos.

reglamentariamente se determinen con carácter básico, sin perjuicio de las competencias que tengan atribuidas las Comunidades Autónomas en esta materia⁴³.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia, teniendo en cuenta criterios geográficos y de dispersión de la población viene establecida por la normativa estatal, con carácter general, de 250 metros. Las Comunidades Autónomas, en función de la concentración de la población, podrán autorizar distancias menores entre las mismas; asimismo, las Comunidades Autónomas podrán establecer limitaciones a la instalación de oficinas de farmacia en la proximidad de los centros sanitarios.

Por último, el artículo 2.5 de la Ley 16/1997 determina que el cómputo de habitantes en las zonas farmacéuticas, así como los criterios de medición de distancias entre estos establecimientos, se regularán por las Comunidades Autónomas.

2.3. Regulación de las Comunidades Autónomas

Según el artículo 2.1 de la Ley 16/1997, las Comunidades Autónomas, a las que corresponde garantizar la asistencia farmacéutica, establecerán criterios específicos de planificación para la autorización de oficinas de farmacia.

Los criterios de ordenación territorial de las oficinas de farmacia contenidos en dicha ley (por ejemplo, el módulo mínimo de 2.800 habitantes por oficina de farmacia) tienen carácter de legislación subsidiaria, lo que implica que sólo se aplican en aquellas Comunidades Autónomas que no hayan legislado sobre la materia.

En la actualidad, las diecisiete Comunidades Autónomas tienen leyes propias de ordenación farmacéutica⁴⁴.

Las diferentes leyes autonómicas, además de establecer los criterios de planificación, definen las funciones de las oficinas de farmacia, incorporando nuevas actividades y potenciando las labores de Atención Farmacéutica y establecen los criterios de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia en concursos públicos.

A continuación se describen los principales aspectos de la ordenación territorial de las oficinas de farmacia en las Comunidades Autónomas y al final de este apartado se presenta una tabla resumen con las principales características.

⁴³ Artículo 86.4 del Texto Refundido.

⁴⁴ La única excepción son las ciudades de Ceuta y Melilla en las que la Administración Central del Estado mantiene, a través del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGESA), la gestión de la sanidad.

2.3.1. Andalucía

La Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de farmacia de Andalucía regula la planificación de las oficinas de farmacia definiendo, como instrumento básico para la planificación, las unidades territoriales farmacéuticas cuya referencia son las zonas básicas de salud.

Esta Ley es menos restrictiva que la Ley 16/1997 porque, con objeto de garantizar la distribución uniforme y accesibilidad de las oficinas de farmacia, permite la autorización de la primera oficina de farmacia en cada unidad territorial farmacéutica, municipio, ELA⁴⁵ o EATIM⁴⁶, núcleo poblacional aislado con al menos 1.000 habitantes, aeropuerto y centro de tráfico de viajeros o mercancías. La segunda farmacia, en cambio, sólo se puede instalar si se satisfacen los umbrales mínimos de la Ley estatal (módulo de 2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes).

La autorización de la primera farmacia en todos los municipios y entidades locales o núcleos poblacionales se había introducido con anterioridad a esta Ley, en el año 2003, mediante el Decreto 353/2003, de 16 de diciembre, por el que se establecen la planificación farmacéutica y los procedimientos de autorización relativos a oficinas de farmacia.

Además, la Ley andaluza resulta menos restrictiva en las localidades turísticas ya que el cómputo de población tiene en cuenta no sólo los habitantes empadronados, sino también los alojamientos turísticos y las segundas residencias.

Asimismo, se mantiene la distancia mínima de 250 metros de la legislación estatal entre oficinas de farmacia y la distancia mínima entre oficinas de farmacia y cualquier centro asistencial del Sistema Sanitario Público es de 200 metros (excepto en los municipios con una única farmacia, en los que la distancia mínima es de 100 metros).

2.3.2. Aragón

Ley 4/1999, de 25 de marzo, de ordenación farmacéutica para Aragón y el Decreto 197/2009, de 17 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de esta Ley, determinan los criterios de planificación de las oficinas de farmacia en esta Comunidad Autónoma.

⁴⁵ Entidad local autónoma.

⁴⁶ Entidad de ámbito territorial inferior al municipio.

Para la planificación farmacéutica, se tienen en cuenta las Zonas de Salud, que se clasifican en urbanas (aquéllas que concentran en uno de sus municipios el 80% de la población de dicha zona) y no urbanas.

Los módulos de población requeridos para la autorización de las oficinas de farmacia en Aragón son ligeramente inferiores a los establecidos en la legislación estatal: de 2.600 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en las zonas urbanas y de 2.000 habitantes y fracción superior a 1.800 habitantes en las zonas no urbanas.

Además, en las Zonas de Salud con población estacional turística, dicha población se computa a efectos de calcular el número de habitantes para la autorización de oficinas de farmacia.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia es de 250 metros y la distancia entre oficinas de farmacia y centros sanitarios públicos es de 150 metros (excepto en municipios con una sola oficina de farmacia en los que no se tiene en cuenta la distancia al centro de salud para su autorización).

2.3.3. Asturias

La Ley 1/2007, de 16 de marzo, de Atención y Ordenación Farmacéutica de Asturias establece los criterios de planificación de oficinas de farmacia en esa Comunidad Autónoma.

La planificación farmacéutica se realiza por zonas farmacéuticas en Asturias y, por norma general, éstas coinciden con las zonas de salud. Sin embargo, en función de la densidad o dispersión de la población y de las necesidades de atención farmacéutica, se permite agrupar o disgregar las zonas de salud para la creación de zonas farmacéuticas

Cabe destacar, la autorización de la primera oficina de farmacia en todos los concejos, así como en las parroquias y núcleos de población de ámbito inferior al concejo, siempre que su población sea superior a 600 habitantes y cuenten con un centro de atención sanitaria público en régimen de jornada completa.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia es de 250 metros y la distancia entre oficinas de farmacia y centros sanitarios públicos o privados concertados, de asistencia hospitalaria o extrahospitalaria, es de 250 metros (excepto en zonas farmacéuticas, concejos, parroquias o núcleos de población de ámbito inferior al concejo con una sola oficina de farmacia, en cuyo caso no es exigible el criterio de distancia al centro sanitario para su autorización).

2.3.4. Baleares

La Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de ordenación farmacéutica de las Islas Baleares determina los criterios de planificación de las oficinas de farmacia en esta Comunidad.

La planificación farmacéutica se realiza por zonas farmacéuticas y, por norma general, éstas coinciden con las zonas de salud. Sin embargo, se permite agrupar o disgregar las zonas de salud colindantes para la creación de zonas farmacéuticas.

El módulo de población general requerido en Baleares para la autorización de una oficina de farmacia es de 2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes (al igual que la Ley estatal) y la distancia mínima entre oficinas de farmacia y entre éstas y los centros sanitarios públicos es de 250 metros.

Recientemente se ha aprobado la Ley 1/2015, de 19 de febrero, por la que se modifica la ordenación farmacéutica de las Islas Baleares. Esta nueva Ley, aunque no modifica el módulo de población mínimo general requerido para la autorización de oficinas de farmacia, introduce el módulo estacional⁴⁷, que restringe la apertura de nuevas oficinas de farmacia en zonas farmacéuticas con población turística⁴⁸.

Además, dicha ley elimina la autorización de apertura de una farmacia en los núcleos de población cuyo número de habitantes sea igual o superior 750, si la distancia entre la nueva oficina de farmacia y las más próximas es igual o superior a 1.000 metros, contemplada en la redacción previa de la Ley 7/1998.

2.3.5. Canarias

La Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias, determina que las demarcaciones territoriales para la planificación de la atención farmacéutica en esa Comunidad son las zonas farmacéuticas.

El módulo de población mínimo para la autorización de una oficina de farmacia en Canarias es el mismo que establece la Ley estatal (2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes), con la excepción de los núcleos residenciales aislados o turísticos que cuenten con al menos 1.500 habitantes o 2.500 plazas de

⁴⁷ Módulo de 3.500 habitantes y fracción superior a 2.500 habitantes.

⁴⁸ Con anterioridad a la aprobación del Texto Refundido, la población estacional se computaba como el 40% del número de plazas turísticas (plazas hoteleras y apartamentos turísticos) y el 30% de las segundas residencias para determinar, junto con la población permanente, la población total de cada zona farmacéutica.

alojamiento, en los que distancia a la farmacia más próxima sea de al menos 1.000 metros.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia y entre éstas y los centros asistenciales públicos es de 250 metros en Canarias (con la excepción de los núcleos de población a los que sólo corresponda una farmacia, en cuyo caso podrá autorizarse su instalación a un mínimo de 125 metros de distancia de los centros asistenciales públicos).

2.3.6. Cantabria

La Ley 7/2001, de 19 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cantabria determina que la planificación farmacéutica se realiza a partir de las zonas farmacéuticas que toman como referencia, o bien los municipios o bien las zonas básicas de salud, en los municipios que integren en su totalidad varias zonas básicas de salud.

Al igual que en Andalucía, se permite la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios de Cantabria.

Con carácter general, el módulo de población mínimo para la autorización de una oficina de farmacia en Cantabria es de 2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes y para el cómputo de habitantes en cada zona farmacéutica, se contabiliza el 20% las plazas turísticas (plazas hoteleras, apartamentos turísticos y de camping) en dicha zona farmacéutica.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia y entre éstas y los centros públicos de asistencia sanitaria es de 250 metros, aunque esta última distancia no es de aplicación a los municipios con una sola oficina de farmacia. Otra excepción al criterio general de distancia entre oficinas de farmacia son los núcleos de población que por su densidad de población no permitan el cumplimiento de la distancia de 250 metros, en cuyo caso podrá autorizarse una oficina de farmacia a una distancia no inferior a 150 metros.

2.3.7. Castilla y León

La Ley 13/2001, de 20 de diciembre, de ordenación farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León toma como referencia para la planificación farmacéutica las zonas farmacéuticas, que se clasifican como urbanas (incluidas en municipios con más de

20.000 habitantes), semiurbanas (incluidas en municipios de 5.000 a 20.000 habitantes) y rurales (las restantes zonas farmacéuticas).

Los módulos de población mínimos para la apertura de una nueva oficina de farmacia son de 2.500 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en las zonas farmacéuticas urbanas, de 2.000 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en las zonas semiurbanas y de 1.800 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en las zonas rurales.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia y entre éstas y los centros públicos de asistencia sanitaria es de 250 metros en las zonas farmacéuticas urbanas y semiurbanas y de 150 metros en las zonas rurales (no será exigible este requisito en las entidades locales, sede de los centros sanitarios, en las que sólo proceda la instalación de una oficina de farmacia).

2.3.8. Castilla-La Mancha

Castilla-La Mancha es la Comunidad Autónoma que ha aprobado un mayor número de Leyes de ordenación farmacéutica, siendo su primera ley⁴⁹ anterior a la Ley 16/1997.

Un rasgo característico de la ordenación farmacéutica en Castilla-La Mancha es la autorización de la primera oficina de farmacia en todos los núcleos de población⁵⁰.

Además, los criterios demográficos de planificación farmacéutica en Castilla-La Mancha han sido siempre menos restrictivos que los de la ley estatal y ya en su primera ley de ordenación farmacéutica, aprobada en 1996, estableció el módulo de población mínimo para la apertura de una oficina de farmacia en 1.750 habitantes y fracción superior a 1.000 habitantes.

En dicha ley la distancia mínima se fijó en 150 metros entre oficinas de farmacia y entre éstas y cualquier centro sanitario público, de financiación pública o concertado, excepto en los núcleos de población donde sólo podía autorizarse una oficina de farmacia.

⁴⁹ Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha, vigente hasta 2005.

⁵⁰ A los efectos de la Ley 4/1996, se entiende por núcleo de población a un conjunto independiente o asilado, de al menos diez edificaciones que estén formando calles o plazas y que esté reconocido como tal en el Mapa farmacéutico de Castilla-La Mancha.

En el año 2000, se aprueba la Ley 10/2000, de 26 de diciembre, de modificación de la Ley 4/1996, con el objetivo de permitir la apertura de nuevas oficinas de farmacia en núcleos de población que tengan una concentración de población de más de 1.000 habitantes, contados a partir de 500 metros de la oficina de farmacia más próxima.

En el año 2005, con la aprobación de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha, se elimina esta posibilidad y se establecen unos criterios de planificación territorial más restrictivos que en las Leyes de ordenación farmacéutica anteriores.

Por una parte, el módulo de población mínimo para autorizar una oficina de farmacia es en 2005 de 1.800 habitantes y fracción superior a 1.800 habitantes (frente al módulo mínimo de 1.750 y fracción superior a 1.500 anterior).

Por otra parte, la distancia mínima entre oficinas de farmacia (que era de 150 metros) se establece en 250 metros como norma general, y ésta es la misma distancia mínima que debe existir entre oficinas de farmacia y centros sanitarios públicos y concertados. Como excepción, se mantiene una distancia mínima de 150 metros para los núcleos de población de menos de 5.000 habitantes.

Finalmente, en el año 2015 se ha aprobado la Ley 2/2015, de 19 de febrero, por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, con el objetivo de favorecer la permanencia de las farmacias en el medio rural. Los criterios de planificación de oficinas de farmacia no se han modificado de forma sustancial con esta nueva ley⁵¹.

2.3.9. Cataluña

La Ley 31/1991, de 13 de diciembre, de ordenación farmacéutica de Cataluña, anterior a la Ley estatal, establece como referencia, a efectos de planificación farmacéutica, las áreas básicas de salud de esta Comunidad.

Las áreas básicas de salud de Cataluña se clasifican en áreas básicas urbanas (áreas cuya delimitación está comprendida en un solo término municipal o áreas en las que el 90% de la población reside en un mismo término municipal), áreas básicas de montaña (áreas comprendidas totalmente en las comarcas o zonas de

⁵¹ En cuanto a planificación farmacéutica: se sustituye el módulo de 1.800 habitantes y fracción superior a 1.800 habitantes por el de 1.900 habitantes y fracción superior a 1.600 habitantes.

montaña) y áreas básicas rurales y semiurbanas (las áreas no comprendidas en las definiciones anteriores).

En las áreas básicas urbanas se autoriza como máximo una oficina de farmacia por cada 4.000 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes, en las áreas básicas de montaña el módulo de población mínimo es de 1.500 habitantes y en las áreas básicas rurales y semiurbanas se autoriza una oficina de farmacia por cada 2.500 habitantes.

Cabe destacar que en el cómputo del número de habitantes se tiene en cuenta el 10% de los alojamientos turísticos del área básica de salud, entendiendo como tales las viviendas de segunda residencia (computando 4 plazas por vivienda), las plazas hoteleras y las plazas de camping.

Los criterios de planificación de la Ley 31/1991 fueron modificados en el año 2001 por la Ley 21/2001, de 28 de diciembre, de medidas fiscales y administrativas, estableciéndose el módulo de población para las áreas básicas de montaña en 2.500 habitantes (al igual que en las áreas básicas rurales y semiurbanas).

La distancia mínima entre oficinas de farmacia es de 250 metros y la distancia entre éstas y los centros de atención primaria, que sean cabeceras de área básica, se fija en 225 metros (a excepción de los municipios que no dispongan de oficina de farmacia, en cuyo caso la distancia mínima es de 125 metros).

2.3.10. Extremadura

La Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de farmacia de Extremadura determina los criterios para la autorización de oficinas de farmacia en la actualidad y deroga la ley anterior⁵².

Una característica fundamental de la ordenación farmacéutica de Extremadura es que esta Comunidad, al igual que Andalucía o Castilla-La Mancha, permite la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios o entidades locales de ámbito inferior al municipio, eso sí, siempre y cuando tengan una población superior a 500 habitantes.

El número total de farmacias en cada núcleo de población no excederá del número entero inferior resultado de aplicar la ecuación $n = [(número\ de\ habitantes - 700) * 0,00043] + 1$.

⁵² Ley 3/1996, de 25 de junio, de atención farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Extremadura.

Este criterio es menos restrictivo que el que establecía la ley anterior, que era de una oficina de farmacia por cada 1.800 habitantes y autorización de las siguientes por tramos a partir de 1.801-3.600 habitantes, 3.601-5.400 y así sucesivamente.

Sin embargo, la Ley 3/1996 autorizaba la primera oficina de farmacia en todos los municipios y entidades de ámbito inferior al municipio con una población superior a 400 habitantes.

En Extremadura, las nuevas oficinas de farmacia deben mantener una distancia mínima de 250 metros respecto de las ya existentes, así como de los centros sanitarios de atención primaria o especializada de titularidad pública (esta distancia mínima no será de aplicación en aquellos núcleos de población donde vaya a existir una única oficina de farmacia).

2.3.11. Galicia

La Ley 5/1999, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica de Galicia, establece la planificación de las oficinas de farmacia en esta Comunidad.

La base de la planificación farmacéutica en Galicia son las unidades básicas de atención primaria que se corresponden, a su vez, con las demarcaciones municipales de esta Comunidad y son las que determinan las zonas farmacéuticas.

Las zonas farmacéuticas se clasifican en urbanas (municipios con más de 30.000 habitantes), semiurbanas (municipios cuya población está comprendida entre 10.000 y 30.000 habitantes) y rurales (municipios con menos de 10.000 habitantes).

Los módulos de población para la autorización de nuevas oficinas de farmacia son de 2.800 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en las zonas urbanas, de 2.500 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en zona semiurbanas y de 2.000 habitantes y fracción superior a 1.500 habitantes en zonas rurales.

Sin embargo, al igual que otras Comunidades Autónomas mencionadas anteriormente, Galicia permite la apertura de la primera farmacia en cada municipio y, además, autoriza dicha apertura en las entidades colectivas de población que carezcan de oficina de farmacia y la más próxima se encuentre a más de 400 metros de distancia, siempre y cuando cuenten con más de 2.000 habitantes.

En Galicia, las oficinas de farmacia deben guardar una distancia mínima de 250 metros entre sí y respecto a los centros públicos de asistencia sanitaria.

Aunque en el año 2005 se aprueba la Ley 5/2005, de 17 de marzo, de modificación de la Ley 5/1999, de 21 de mayo, de ordenación farmacéutica, ésta no modifica los criterios de planificación de oficinas de farmacia establecidos en la ley anterior.

2.3.12. La Rioja

La Ley 8/1998, de 16 de junio, de ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja determina los criterios de planificación de las oficinas de farmacia que, con algunas modificaciones posteriores, se aplican en la actualidad.

La mencionada ley establece que las demarcaciones territoriales de referencia para la planificación farmacéutica son las zonas farmacéuticas, que se clasifican en zonas farmacéuticas urbanas (las que resultan de agregar las zonas básicas de salud incluidas en municipios mayores de 100.000 habitantes) y zonas farmacéuticas no urbanas (resto de las zonas básicas de salud de La Rioja).

En las zonas farmacéuticas urbanas y no urbanas que incluyan un municipio de 5.000 habitantes, se autoriza una oficina de farmacia por cada 2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes mientras que, en el resto de las zonas, el módulo mínimo es de 2.000 habitantes por oficina de farmacia.

En La Rioja se permite la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios cuya población sea superior a 400 habitantes y la distancia mínima entre oficinas de farmacia y entre éstas y cualquier centro sanitario público es de 250 metros (este último criterio no es de aplicación en los municipios de farmacia única).

En el año 2006, la Ley 7/2006, de 18 de octubre, de modificación de la Ley 8/1998, de 16 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma de La Rioja introduce pequeños cambios en los criterios de planificación respecto a la regulación anterior y, como novedad, establece nuevas demarcaciones geográficas (municipios turísticos, sectores de expansión urbanísticos y zonas farmacéuticas de montaña o especiales) con el objetivo de adaptarse mejor a las características demográficas de La Rioja.

2.3.13. Madrid

La Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de ordenación y atención farmacéutica de la Comunidad de Madrid determina la planificación farmacéutica a partir de las zonas farmacéuticas, para las que se toma como referencia las zonas básicas de salud, distritos sanitarios y áreas sanitarias de esta Comunidad.

El módulo de población mínimo para la apertura de una nueva farmacia es de 2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes en las zonas urbanas y de 2.000 habitantes para las zonas rurales.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia es de 250 metros y las nuevas instalaciones (por apertura o traslado) no podrán situarse a menos de 150 metros de centros de atención primaria o especializada, criterio que no se aplicará en los municipios con una única oficina de farmacia.

2.3.14. Murcia

De acuerdo con la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de ordenación farmacéutica de la Región de Murcia, la planificación farmacéutica se realiza a partir de las zonas farmacéuticas, para las que se toma como referencia las zonas de salud de la Región de Murcia.

Las zonas farmacéuticas se clasifican en urbanas (el 75% de su población pertenece al mismo término municipal), turísticas (el número de alojamientos turísticos y de segunda residencia es superior al de viviendas habituales) y rurales.

El módulo poblacional mínimo en las zonas urbanas es de 2.800 habitantes por oficina de farmacia y fracción superior a 2.000 habitantes, en las zonas turísticas es de 2.500 habitantes por oficina de farmacia y fracción superior a 2.000 habitantes y en el caso de zonas rurales, el número máximo de oficinas de farmacia corresponde al módulo de 1.500 habitantes por oficina de farmacia.

En las zonas turísticas, para el cómputo del número de habitantes para la autorización de apertura de oficinas de farmacia, se tiene en cuenta el 30% de las plazas turísticas (alojamientos hoteleros, apartamentos turísticos y plazas de camping) y el 40% de las viviendas de segunda residencia (computando cuatro habitantes por vivienda).

La distancia entre oficinas de farmacia es de 250 metros aunque, en función de la concentración de la población residente, se pueden autorizar farmacias a distancias de hasta 150 metros.

La distancia de las nuevas farmacias a cualquier centro sanitario, público o concertado, es de 200 metros (con excepción de los municipios o entidades locales de ámbito local inferior sin oficina de farmacia, en cuyo caso la distancia mínima es de 125 metros).

2.3.15. Navarra

La Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de atención farmacéutica de Navarra, hace una interpretación distinta a la del resto de Comunidades Autónomas de la planificación farmacéutica, a la que define como la previsión del número mínimo de oficinas de farmacia que precisa cada Zona Básica de Salud, para conseguir un equitativo acceso a la atención farmacéutica de toda la población de la Comunidad Foral.

En este sentido, la ley navarra determina la imposibilidad de autorización de nuevas oficinas de farmacia en Navarra si alguna Zona Básica de Salud quedara desprovista del número mínimo de farmacias que resulta de la planificación.

El modelo de planificación adoptado por Navarra es distinto al de la ley estatal y fue declarado constitucional por el Auto del Tribunal Constitucional de 24 de febrero de 2004.

La ley navarra, en vez de establecer el número máximo de farmacias por módulo de población, como hacen todas las leyes autonómicas, determina el número mínimo de farmacias que deben abrir para servir a la población de las zonas básicas de salud que forman parte de una localidad y de cada una de las localidades que integran una Zona Básica de Salud.

El número mínimo de farmacias en cada Zona Básica de Salud o localidad es de una farmacia por cada 2.800 habitantes y no se permite la apertura de ninguna farmacia adicional, mientras no se alcance en cada zona básica de salud un mínimo de una farmacia por cada 2.800 habitantes. Una vez este número mínimo de farmacias ha abierto, cualquier farmacéutico puede abrir su oficina de farmacia mientras no se alcance un ratio menor al de 700 habitantes por farmacia en el conjunto de Navarra.

En todo caso, las localidades con una población superior a 700 habitantes cuentan, como mínimo, con una oficina de farmacia abierta al público y la distancia mínima entre las nuevas farmacias y las ya instaladas es de 150 metros. En Navarra, a diferencia del resto de Comunidades Autónomas, no se establece una distancia mínima entre oficinas de farmacia y centros de salud.

La Ley Foral 20/2008, de 20 de noviembre, por la que se modifica la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica, modifica la ley anterior en lo referente al número máximo de farmacias abiertas al público en cada una de las localidades de Navarra.

De acuerdo con esta nueva Ley, la apertura de la primera farmacia en cada localidad es libre (aunque no alcance la cifra de 700 habitantes) pero sólo se autoriza la segunda farmacia cuando la población en la localidad sea igual o superior a 1.400 habitantes y así sucesivamente por cada 700 habitantes.

2.3.16. País Vasco

Según la Ley 11/1994, de 17 de junio, de ordenación farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco, la planificación farmacéutica se realiza en base a las necesidades de atención farmacéutica de los habitantes de una demarcación territorial determinada, denominada zona farmacéutica y formada por el conjunto de una o varias zonas de salud.

Esta ley, anterior a la Ley 16/1997, establece unos criterios de planificación más restrictivos que la ley estatal en los municipios grandes (territorialmente mayores a la zona de salud), en los que el número máximo de oficinas de farmacia es de 1 por cada 3.200 habitantes y fracción superior a 2.500.

En el caso de que la zona de salud coincida con la zona farmacéutica y con el municipio, el número máximo de farmacias es de una cada 2.800 habitantes y fracción superior a 2.500 y, en el caso de que una zona de salud comprenda, total o parcialmente, varios municipios, la zona farmacéutica coincide con la zona de salud y el número máximo de farmacias es de una por cada 2.500 habitantes

Un rasgo característico de la planificación farmacéutica en el País Vasco es que se requiere un tamaño mínimo de 800 habitantes para la apertura de una oficina de farmacia (aunque, excepcionalmente, en zonas deprimidas que dispongan de programa de fomento, las Administraciones locales podrán solicitar la creación de una oficina de farmacia en municipios de menos de 800 habitantes).

La distancia mínima que debe guardar una nueva oficina de farmacia a la más próxima, sea o no de la misma zona de salud, es de 250 metros y de 150 metros a un centro sanitario dependiente del Servicio Vasco de Salud.

Sin embargo, de forma excepcional, en las zonas farmacéuticas con una densidad superiora 4.000 habitantes/km² se prevé establecer una escala de reducción según la densidad de cada zona de salud pueda reducirse la distancia entre oficinas de farmacia hasta un mínimo de 150 metros.

2.3.17. Comunidad Valenciana

La Ley 6/1998, de 22 de junio, de ordenación farmacéutica de la Comunidad Valenciana, dispone para llevar a cabo la planificación farmacéutica la creación de zonas farmacéuticas que tienen como base las comarcas naturales de la Comunidad Valenciana.

Como rasgo característico, en esta Comunidad se permite la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios y entidades locales menores, con el objetivo indicado de garantizar la adecuada atención farmacéutica a estas poblaciones.

En la Comunidad Valenciana, se distingue entre zonas farmacéuticas generales y zonas farmacéuticas turísticas (aquéllas en las que la población estacional media anual supera en un 30% a la población anual censada).

El módulo de población en las primeras es de 2.800 habitantes y fracción superior a 2.000 habitantes mientras que en las segundas, una vez ajustada la población de acuerdo con el módulo general, se considera un módulo turístico complementario de 3.500 habitantes estacionales y fracción superior a 2.500 habitantes estacionales.

La distancia mínima entre oficinas de farmacia y entre éstas y cualquier centro sanitario dependiente de la Consejería de Sanidad se establece en 250 metros.

Una vez analizadas las principales características de la regulación autonómica de planificación de oficinas de farmacias, en la Tabla 4 se resumen las mismas con el objetivo de ofrecer una visión global de las restricciones al establecimiento de las oficinas de farmacia impuestas por la regulación autonómica en comparación con la regulación estatal.

En primer lugar, se enumeran las Comunidades Autónomas que permiten la apertura de la primera farmacia en todos los municipios o localidades, con el objetivo de garantizar la adecuada cobertura de la atención farmacéutica. Cabe matizar que algunas de las comunidades incluidas en la tabla permiten dicha apertura sujeta a un mínimo de población. Este es el caso de Asturias (600 habitantes), Extremadura (500 habitantes) y La Rioja (400 habitantes).

En segundo lugar, se presentan las Comunidades Autónomas con módulos generales de población inferiores (criterio menos restrictivo) y superiores (criterio más restrictivo) al módulo de 2.800 habitantes por oficina de farmacia establecido por la Ley 16/1997 a nivel estatal.

Por último, se resumen las Comunidades Autónomas que permiten distancias menores de 250 metros entre oficinas de farmacia (excepto Navarra, el resto de

Comunidades que aparecen en la correspondiente columna de la tabla permiten distancias de hasta 150 metros sólo en municipios con características específicas de población o densidad de población) y la única Comunidad Autónoma que no establece distancia mínima entre oficinas de farmacia y centros de salud (Navarra).

Tabla 4. Resumen de la regulación autonómica de las oficinas de farmacia

Comunidad Autónoma	Autorización primera farmacia en todos los municipios	Módulo general de población < 2.800 habitantes por farmacia	Módulo general de población > 2.800 habitantes por farmacia	Distancia < 250 metros entre farmacias	Distancia mínima obligatoria al centro de salud
ANDALUCÍA	X				X
ARAGÓN		X			X
ASTURIAS	X	X			X
BALEARES					X
CANARIAS					X
CANTABRIA	X			X	X
CASTILLA Y LEÓN		X		X	X
CASTILLA - LA MANCHA	X	X		X	X
CATALUÑA			X		X
EXTREMADURA	X	X			X
GALICIA	X				X
LA RIOJA	X				X
MADRID					X
MURCIA				X	X
NAVARRA	X	X		X	
PAÍS VASCO			X		X
VALENCIA	X				X

Fuente: elaboración propia a partir de las leyes de ordenación farmacéutica de las Comunidades Autónomas.

3. ANÁLISIS ECONÓMICO

Los medicamentos son bienes esenciales para preservar la salud y son considerados como bienes de mérito o de consumo preferente⁵³ por los gobiernos de muchos países. En particular, el consumo de algunos productos, como vacunas y medicamentos para tratar enfermedades infecciosas, no sólo beneficia al que lo consume, sino que genera fuertes externalidades positivas para la sociedad en su conjunto (mejoran la salud de la sociedad, evitando la propagación de determinadas enfermedades, generan menor gasto público sanitario, incremento de la productividad, etc.), que requieren de la intervención eficiente del Estado para su correcta internalización. La financiación pública de los medicamentos es un instrumento para garantizar que los medicamentos sean accesibles a toda la población, independientemente de su nivel de renta o lugar de residencia.

Desde un punto de vista económico, los medicamentos también pueden considerarse como bienes de experiencia o bienes credenciales⁵⁴. En este tipo de bienes, el consumidor tiene menos información sobre la calidad del bien que el oferente. En el caso de los medicamentos, el paciente es generalmente incapaz de determinar si un medicamento es seguro y efectivo mediante un examen del mismo y, en ocasiones, incluso tras su consumo.

Este problema de asimetría de información (selección adversa) daría lugar a un “*lemon market*” en el que la calidad del producto caería hasta niveles ineficientemente bajos. Una solución a este fallo de mercado es la provisión de información sobre la calidad del producto por parte de un tercero de confianza (“*trusted*”) o bien, en el caso de los medicamentos, a través de un proceso de aprobación por parte de una agencia reguladora⁵⁵.

Además, sería necesario controlar posibles abusos de poder de mercado por parte de los laboratorios, distribuidores mayoristas y/o aseguradoras de salud⁵⁶. La presencia de este poder de mercado ha dado tradicionalmente cobertura a la

⁵³ Musgrave, R. “*A Multiple Theory of Budget Determination*” (1957).

⁵⁴ Nelson, P., “*Information and Consumer Behavior*” (1970).

⁵⁵ La agencia reguladora, en el caso de España, es la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios.

⁵⁶ Factores que explican el poder de mercado por el lado de la oferta en el sector farmacéutico son los altos costes fijos en I+D de los laboratorios, que suponen un alto coste de entrada en el mercado y explicarían los altos niveles de concentración, y el poder de monopolio temporal otorgado por las patentes, en el caso de los medicamentos de nueva creación o innovadores.

regulación de precios y de márgenes de producción y distribución, específicas de este sector.

En muchos países, entre ellos España, la prescripción y la dispensación de medicamentos son actividades separadas con el objetivo de evitar que se produzcan los denominados problemas de agencia, propios de ambientes con información asimétrica. La dispensación de medicamentos se llevaría a cabo a través de establecimientos ajenos al prescriptor, las oficinas de farmacia, para evitar que éste, el médico, tenga incentivos a prescribir medicamentos influido por motivos ajenos a cuestiones médicas (por ejemplo, recetar medicamentos innecesarios o más caros si éstos les reportasen beneficios económicos).

La decisión de adquisición de un medicamento sujeto a receta recae sobre el médico que lo prescribe y no sobre el que paga (paciente, aseguradora o SNS) y eso hace que la demanda de este tipo de medicamentos sea inelástica al precio. Los médicos son, de esta manera, generalmente insensibles al precio y, en aquellos países en los que el paciente no paga el coste total de los medicamentos, la demanda de medicamentos de los pacientes es también inelástica al precio de los mismos⁵⁷.

Por otra parte, la demanda de distribuidores mayoristas y minoristas es también rígida debido al carácter poco o insustituible de muchos medicamentos. La baja elasticidad-precio de la demanda, junto con el poder de mercado por el lado de la oferta, explica por qué en muchos países los precios de los medicamentos están regulados en los distintos niveles de la cadena del medicamento.

La regulación del mercado de distribución minorista de medicamentos en España es de ámbito nacional en aspectos como el precio de los medicamentos. Sin embargo, en aspectos que afectan y limitan la oferta en el mercado, como son las restricciones existentes para el establecimiento de las oficinas de farmacia, la regulación varía entre Comunidades Autónomas.

Por este motivo, la caracterización del mercado se realiza a nivel nacional, con información desagregada por Comunidades Autónomas, y el análisis de la

⁵⁷ La demanda de medicamentos es también inelástica en ausencia de cobertura, especialmente en el caso de pacientes de países desarrollados (que estarían dispuestos a pagar un precio considerable por mejorar su salud). Por ejemplo, Berndt et al. (1995) estimó la elasticidad de la demanda para medicamentos indicados para el tratamiento de úlceras como grupo, obteniendo una elasticidad de -0,69 y para las distintas variantes moleculares de forma individual obtuvo elasticidades en el rango de -0,74 y -1,03.

competencia en el mercado, dado el carácter local de la misma, se realiza a nivel de municipios en España⁵⁸.

3.1. Caracterización del mercado de distribución minorista de medicamentos en España

La distribución minorista de medicamentos a través de oficinas de farmacia es el último eslabón de la cadena del medicamento y garantiza el acceso de los pacientes a los medicamentos.

Aunque las oficinas de farmacia son el canal mayoritario de distribución minorista de medicamentos en España, los servicios de farmacia hospitalaria y los centros de atención primaria también dispensan medicamentos.

En los últimos años, la cuota de los hospitales en el mercado de distribución minorista ha aumentado de forma considerable debido a que muchos fármacos, que generalmente presentan un coste elevado, indicados para el tratamiento de pacientes ambulatorios con enfermedades crónicas que antes se adquirirían en oficinas de farmacia son ahora dispensados en los hospitales⁵⁹.

El Gráfico 1 muestra la evolución, en el periodo 2000-2013, del importe de las ventas de medicamentos a precio de venta de laboratorio (PVL)⁶⁰, a través de oficinas de farmacia y de hospitales, tomando como referencia las ventas de medicamentos en el año 2000.

Se observa un crecimiento sostenido de las ventas de medicamentos en hospitales en todo el periodo y, a partir del año 2003, este crecimiento es superior al crecimiento de las ventas de medicamentos en oficinas de farmacia. Cabe resaltar

⁵⁸ Para realizar la caracterización del mercado, se han utilizado distintas fuentes de información. A pesar de la importancia en términos cuantitativos de este mercado, la única fuente de información oficial es la estadística que publica, con carácter mensual, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad sobre “*Consumo Farmacéutico en el Sistema Nacional de Salud*” y que proporciona información sobre el consumo de medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, prescritos en receta oficial de la Seguridad Social y dispensados a través de las oficinas de farmacia.

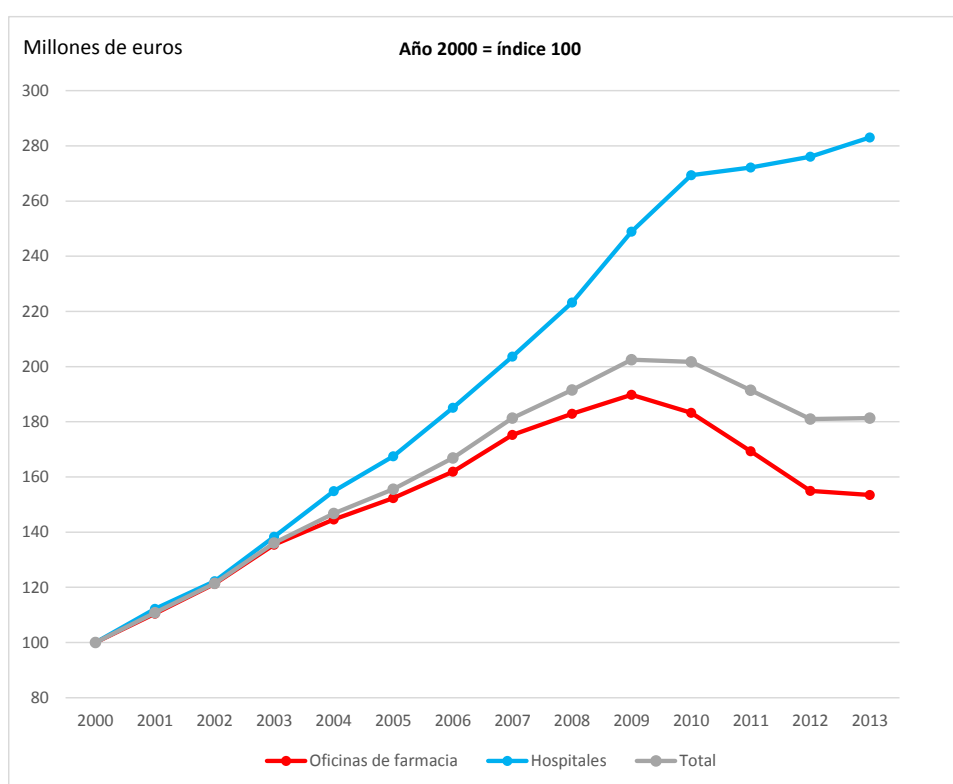
El resto de la información utilizada en el análisis proviene de las Comunidades Autónomas, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y de la consultora IMS Health.

⁵⁹ Según datos de Farmaindustria, la cuota de los hospitales en el mercado de distribución minorista de medicamentos ha pasado de ser un 21,5% en el año 2000 a un 33,5% en el año 2013.

⁶⁰ El precio de venta de laboratorio (PVL) incluye el coste de producción de los medicamentos y el margen del laboratorio. No incorpora los márgenes de distribución mayorista y minorista ni el IVA. También se excluye la deducción del 7,5% a aplicar sobre el PVL de los medicamentos, establecida en el Real Decreto 8/2010.

que el aumento de la cuota de los hospitales en el mercado de distribución minorista se consolida en el periodo de crisis económica que comienza en el año 2008. A partir de este año, las ventas de medicamentos en hospitales siguen creciendo (aunque a un ritmo menor que en años anteriores) mientras que las ventas de medicamentos en oficinas de farmacia decrecen de forma muy significativa en el periodo 2008-2012, para estabilizarse en los dos últimos años del periodo considerado.

**Gráfico 1. Evolución de facturación por ventas de medicamentos en España
 Periodo 2000-2013**

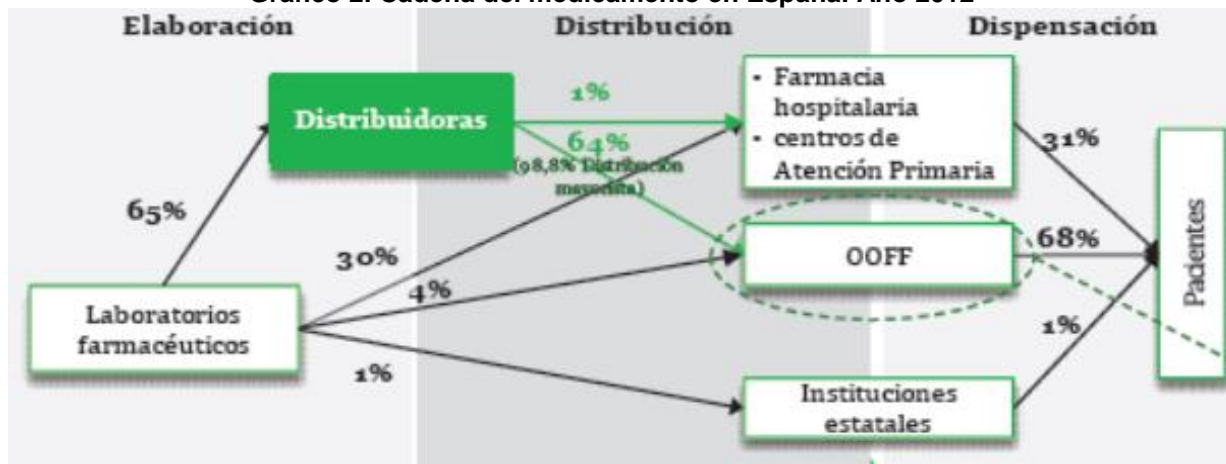


Fuente: elaboración propia a partir de las Memorias anuales de Farmaindustria (2000-2013).

El Gráfico 2 muestra las cuotas de los participantes en las actividades de la cadena del medicamento en España en el año 2012. Los laboratorios farmacéuticos producen los medicamentos y éstos son adquiridos principalmente por los almacenes de distribución mayorista (65% del total), por los servicios de farmacia hospitalaria y centros de salud (30%) y de forma residual por las oficinas de farmacia (4%) e instituciones estatales (1%). Los almacenes de distribución mayorista venden mayoritariamente a las oficinas de farmacia (99% de la distribución mayorista) y el 1% restante a los hospitales. La distribución minorista en

España la realizan las oficinas de farmacia (68% de la distribución minorista) y los hospitales (31%) e instituciones estatales (1%).

Gráfico 2. Cadena del medicamento en España. Año 2012



Fuente: FEDIFAR, Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en España (2013).

3.1.1 Estructura de la demanda

Según la OCDE, el gasto farmacéutico en la Unión Europea se aproximó a los 200 mil millones de euros en el año 2012⁶¹. Sin embargo, existen grandes diferencias en el gasto farmacéutico per cápita entre los Estados miembros debido a diferencias en volumen y estructura del consumo y en los precios de los medicamentos. El gasto farmacéutico per cápita en España (que asciende a 345 euros en paridad de poder de compra o PPPs) se situó ligeramente por debajo de la media europea, mientras que el porcentaje que supone el gasto farmacéutico respecto al Producto Interior Bruto (PIB) es equivalente a la media europea (1,5%).

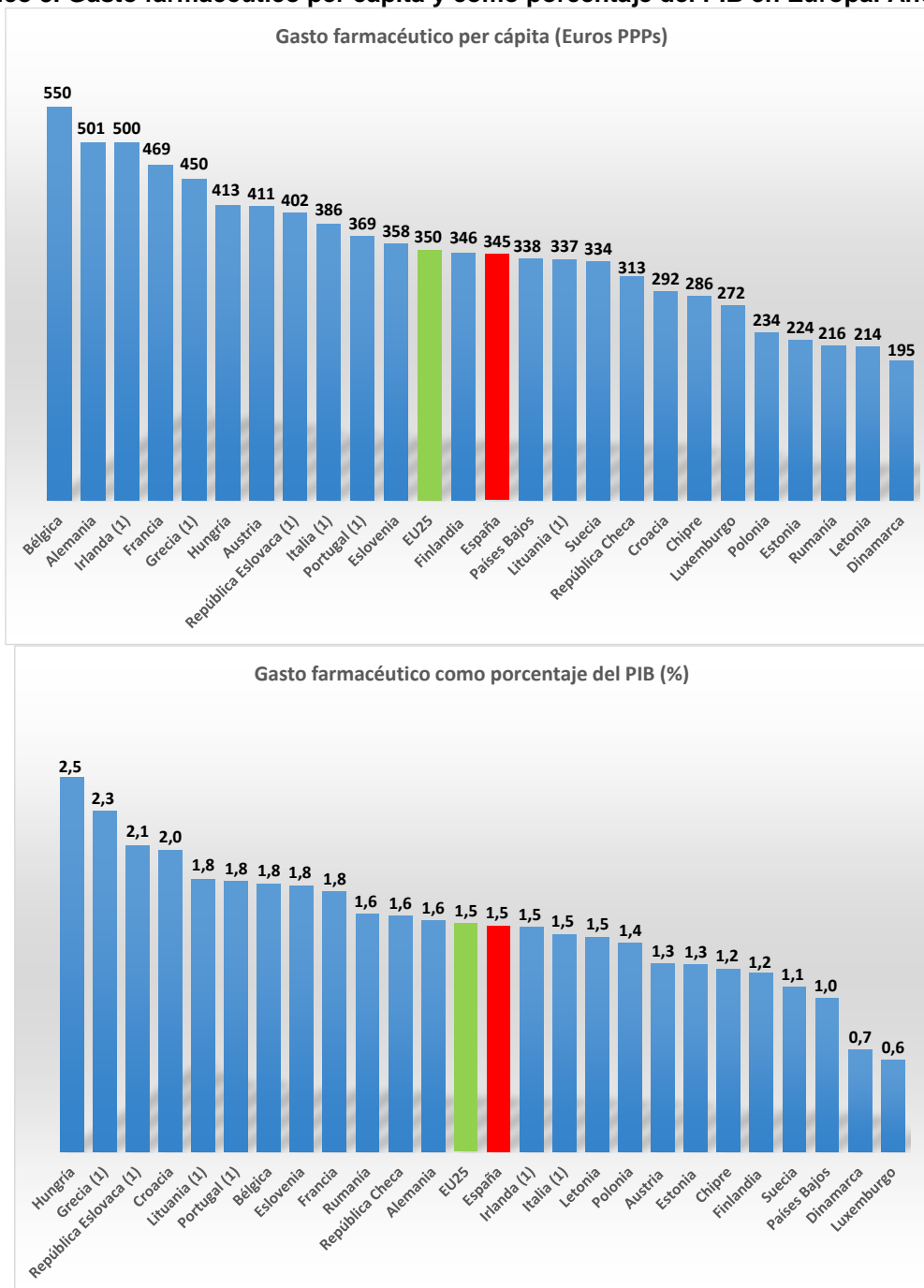
Si se analiza la evolución reciente del gasto farmacéutico per cápita, se observa que la crisis económica y las medidas adoptadas han reducido especialmente este gasto en España en comparación con otros países europeos⁶². A partir de 2009, el gasto farmacéutico per cápita se desacelera en el promedio europeo y cae de forma significativa en España (-12% entre 2009 y 2012). Respecto a la evolución del gasto farmacéutico como porcentaje del gasto sanitario, se aprecia una convergencia a lo

⁶¹ En las estadísticas sanitarias de la OCDE, el gasto farmacéutico cubre el gasto farmacéutico de los medicamentos dispensados en oficinas de farmacia y no el de los hospitales e incluye el gasto tanto de medicamentos sujetos a prescripción médica como *over-the-counter* (OTC). El gasto está expresado en términos de precio de venta al público e IVA e incluye los márgenes de distribuidores mayoristas y oficinas de farmacia.

⁶² Se incluyen los Estados Miembros de la Unión Europea que pertenecen a la OCDE.

largo del periodo analizado, puesto que España partía de mayores cuotas de participación (22% versus 18% en 2000) y ha reducido dicha cuota hasta el 16,7% en 2012 frente al 17,2% de media europea.

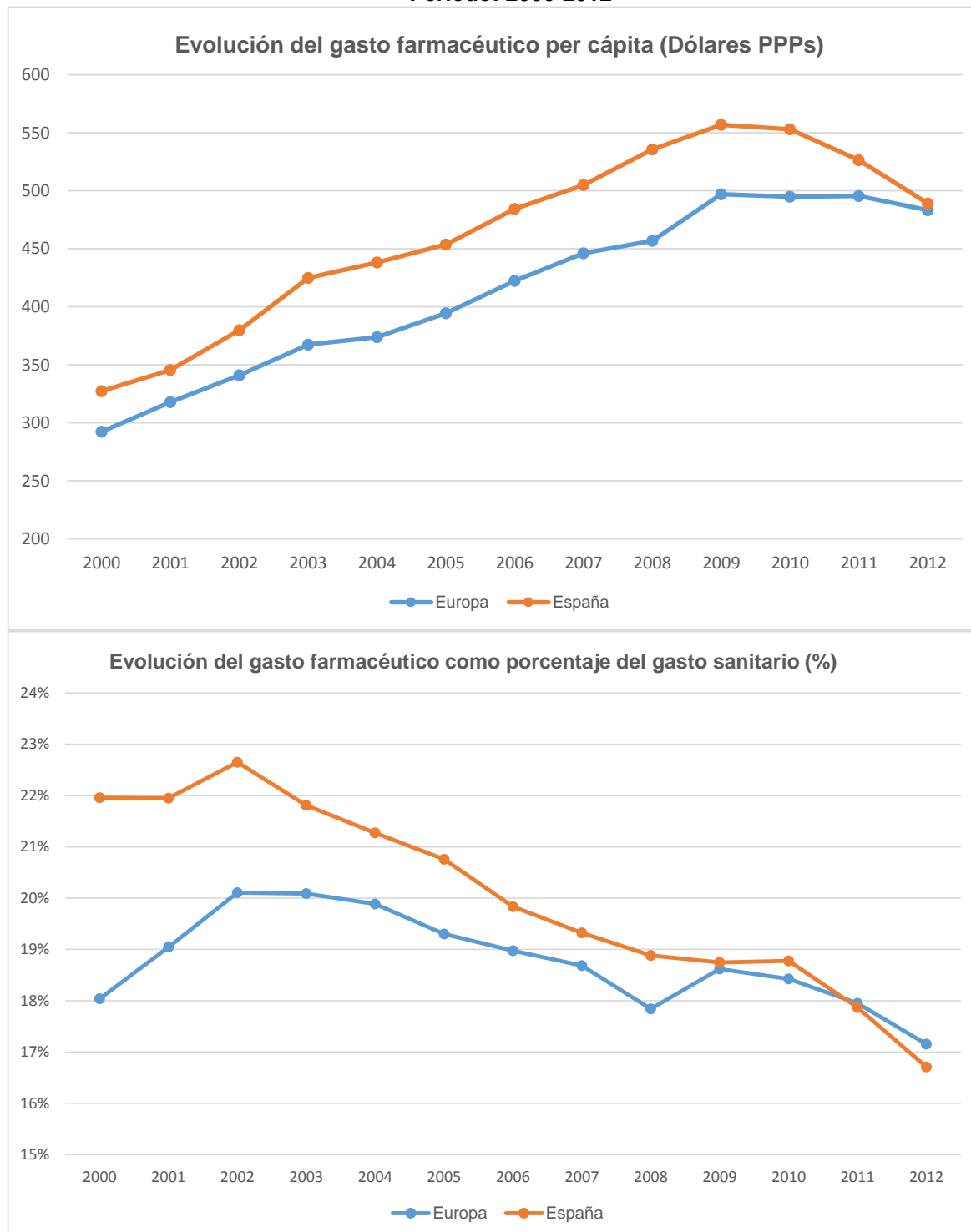
Gráfico 3. Gasto farmacéutico per cápita y como porcentaje del PIB en Europa. Año 2012



(1) Incluye consumibles médicos (lo que incrementa el gasto farmacéutico en 5-10%).

Fuente: elaboración propia a partir de datos de la OCDE, *Health at a Glance: Europe 2014*.

Gráfico 4. Gasto farmacéutico per cápita y como porcentaje del gasto sanitario en Europa. Periodo: 2000-2012



El gasto farmacéutico incluye consumibles médicos.

Fuente: elaboración propia a partir de las Estadísticas sanitarias de la OCDE 2015.

La demanda total de medicamentos a través de oficinas de farmacia en España ascendió en 2013 a 1.247 millones de unidades y 9.176 millones de euros de facturación a precio de venta de laboratorio.

Las oficinas de farmacia adquirieron un 10% de los medicamentos directamente a través de los laboratorios en 2013. Estas ventas directas de los laboratorios a las oficinas de farmacia suponen un 5% en términos de facturación total de medicamentos dispensados.

La demanda de medicamentos se puede caracterizar según los distintos tipos de medicamentos, descritos anteriormente:

- a) sujetos o no a prescripción médica;
- b) financiados o no públicamente por el Sistema Nacional de Salud (SNS);
- c) innovadores o genéricos.

Estas segmentaciones dan lugar a submercados con características distintas que se analizarán a continuación.

En España, los medicamentos sujetos a prescripción médica constituyen el 88% de unidades vendidas en el mercado y el 94% de la facturación y un 93% de estos medicamentos están financiados por el SNS o mutuas de funcionarios⁶³. Los medicamentos no sujetos a prescripción médica⁶⁴ constituyen el 12% restante de las unidades vendidas y el 6% de la facturación. Estos medicamentos están excluidos de la prestación farmacéutica, por lo que no son financiados por el SNS.

Tabla 5. Demanda total de medicamentos por tipo de medicamento en España

DESGLOSE DE LA DEMANDA TOTAL DE MEDICAMENTOS EN ESPAÑA. AÑO 2013				
Tipo	Unidades vendidas (Millones)	% Número de unidades s/Total	Facturación PVL ¹ (Millones de euros)	% Facturación PVL s/Total
Prescripción	1.099,89	88,2%	8.605,78	93,8%
Financiación pública	1.024,04	93,1%	8.018,57	93,2%
Venta libre	75,85	6,9%	587,21	6,8%
Publicitarios	147,03	11,8%	570,02	6,2%
TOTAL	1.246,92	100,0%	9.175,80	100,0%

¹PVL: precio de venta de laboratorio. Incluye las ventas directas de los laboratorios a las oficinas de farmacia.

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por IMS Health.

⁶³ Los medicamentos financiados por las mutuas de funcionarios (Muface, Isfas y Mugeju) constituyen un 10% de las unidades y un 18% de la facturación de los medicamentos con financiación pública.

⁶⁴ Los medicamentos no sujetos a prescripción médica pueden ser objeto de publicidad destinada al público. Por simplicidad en el análisis se denominan publicitarios.

En la Tabla 6 se presenta la distribución de la demanda total de medicamentos, en términos de unidades y facturación, por Comunidad Autónoma en el año 2013.

Se observa que la demanda de medicamentos varía entre Comunidades Autónomas de acuerdo a su población. La Comunidad Autónoma con un mayor consumo de medicamentos (19,3% del total de las unidades vendidas y 17,3% del total de la facturación) es Andalucía, que es también la Comunidad Autónoma más poblada de España con 8,4 millones de habitantes en 2013. Le siguen en el ranking Cataluña (15,8% de las unidades vendidas y 14,3% de la facturación), Madrid (11,6% del total de unidades y 11,7% de la facturación) y la Comunidad Valenciana (11,1% en unidades y 12% en facturación) que son a su vez y por este orden, las siguientes Comunidades más pobladas de España.

Tabla 6. Distribución de la demanda total de medicamentos por Comunidad Autónoma

DEMANDA TOTAL DE MEDICAMENTOS POR CCAA Y TOTAL NACIONAL* AÑO 2013				
Comunidad Autónoma	Unidades vendidas (Millones)	% Unidades s/Total nacional	Facturación PVL (Millones de euros)	% Facturación PVL s/Total nacional
ANDALUCÍA	217,05	19,3%	1.510,89	17,3%
ARAGÓN	34,37	3,1%	274,91	3,2%
ASTURIAS	29,82	2,6%	232,69	2,7%
BALEARES	21,33	1,9%	168,92	1,9%
CANARIAS	55,98	5,0%	417,86	4,8%
CANTABRIA	16,02	1,4%	122,26	1,4%
CASTILLA Y LEÓN	57,27	5,1%	484,84	5,6%
CASTILLA - LA MANCHA	50,82	4,5%	402,99	4,6%
CATALUÑA	178,12	15,8%	1.249,06	14,3%
C. VALENCIANA	124,56	11,1%	1.049,24	12,0%
EXTREMADURA	29,48	2,6%	243,78	2,8%
GALICIA	75,94	6,7%	632,37	7,2%
MADRID	130,02	11,6%	1.023,68	11,7%
MURCIA	34,40	3,1%	302,99	3,5%
NAVARRA	13,45	1,2%	114,05	1,3%
PAÍS VASCO	45,75	4,1%	402,49	4,6%
LA RIOJA	6,99	0,6%	58,50	0,7%
CEUTA	2,18	0,2%	16,35	0,2%
MELILLA	2,11	0,2%	14,53	0,2%
TOTAL NACIONAL	1.125,66	100,0%	8.722,39	100,0%

(*) Sólo se consideran las ventas de los distribuidores mayoristas a las oficinas de farmacia, por no disponer del desglose de las ventas directas de los laboratorios a las oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma.

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por IMS Health.

Si se analiza el segmento del mercado formado por los medicamentos sujetos a prescripción médica, se observa que su distribución por Comunidad Autónoma es

muy similar a la de la demanda total, lo que se explica por el elevado peso de éstos en dicha demanda.

Tabla 7. Distribución de la demanda de medicamentos sujetos a prescripción médica por Comunidad Autónoma

DEMANDA DE MEDICAMENTOS SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA POR CCAA Y TOTAL NACIONAL*. AÑO 2013				
Comunidad Autónoma	Unidades vendidas (Millones)	% Unidades s/Total nacional	Facturación PVL (Millones de euros)	% Facturación PVL s/Total nacional
ANDALUCÍA	195,85	19,5%	1.430,97	17,3%
ARAGÓN	31,05	3,1%	261,96	3,2%
ASTURIAS	27,05	2,7%	222,29	2,7%
BALEARES	18,61	1,9%	158,43	1,9%
CANARIAS	47,88	4,8%	387,28	4,7%
CANTABRIA	14,48	1,4%	116,31	1,4%
CASTILLA Y LEÓN	51,77	5,2%	463,45	5,6%
CASTILLA - LA MANCHA	45,61	4,5%	382,92	4,6%
CATALUÑA	156,55	15,6%	1.165,83	14,1%
C. VALENCIANA	110,61	11,0%	995,48	12,1%
EXTREMADURA	26,73	2,7%	233,23	2,8%
GALICIA	68,90	6,9%	605,22	7,3%
MADRID	114,63	11,4%	962,17	11,7%
MURCIA	30,96	3,1%	289,70	3,5%
NAVARRA	11,79	1,2%	107,76	1,3%
PAÍS VASCO	41,29	4,1%	385,23	4,7%
LA RIOJA	6,35	0,6%	56,01	0,7%
CEUTA	1,92	0,2%	15,35	0,2%
MELILLA	1,88	0,2%	13,74	0,2%
TOTAL NACIONAL	1.003,88	100,0%	8.253,32	100,0%

(*) Sólo se consideran las ventas de los distribuidores mayoristas a las oficinas de farmacia, por no disponer del desglose de las ventas directas de los laboratorios a las oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma.

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por IMS Health.

Por otra parte, respecto a la distribución de la demanda de medicamentos no sujetos a prescripción médica (publicitarios) por Comunidad Autónoma en el año 2013, cabe señalar que la Comunidad Autónoma con una mayor cuota en este submercado es Cataluña, con el 17,7% del mercado en términos tanto de unidades como de facturación. Le siguen Andalucía, Madrid y la Comunidad Valenciana.

Tabla 8. Distribución de la demanda de medicamentos publicitarios por Comunidad Autónoma

DEMANDA DE MEDICAMENTOS PUBLICITARIOS POR CCAA Y TOTAL NACIONAL*. AÑO 2013				
Comunidad Autónoma	Unidades vendidas (Millones)	% Unidades s/Total nacional	Facturación PVL (Millones de euros)	% Facturación PVL s/Total nacional
ANDALUCÍA	21,20	17,4%	79,92	17,0%
ARAGÓN	3,32	2,7%	12,95	2,8%
ASTURIAS	2,77	2,3%	10,40	2,2%
BALEARES	2,73	2,2%	10,49	2,2%
CANARIAS	8,10	6,6%	30,58	6,5%
CANTABRIA	1,54	1,3%	5,95	1,3%
CASTILLA Y LEÓN	5,50	4,5%	21,39	4,6%
CASTILLA - LA MANCHA	5,22	4,3%	20,06	4,3%
CATALUÑA	21,57	17,7%	83,23	17,7%
C. VALENCIANA	13,96	11,5%	53,76	11,5%
EXTREMADURA	2,75	2,3%	10,55	2,2%
GALICIA	7,04	5,8%	27,15	5,8%
MADRID	15,40	12,6%	61,51	13,1%
MURCIA	3,44	2,8%	13,30	2,8%
NAVARRA	1,66	1,4%	6,29	1,3%
PAÍS VASCO	4,46	3,7%	17,26	3,7%
LA RIOJA	0,64	0,5%	2,49	0,5%
CEUTA	0,26	0,2%	1,01	0,2%
MELILLA	0,23	0,2%	0,79	0,2%
TOTAL NACIONAL	121,78	100,0%	469,07	100,0%

(*) Sólo se consideran las ventas de los distribuidores mayoristas a las oficinas de farmacia, por no disponer del desglose de las ventas directas de los laboratorios a las oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma.

Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por IMS Health.

Respecto a la estructura de la demanda, según el tipo de financiación de los medicamentos (pública o privada), se observa en la Tabla 9 que el 83% de las unidades vendidas de medicamentos tienen financiación pública y, en términos de facturación, la cuota de estos medicamentos asciende al 88% en el conjunto de España en el año 2013.

Del análisis de la estructura de la demanda en este submercado por Comunidades Autónomas, se identifican algunas diferencias. En términos del porcentaje de unidades vendidas de medicamentos con financiación pública respecto del total, encabeza la clasificación Asturias (85%), seguido de La Rioja y País Vasco (84%). Por debajo de la media nacional, destacan Ceuta (78%), Canarias (79%) y Baleares (80%).

Tabla 9. Estructura de la demanda de medicamentos según el tipo de financiación por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	DEMANDA DE MEDICAMENTOS FINANCIADOS Y DE VENTA LIBRE POR CCAA* AÑO 2013			
	Unidades vendidas (Millones)		Importe facturado PVL (millones de euros)	
	% Medicamentos financiados s/Total	% Medicamentos venta libre s/Total	% Medicamentos financiados s/Total	% Medicamentos venta libre s/Total
ANDALUCÍA	84,3%	15,7%	88,3%	11,7%
ARAGÓN	83,8%	16,2%	89,3%	10,7%
ASTURIAS	85,0%	15,0%	90,1%	9,9%
BALEARES	80,1%	19,9%	85,9%	14,1%
CANARIAS	79,4%	20,6%	85,6%	14,4%
CANTABRIA	83,9%	16,1%	88,9%	11,1%
CASTILLA Y LEÓN	83,7%	16,3%	89,8%	10,2%
CASTILLA - LA MANCHA	84,0%	16,0%	89,7%	10,3%
CATALUÑA	81,5%	18,5%	85,9%	14,1%
C. VALENCIANA	82,6%	17,4%	89,0%	11,0%
EXTREMADURA	85,0%	15,0%	90,9%	9,1%
GALICIA	84,4%	15,6%	90,2%	9,8%
MADRID	81,5%	18,5%	86,2%	13,8%
MURCIA	84,3%	15,7%	90,4%	9,6%
NAVARRA	81,4%	18,6%	88,5%	11,5%
PAÍS VASCO	84,1%	15,9%	90,1%	9,9%
LA RIOJA	84,4%	15,6%	89,7%	10,3%
CEUTA	78,3%	21,7%	85,8%	14,2%
MELILLA	83,5%	16,5%	87,5%	12,5%
MEDIA NACIONAL	82,9%	17,1%	88,2%	11,8%

(*) Sólo se consideran las ventas de los distribuidores mayoristas a las oficinas de farmacia, por no disponer del desglose de las ventas directas de los laboratorios a las oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma.

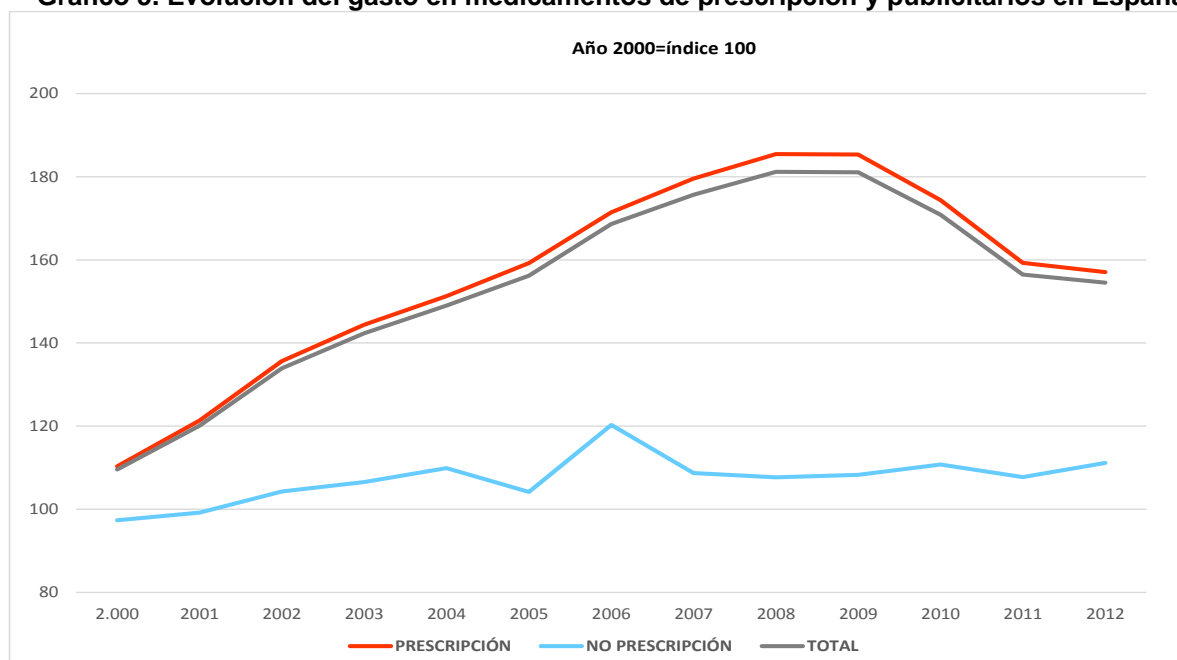
Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por IMS Health.

Respecto a la evolución reciente de la demanda de medicamentos en España, se observa un crecimiento en la demanda total, de prescripción y de financiación pública⁶⁵ en el periodo 2000-2009. A partir de 2009, con el inicio de la crisis de la economía española, la demanda de estos medicamentos se estabiliza para caer de forma drástica en el periodo 2010-2012 y de forma mucho más moderada en 2013. La demanda de medicamentos publicitarios se mantiene relativamente estable en el periodo analizado, acumulando un crecimiento del 11%, mientras que la demanda

⁶⁵ El elevado peso de los medicamentos de prescripción y financiación pública en la demanda total explica las tendencias paralelas observadas en el Gráfico 5 y Gráfico 6.

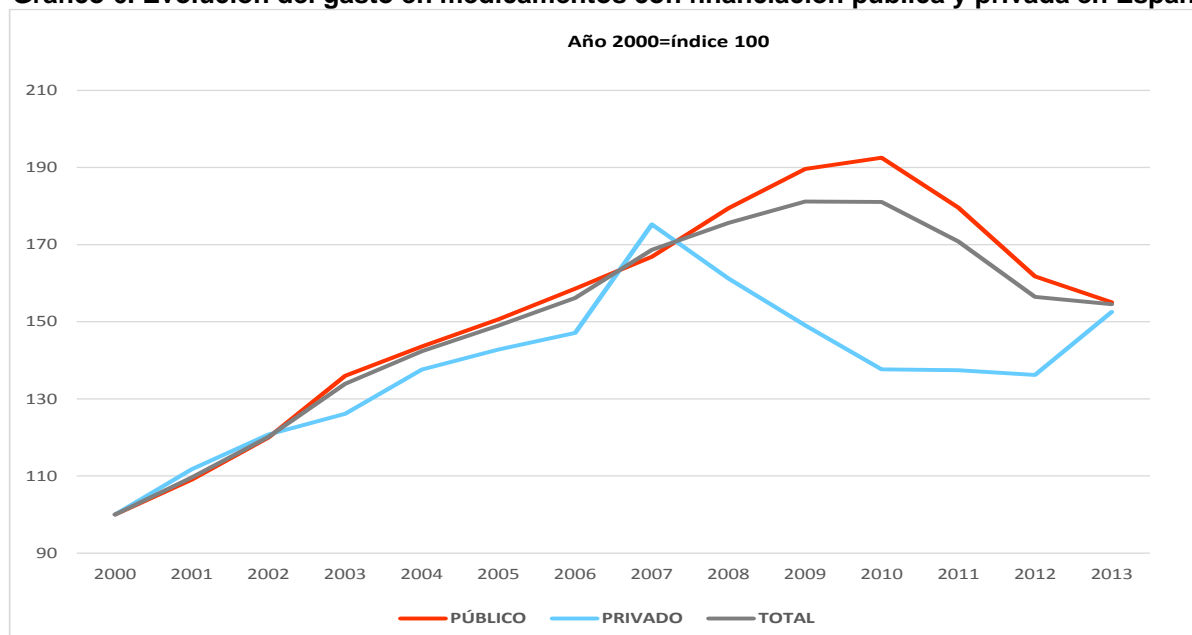
de medicamentos con financiación privada tiene un comportamiento más errático con un fuerte crecimiento también en 2007 y una variación acumulada del 53% a lo largo del periodo analizado.

Gráfico 5. Evolución del gasto en medicamentos de prescripción y publicitarios en España



Fuente: elaboración propia a partir de información del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

Gráfico 6. Evolución del gasto en medicamentos con financiación pública y privada en España



Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF.

A continuación, se analiza en detalle el segmento del mercado de distribución minorista formado por los medicamentos y productos sanitarios financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS), de gran importancia no sólo por su peso en el mercado sino también por el impacto que su financiación tiene en el gasto sanitario en España⁶⁶.

En la Tabla 10 se presenta la estructura de la demanda de medicamentos y productos sanitarios o consumo farmacéutico del SNS. Se observa que los medicamentos suponen el 98% de las recetas y el 95% de la facturación a precio de venta al público más IVA⁶⁷ (PVP_{IVA}) del total del consumo farmacéutico del SNS.

Tabla 10. Estructura de la demanda de medicamentos y productos sanitarios del SNS

DESGLOSE DE LA DEMANDA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DEL SNS. AÑO 2013				
Concepto	Número de recetas (Miles)	%Número de recetas s/Total	Facturación PVP _{IVA} (Millones de euros)	%Facturación s/Total
Medicamentos	842,48	98,08%	10.669,85	95,26%
Productos Sanitarios	15,43	1,80%	438,29	3,91%
Fórmulas y Varios	1,03	0,12%	92,63	0,83%
TOTAL	858,94	100,00%	11.200,78	100,00%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSI).

Es relevante analizar la evolución reciente de la demanda de medicamentos del SNS y, en especial, a partir del inicio de la crisis económica de la economía española a finales del año 2008.

Según muestra el

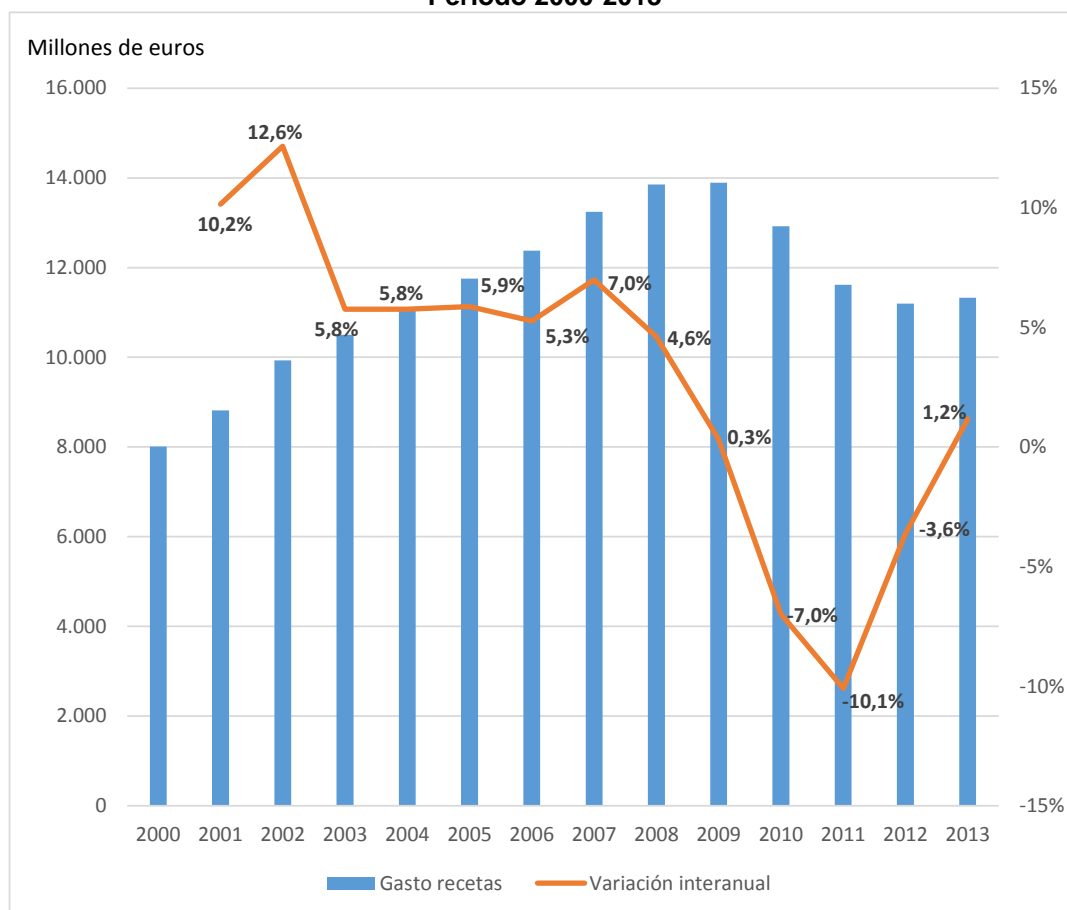
Gráfico 7, la crisis económica y las medidas de contención del déficit⁶⁸ han reducido el gasto farmacéutico público. A partir de 2008, el crecimiento del gasto en medicamentos del SNS comienza a desacelerarse y a partir de 2010 se registran tasas de variación interanual negativas, que llegan a ser del -10,1% en 2011. En el año 2013 se registra de nuevo una tasa de crecimiento positiva, aunque modesta, que apunta a una recuperación de la demanda de medicamentos en España.

⁶⁶ Según datos de Farmaindustria, el gasto farmacéutico público en recetas del SNS supuso en 2013 el 14,5% del gasto sanitario público.

⁶⁷ El IVA que se aplica a los medicamentos, productos sanitarios y fórmulas y otros es el tipo reducido (4%).

⁶⁸ Como ya se ha comentado anteriormente, en el periodo 2010-2013 se aprobaron diversos reales decretos-ley y una ley con el objetivo de contener el gasto público farmacéutico en España.

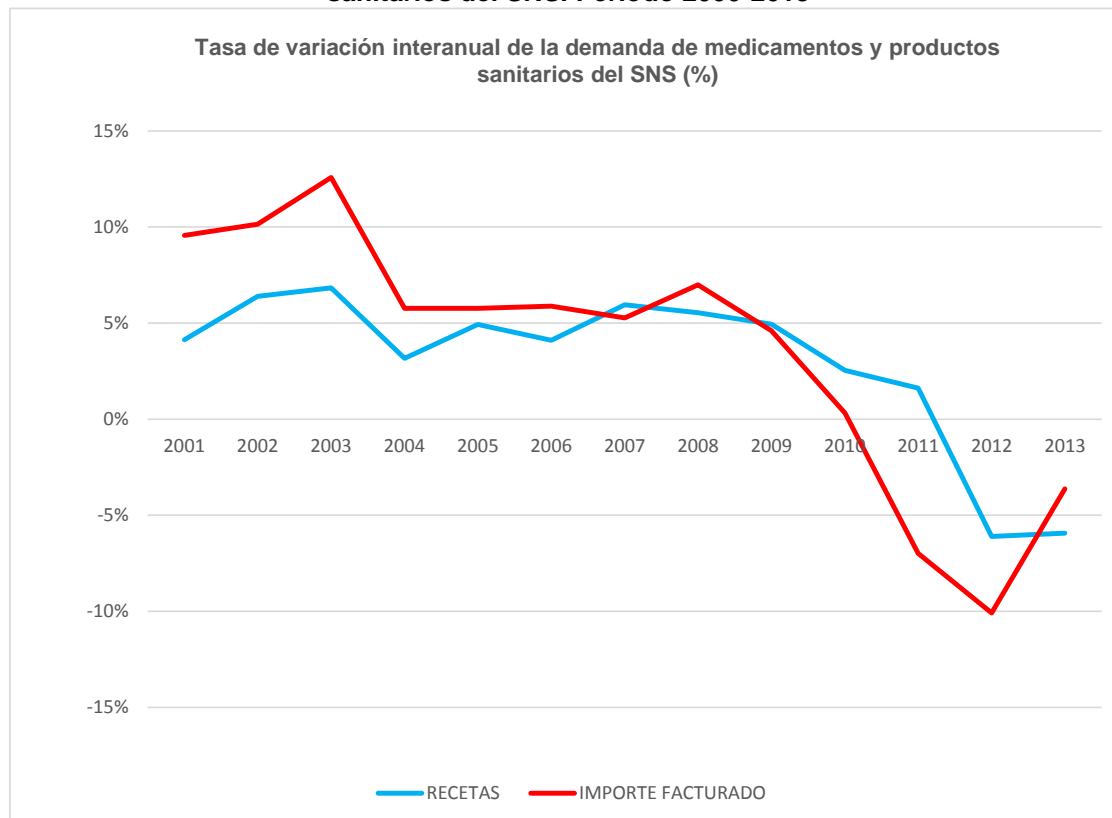
**Gráfico 7. Evolución de la demanda de medicamentos y productos sanitarios del SNS
 Periodo 2000-2013**



Fuente: elaboración propia a partir de información del MSSSI.

Si se analiza la evolución del número de recetas de medicamentos del SNS en comparación con el importe facturado correspondiente a dichas recetas, en el periodo 2000-2013, se comprueba que, a partir de 2009, la caída en el importe facturado es superior a la que se produce en el número de recetas, como consecuencia de las medidas de contención del gasto farmacéutico indicadas anteriormente. Esta tendencia cambia en 2013, año en el que el gasto público farmacéutico empieza a recuperarse en España.

Gráfico 8. Evolución del número de recetas e importe facturado de medicamentos y productos sanitarios del SNS. Periodo 2000-2013



Fuente: elaboración propia a partir de información aportada por el MSSI.

El importe facturado por el consumo farmacéutico del SNS se descompone, según la fuente de financiación del mismo, en el gasto farmacéutico del SNS⁶⁹, las aportaciones de los usuarios, las aportaciones de las oficinas de farmacia y las deducciones o descuentos sobre el precio de los medicamentos dispensados por las oficinas de farmacia con cargo a la prestación farmacéutica del SNS⁷⁰.

⁶⁹ Gasto farmacéutico generado por la facturación de recetas médicas del SNS, con cargo a los fondos públicos de las Comunidades Autónomas y del INGESA (Instituto Nacional de Gestión Sanitaria, antiguo Instituto Nacional de la Salud, creado por el Real Decreto 840/2002).

⁷⁰ El artículo 8 del Real Decreto-Ley 8/2010 establece, a partir de 2010, una deducción del 7,5% sobre el precio de venta al público de estos medicamentos y la misma deducción se aplica sobre el precio de venta del distribuidor y sobre el precio industrial máximo, con objeto de que "haya un reparto equitativo entre todos los agentes de la cadena del medicamento".

Tabla 11. Desglose del importe facturado por el consumo farmacéutico del SNS

DESGLOSE DEL CONSUMO FARMACÉUTICO DEL SNS (MILLONES DE EUROS). AÑO 2013								
Comunidad Autónoma	Gasto farmacéutico del SNS (Millones de euros)	Aportación Usuarios (Millones de euros)	Aportación Oficinas de Farmacia (Millones de euros)	Descuentos RDL 8/2010 (Millones de euros)	% Gasto SNS s/Consumo SNS	% Aportación Usuarios s/Consumo SNS	% Aportación Oficinas de Farmacia s/consumo SNS	% Descuentos RDL 8/2010 s/Consumo SNS
ANDALUCÍA	1.596,55	188,19	44,79	101,07	82,7%	9,7%	2,3%	5,2%
ARAGÓN	287,27	43,95	8,26	18,52	80,2%	12,3%	2,3%	5,2%
ASTURIAS	246,39	33,76	9,41	16,23	80,6%	11,0%	3,1%	5,3%
BALEARES	172,59	26,01	4,66	11,40	80,4%	12,1%	2,2%	5,3%
CANARIAS	407,68	47,61	16,86	26,77	81,7%	9,5%	3,4%	5,4%
CANTABRIA	119,88	17,87	4,10	7,90	80,0%	11,9%	2,7%	5,3%
CASTILLA Y LEÓN	527,08	73,68	10,06	33,80	81,8%	11,4%	1,6%	5,2%
CASTILLA - LA MANCHA	444,43	62,75	7,00	27,45	82,1%	11,6%	1,3%	5,1%
CATALUÑA	1.315,13	153,23	37,15	71,17	83,4%	9,7%	2,4%	4,5%
C. VALENCIANA	1.105,95	146,79	38,54	71,65	81,1%	10,8%	2,8%	5,3%
EXTREMADURA	278,04	38,58	6,52	17,81	81,5%	11,3%	1,9%	5,2%
GALICIA	692,76	80,46	24,48	45,88	82,1%	9,5%	2,9%	5,4%
MADRID	1.003,32	134,28	26,09	61,26	81,9%	11,0%	2,1%	5,0%
MURCIA	313,52	46,27	14,91	20,93	79,2%	11,7%	3,8%	5,3%
NAVARRA	118,85	18,49	-0,20	7,56	82,1%	12,8%	-0,1%	5,2%
PAÍS VASCO	467,16	41,29	16,98	30,78	84,0%	7,4%	3,1%	5,5%
LA RIOJA	63,51	10,07	1,74	4,12	80,0%	12,7%	2,2%	5,2%
CEUTA	12,44	1,89	0,50	0,87	79,3%	12,1%	3,2%	5,5%
MELILLA	10,71	1,42	0,34	0,76	80,9%	10,8%	2,6%	5,7%
TOTAL NACIONAL	9.183,25	1.166,62	272,17	575,92	82,0%	10,4%	2,4%	5,1%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

En el año 2013, a nivel nacional, el SNS financió el 82% del coste de los medicamentos y productos sanitarios de la prestación farmacéutica (9.183,25 millones de euros), los usuarios aportaron el 10,4% de este coste, las oficinas de farmacia el 2,4% y el 5,1% restante corresponde a deducciones o descuentos sobre el precio de estos medicamentos.

Sin embargo, a nivel de Comunidad Autónoma, se observan diferencias significativas en la contribución relativa de los agentes a la financiación del consumo farmacéutico del SNS. El País Vasco es la comunidad en la que el peso relativo del SNS es mayor (84%) y también aquella en la que la contribución de los usuarios es menor (7,4%). Los usuarios tienen un peso relativo mayor en Navarra (12,8%) que compensa las aportaciones de las oficinas de farmacia, que en 2013 son negativas en esta Comunidad⁷¹.

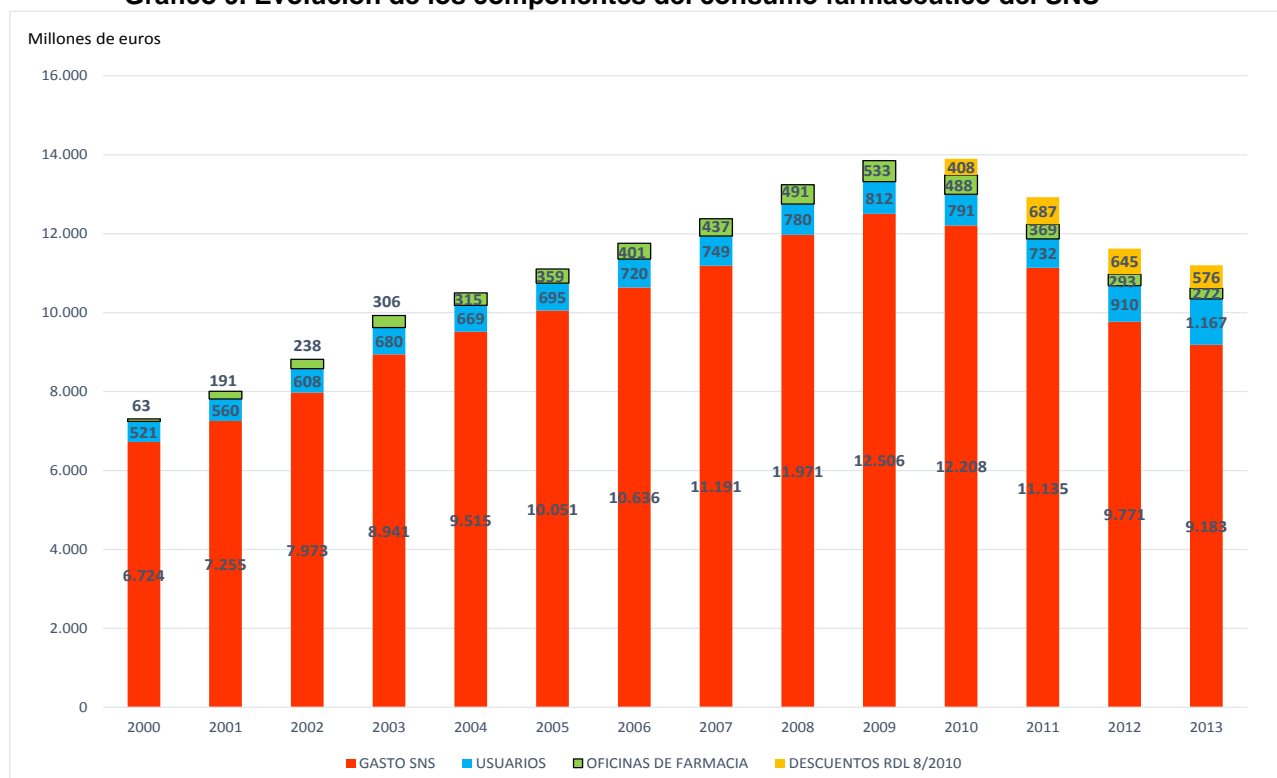
Respecto a la evolución de las aportaciones de los agentes y su contribución relativa a la financiación del consumo farmacéutico del SNS, cabe señalar que el importe del gasto farmacéutico financiado por el SNS aumentó en el periodo 2000-2009,

⁷¹ Como se ha explicado anteriormente, las oficinas de farmacia contribuyen a la financiación del consumo farmacéutico del SNS en función de sus ventas, mediante la aplicación de una escala de deducciones. Sin embargo, a las oficinas de farmacia cuyas ventas anuales totales, en términos de precio de venta al público más IVA, no superan los 200.000 euros se les aplica un índice corrector de los márgenes que da lugar a ayudas públicas para asegurar su viabilidad económica.

manteniendo una contribución estable en dicho periodo (90,6% en promedio) y, a partir de 2010 y coincidiendo con la implementación de distintas medidas para la reducción del gasto farmacéutico público, el gasto farmacéutico del SNS se contrajo hasta el 82% del gasto total en 2013.

Las aportaciones de los usuarios se han incrementado de forma notable en los últimos dos años (7,8% en 2012 y 10,4% en 2013), respecto a una aportación media del 6,3% en el periodo 2000-2011. Esto es debido a la reciente implementación del copago farmacéutico⁷². Por el contrario, las oficinas de farmacia han reducido sus aportaciones a partir de 2010 a causa de la reducción de ventas de medicamentos del SNS, derivada de la crisis económica y la “desfinanciación” de medicamentos, antes incluidos en la prestación farmacéutica⁷³.

Gráfico 9. Evolución de los componentes del consumo farmacéutico del SNS



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

⁷² El artículo 94 bis del Real Decreto-Ley 16/2012 determina que la prestación farmacéutica ambulatoria (dispensación de medicamentos sujetos a prescripción en oficinas de farmacia) está sujeta a la aportación del usuario y es proporcional al nivel de renta de éste.

⁷³ Artículo 85 ter del Real Decreto-Ley 16/2012.

Es relevante analizar la distribución del gasto farmacéutico (total y per cápita) del SNS por Comunidades Autónomas.

Tabla 12. Gasto farmacéutico total y per cápita del SNS por Comunidades Autónoma

GASTO FARMACÉUTICO DEL SNS ¹ Y GASTO FARMACÉUTICO DEL SNS PER CÁPITA. AÑO 2013				
Comunidad Autónoma	Gasto farmacéutico del SNS (Millones de euros)	%Gasto farmacéutico del SNS s/Total	Gasto farmacéutico del SNS per capita (Euros)	%Gasto farmacéutico del SNS per cápita s/Media nacional
ANDALUCÍA	1.596,55	17,4%	189,16	97,1%
ARAGÓN	287,27	3,1%	213,24	109,4%
ASTURIAS	246,39	2,7%	230,66	118,4%
BALEARES	172,59	1,9%	155,25	79,7%
CANARIAS	407,68	4,4%	192,42	98,8%
CANTABRIA	119,88	1,3%	202,53	103,9%
CASTILLA Y LEÓN	527,08	5,7%	209,17	107,3%
CASTILLA - LA MANCHA	444,43	4,8%	211,53	108,6%
CATALUÑA	1.315,13	14,3%	174,11	89,4%
C. VALENCIANA	1.105,95	12,0%	216,27	111,0%
EXTREMADURA	278,04	3,0%	251,85	129,3%
GALICIA	692,76	7,5%	250,46	128,5%
MADRID	1.003,32	10,9%	154,46	79,3%
MURCIA	313,52	3,4%	212,98	109,3%
NAVARRA	118,85	1,3%	184,42	94,6%
PAÍS VASCO	467,16	5,1%	213,15	109,4%
LA RIOJA	63,51	0,7%	197,23	101,2%
CEUTA	12,44	0,1%	147,75	75,8%
MELILLA	10,71	0,1%	127,99	65,7%
TOTAL/MEDIA NACIONAL	9.183,25	100,0%	194,85	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSSI y del INE.

En cuanto al gasto farmacéutico del SNS per cápita, éste ascendió a un promedio de 194,9 euros en España en 2013. El menor gasto farmacéutico per cápita es el de Melilla y Ceuta (65,7% y 75,8% de la media nacional respectivamente) y el mayor el de Extremadura, seguida de Galicia (129,3% y 128,5% de la media nacional respectivamente). El gasto farmacéutico per cápita es inferior a la media nacional en las Comunidades Autónomas más pobladas (Andalucía, Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana).

Por último, se puede clasificar la demanda de medicamentos del SNS, según éstos sean o no genéricos. Es importante, además, analizar su evolución reciente puesto

que las políticas de fomento del uso de medicamentos genéricos adoptadas por el Gobierno en los últimos años, como la prescripción por principio activo y la sustitución por el farmacéutico⁷⁴, han incrementado de forma muy considerable la cuota de los medicamentos genéricos en este mercado.

En el año 2013, la demanda de medicamentos genéricos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS ascendió a 394 millones de envases y 2.244 millones de euros de facturación. En el consumo de medicamentos genéricos por Comunidad Autónoma, destaca Andalucía seguida de Cataluña y Madrid.

Tabla 13. Demanda de medicamentos genéricos por Comunidades Autónoma

Comunidad Autónoma	DEMANDA DE MEDICAMENTOS GENÉRICOS DEL SNS AÑO 2013			
	Número de envases (Millones)	% Número de recetas s/Total nacional	Facturación (Millones de euros)	% Facturación s/Total nacional
ANDALUCÍA	84,36	21,4%	462,70	20,6%
ARAGÓN	11,10	2,8%	68,39	3,0%
ASTURIAS	8,00	2,0%	45,28	2,0%
BALEARES	7,30	1,9%	39,12	1,7%
CANARIAS	15,49	3,9%	89,55	4,0%
CANTABRIA	4,76	1,2%	25,12	1,1%
CASTILLA Y LEÓN	25,81	6,6%	160,80	7,2%
CASTILLA - LA MANCHA	18,93	4,8%	108,01	4,8%
CATALUÑA	65,59	16,7%	334,02	14,9%
C. VALENCIANA	34,57	8,8%	219,67	9,8%
EXTREMADURA	9,01	2,3%	50,44	2,2%
GALICIA	23,39	5,9%	151,94	6,8%
MADRID	48,50	12,3%	257,67	11,5%
MURCIA	9,00	2,3%	55,89	2,5%
NAVARRA	4,73	1,2%	29,64	1,3%
PAÍS VASCO	20,45	5,2%	129,01	5,7%
LA RIOJA	2,08	0,5%	11,80	0,5%
CEUTA	0,49	0,1%	2,95	0,1%
MELILLA	0,37	0,1%	1,73	0,1%
TOTAL NACIONAL	393,92	100,0%	2.243,71	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSSI.

⁷⁴ La prescripción por principio activo se introdujo en la Ley 29/2006 del Medicamento y se generalizó, al hacerse obligatoria para el prescriptor, con la aprobación del Real Decreto-Ley 9/2011. La sustitución por el farmacéutico implica que éste sustituirá el medicamento por otro equivalente de menor precio.

En cuanto a la cuota de los medicamentos genéricos en el mercado del SNS, cabe señalar que en 2013 la demanda de estos medicamentos ascendió a un 46,5% de las unidades y un 21% de la facturación del mercado. La menor cuota en términos de facturación se explica por el menor precio de los medicamentos genéricos en comparación con los no genéricos o de marca.

Se aprecian diferencias significativas entre Comunidades Autónomas en cuanto a la cuota de genéricos, siendo Castilla y León la comunidad con una cuota mayor, seguida de Andalucía y Cataluña. En el otro extremo, se encuentran Murcia y Comunidad Valenciana.

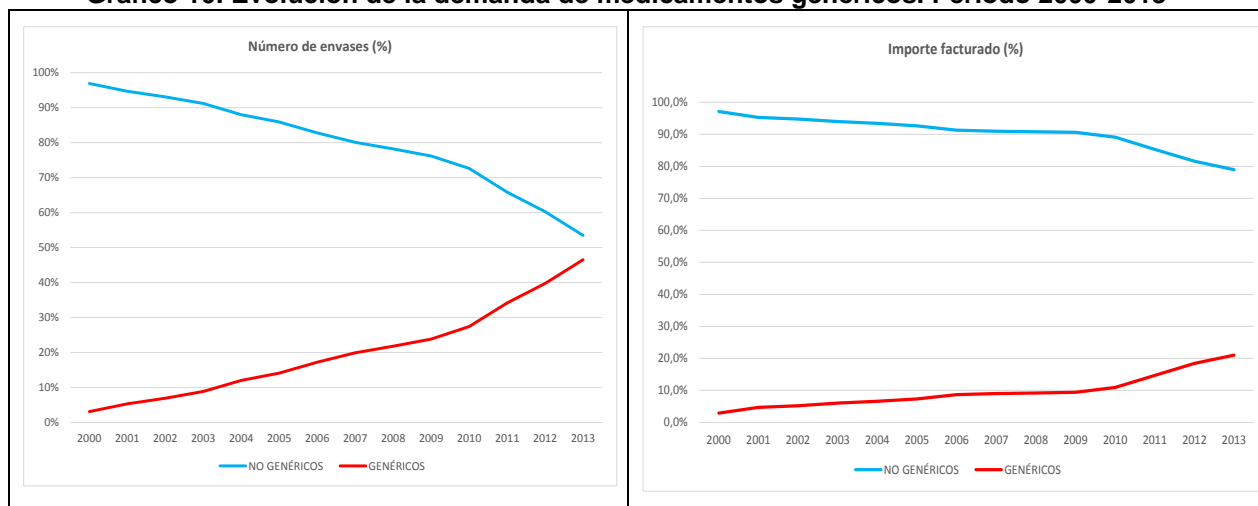
Tabla 14. Estructura de la demanda de medicamentos no genéricos y genéricos por Comunidad Autónoma

DEMANDA DE MEDICAMENTOS NO GENÉRICOS Y GENÉRICOS DEL SNS AÑO 2013				
Comunidad Autónoma	Número de envases		Importe facturado	
	% Medicamentos no genéricos s/Total	% Medicamentos genéricos s/Total	% Medicamentos no genéricos s/Total	% Medicamentos genéricos s/Total
ANDALUCÍA	46,1%	53,9%	74,1%	25,9%
ARAGÓN	56,7%	43,3%	80,0%	20,0%
ASTURIAS	64,3%	35,7%	84,6%	15,4%
BALEARES	54,1%	45,9%	80,9%	19,1%
CANARIAS	59,1%	40,9%	81,9%	18,1%
CANTABRIA	58,4%	41,6%	82,5%	17,5%
CASTILLA Y LEÓN	45,6%	54,4%	74,1%	25,9%
CASTILLA - LA MANCHA	53,6%	46,4%	79,0%	21,0%
CATALUÑA	48,7%	51,3%	77,0%	23,0%
C. VALENCIANA	63,3%	36,7%	83,2%	16,8%
EXTREMADURA	63,2%	36,8%	84,5%	15,5%
GALICIA	60,8%	39,2%	81,7%	18,3%
MADRID	49,8%	50,2%	78,1%	21,9%
MURCIA	67,6%	32,4%	85,7%	14,3%
NAVARRA	56,2%	43,8%	79,0%	21,0%
PAÍS VASCO	48,4%	51,6%	76,4%	23,6%
LA RIOJA	63,2%	36,8%	84,5%	15,5%
CEUTA	54,2%	45,8%	80,6%	19,4%
MELILLA	60,2%	39,8%	86,6%	13,4%
TOTAL NACIONAL	53,5%	46,5%	79,0%	21,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSSI.

Por último, se analiza la evolución de la cuota de los medicamentos genéricos en el mercado de medicamentos del SNS en el periodo 2000-2013. Se observa un crecimiento espectacular en dicha cuota, especialmente en términos del número de envases, desde una presencia mínima en el mercado en el año 2000 hasta alcanzar casi el 50% del mismo en 2013. En términos de facturación, el crecimiento ha sido más lento debido al menor precio de éstos en comparación con los no genéricos.

Gráfico 10. Evolución de la demanda de medicamentos genéricos. Periodo 2000-2013



Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSSI.

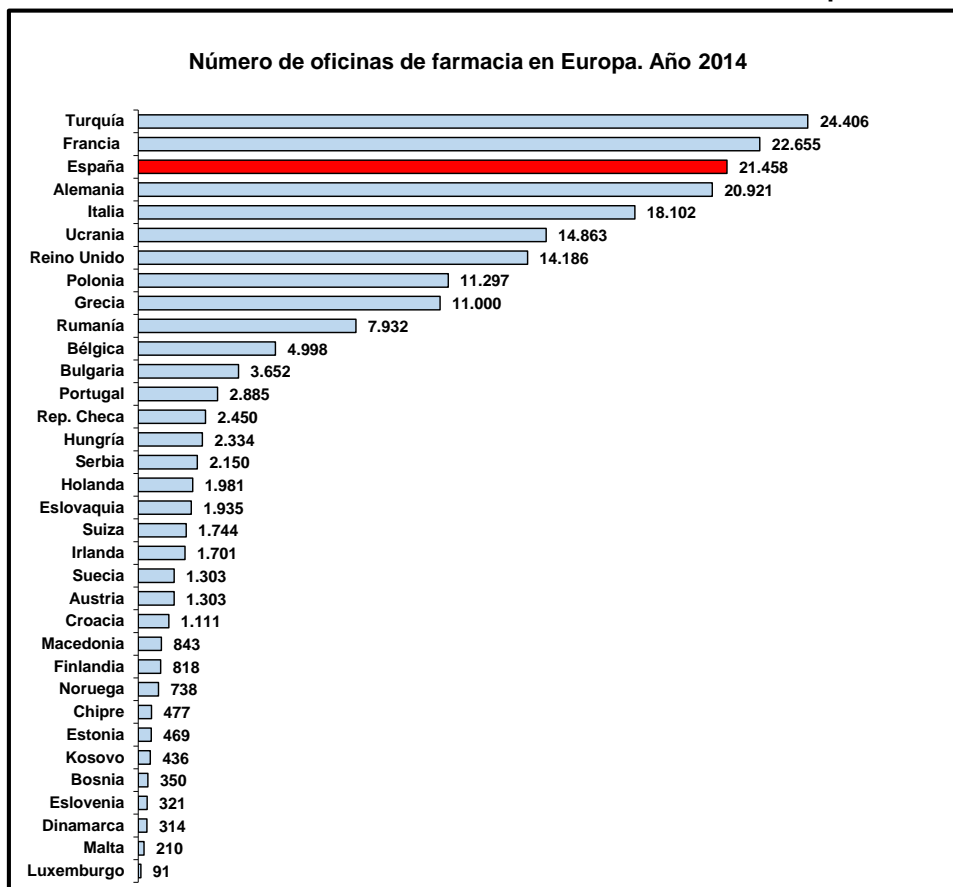
3.1.2 Estructura de la oferta

España tiene un elevado número de farmacias físicas en comparación con la mayoría de países europeos. En el Gráfico 11 se observa que España, con aproximadamente 21.500 oficinas de farmacia en 2014, es el tercer país en número de farmacias, sólo por detrás de Turquía y Francia y por delante de países más poblados, como Alemania, Reino Unido e Italia. Hay que tener en cuenta que estas diferencias se explicarían en buena medida por el distinto peso relativo de oficinas de farmacia y hospitales en la dispensación de medicamentos y también, en menor medida, debido a que en diversos países europeos, los médicos están capacitados jurídicamente para dispensar medicamentos a los pacientes para mayor comodidad de éstos.

Otro factor relevante a tener en cuenta en esta comparación es el hecho de que en España, a diferencia de países como Alemania, Reino Unido y Holanda, la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica está restringida a las oficinas de farmacia por lo que éstas son el único canal de distribución de medicamentos y estarían sobre-representadas en comparación con otros países⁷⁵.

⁷⁵ En Holanda, aproximadamente el 80% de los medicamentos no sujetos a prescripción médica se venden en establecimientos distintos de las oficinas de farmacia (*drugstores* y supermercados), frente a un 40% en Reino Unido y un 20% en Alemania (IMS Health (2010), « The Rising Tide of OTC in Europe »).

Gráfico 11. Número de oficinas de farmacia en Europa



Fuente: elaboración propia a partir de información del Grupo Farmacéutico de la Unión Europea (PGEU, 2014).

No sólo los supermercados u otros establecimientos (*drugstores*) son canales de distribución alternativos a las oficinas de farmacia en muchos países europeos, internet es otro canal de distribución de medicamentos cuya penetración y funcionamiento presenta marcadas diferencias. Como muestra la Tabla 15, la venta de medicamentos a través de sitios web está permitida en los 18 países europeos para los que se dispone de información, a excepción de Austria⁷⁶. Sin embargo, este tipo de venta es muy reciente en países como España y Francia⁷⁷ mientras que en

⁷⁶ Aunque la distribución online de medicamentos no sujetos a prescripción médica está prohibida para las farmacias austriacas, los consumidores de este país pueden adquirir medicamentos a través de sitios web de otros Estados Miembros de la UE, siempre que los medicamentos no estén sujetos a prescripción médica ni en Austria ni en el correspondiente Estado miembro.

⁷⁷ En estos países, la venta online de medicamentos no sujetos a prescripción médica está permitida desde el año 2013 tras la aprobación de sendos Decretos que incorporan lo dispuesto en la Directiva 2011/62/UE.

otros, como Holanda o Suecia, la venta online de medicamentos no sujetos a prescripción médica está implantada desde hace años⁷⁸.

Además, en 8 de estos 18 países (Alemania, Dinamarca, Finlandia, Holanda, Noruega, Reino Unido, Suecia y Suiza) está también permitida la venta a través de sitios web de medicamentos sujetos a prescripción médica.

Tabla 15. Venta de medicamentos a través de sitios web por tipo de medicamento en Europa

PAÍS	VENTA DE MEDICAMENTOS A TRAVÉS DE SITIOS WEB EN EUROPA. AÑO 2013	
	Medicamentos no sujetos a prescripción médica (OTC)	Medicamentos sujetos a prescripción médica
Alemania	✓	✓
Austria	X	X
Bélgica	✓	X
Dinamarca	✓	✓
Eslovaquia	✓	X
España	✓	X
Finlandia	✓	✓
Francia	✓	X
Holanda	✓	✓
Irlanda	✓	X
Italia	✓	X
Noruega	✓	✓
Polonia	✓	X
Portugal	✓	X
Reino Unido	✓	✓
República Checa	✓	X
Suecia	✓	✓
Suiza	✓	✓

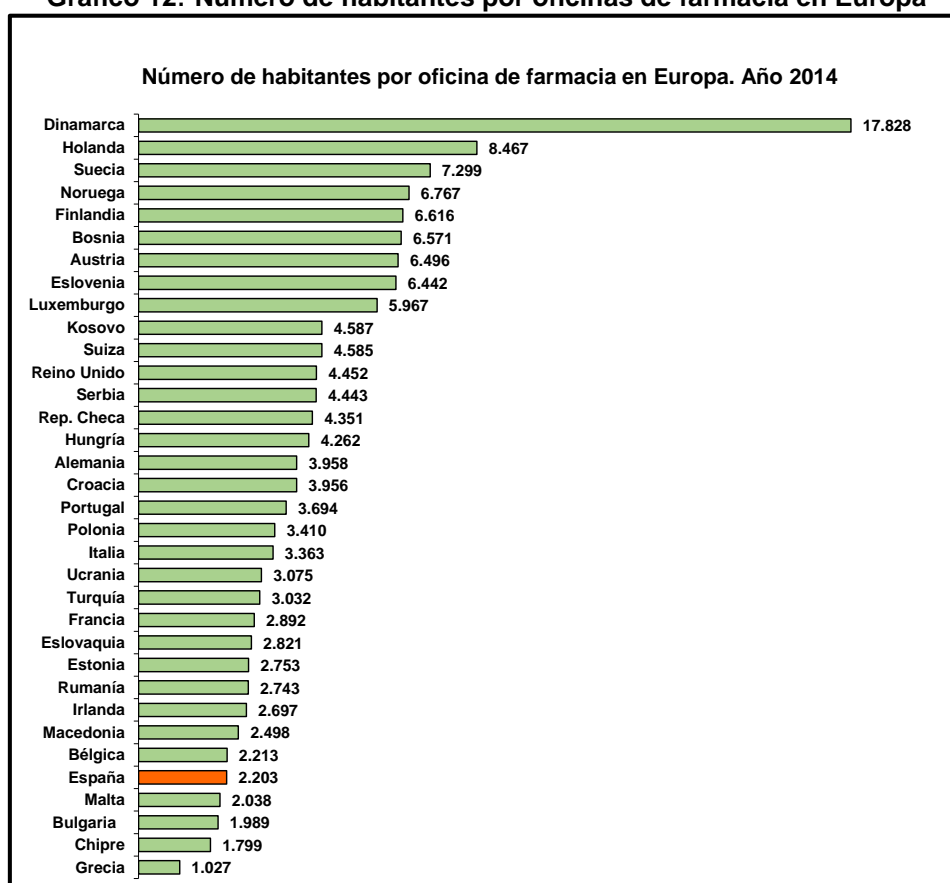
Fuente: elaboración propia a partir de ECORYS (2007) y Dudley J.W. (2012).

Si se compara el número de habitantes por oficina de farmacia en España con el resto de Europa, se observa que España, con 2.203 habitantes por oficina de

⁷⁸ Por ejemplo, en Suecia, la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica está disponible desde el año 2002 y en Irlanda, desde 2006.

farmacia en 2014, ocupa la quinta posición en el listado de países con un número menor de habitantes por oficina de farmacia, por detrás de Grecia, Chipre, Bulgaria y Malta. En el otro extremo destaca Dinamarca, con 17.828 habitantes por oficina de farmacia en 2014, que es con gran diferencia el país con un mayor número de habitantes por oficina de farmacia⁷⁹.

Gráfico 12. Número de habitantes por oficinas de farmacia en Europa



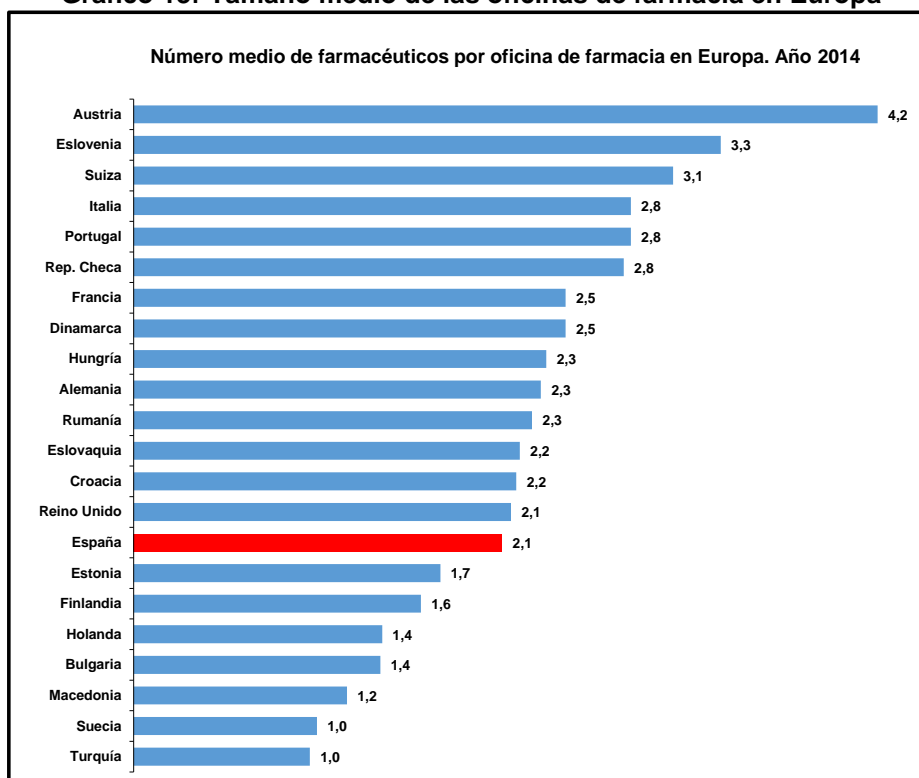
Fuente: elaboración propia a partir de información de PGEU (2014).

Finalmente, existen siete países europeos que, a diferencia de España, permiten la dispensación de medicamentos por parte de los médicos: Suiza, Reino Unido, Austria, Holanda, Irlanda, Francia, Noruega.

⁷⁹ El número de habitantes por oficina de farmacia es más del doble del existente en el resto de países nórdicos lo que podría explicarse por el mayor tamaño medio de las oficinas de farmacia en Dinamarca, que hace que éstas puedan atender a un mayor número de pacientes en comparación con otros países (GÖG FP (2012)) y también por la posibilidad de adquirir medicamentos sujetos a prescripción médica a través de internet.

Respecto al tamaño medio de las oficinas de farmacia en España en comparación con otros países europeos, España ocupa una posición intermedia-baja en la clasificación, con 2,1 farmacéuticos por oficina de farmacia en 2014, tamaño ligeramente inferior al tamaño medio de los 22 países considerados (2,2 farmacéuticos por oficina de farmacia). El país con un mayor tamaño medio de las oficinas de farmacia es Austria (4,5 farmacéuticos por oficina de farmacia) y el país con un tamaño medio menor es Turquía que es, a su vez, el país europeo con un mayor número de oficinas de farmacia en 2014⁸⁰.

Gráfico 13. Tamaño medio de las oficinas de farmacia en Europa



Fuente: elaboración propia a partir de información de PGEU (2014).

En el análisis de la estructura de la oferta del mercado de distribución minorista de medicamentos en España, cobra especial relevancia su estudio por Comunidades Autónomas. Como se ha visto anteriormente, la planificación geográfica de oficinas de farmacia es competencia autonómica y las diferencias en la regulación entre

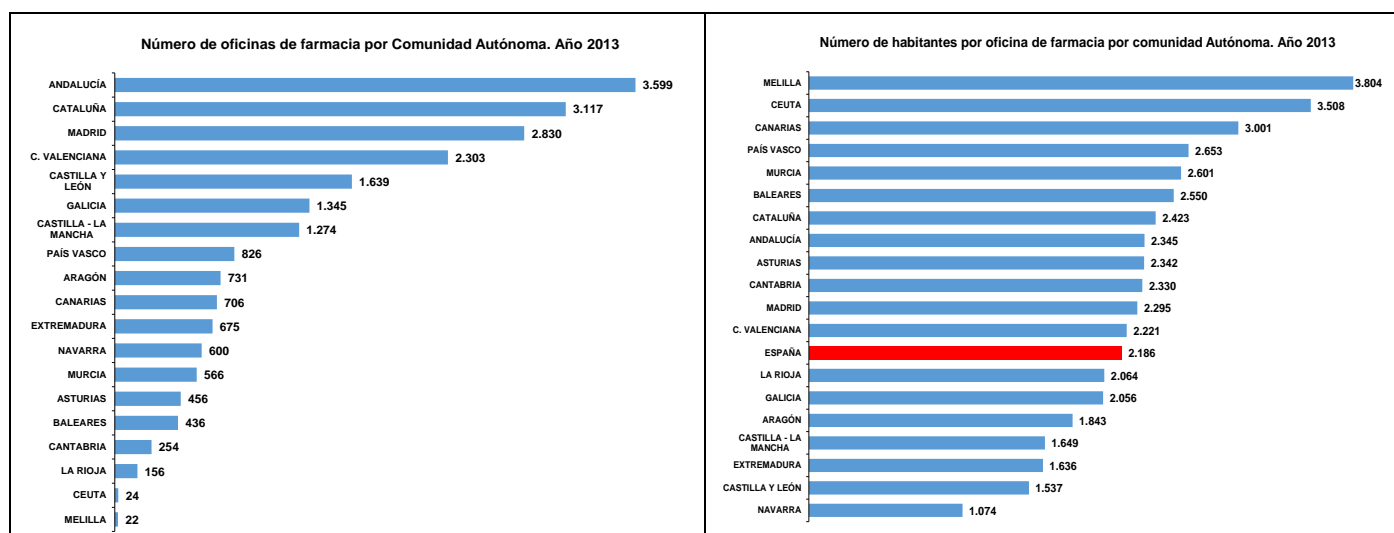
⁸⁰ La baja densidad de población de España (92,9 habitantes/km²) en comparación con la densidad media de los 28 países miembros de la Unión Europea (116,4 habitantes/km²) podría explicar el menor tamaño de las oficinas de farmacia en España en comparación con otros países más densamente poblados como Italia (199,4 habitantes/km²) o Portugal (113,4 habitantes/km²).

Comunidades Autónomas tienen impacto en la estructura de la oferta en cada Autonomía.

El número de oficinas de farmacia en España ascendió a un total de 21.559 en 2013⁸¹, siendo Andalucía, la comunidad con mayor superficie, la que cuenta con un mayor número de farmacias (17% del total), seguida de Cataluña, Madrid y Comunidad Valenciana.

El número medio de habitantes por oficina de farmacia en España fue de 2.186 en ese año, con diferencias muy significativas entre Comunidades Autónomas. Destaca Navarra, con el menor número de habitantes por oficina de farmacia (1.074), seguida por Castilla y León, Extremadura y Castilla-La Mancha. En el otro extremo están las ciudades autónomas de Melilla y Ceuta (con 3.804 y 3.508 habitantes por oficina de farmacia respectivamente).

Gráfico 14. Clasificación de Comunidades Autónomas por número de farmacias y habitantes por farmacia en 2013



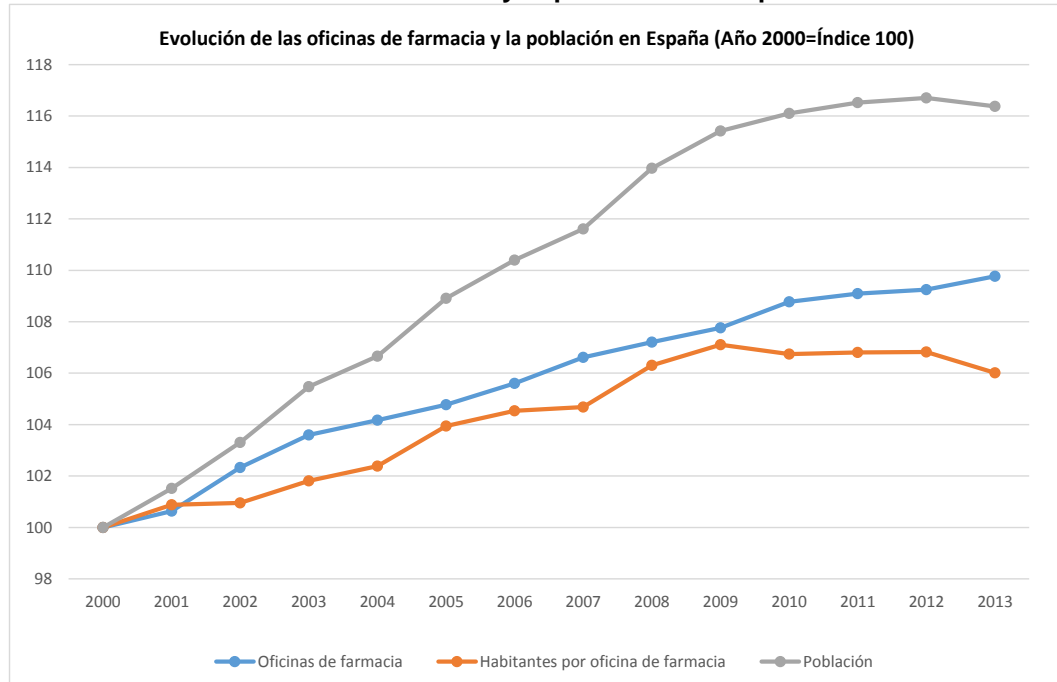
Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF e INE.

En cuanto a la evolución reciente del número de oficinas de farmacia en España, cabe señalar que en el periodo 2000-2013, el total de farmacias se incrementó en un 9,8%. Como muestra el Gráfico 15, este incremento fue sustancialmente menor al incremento de la población española en este periodo (16,4%). Como consecuencia

⁸¹ Información de oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma de diciembre de 2013.

del mayor crecimiento de la población en relación al crecimiento del número de farmacias, el número de habitantes por oficina de farmacia se incrementó en un 6%.

Gráfico 15. Evolución de las farmacias y la población en España. Periodo: 2000-2013

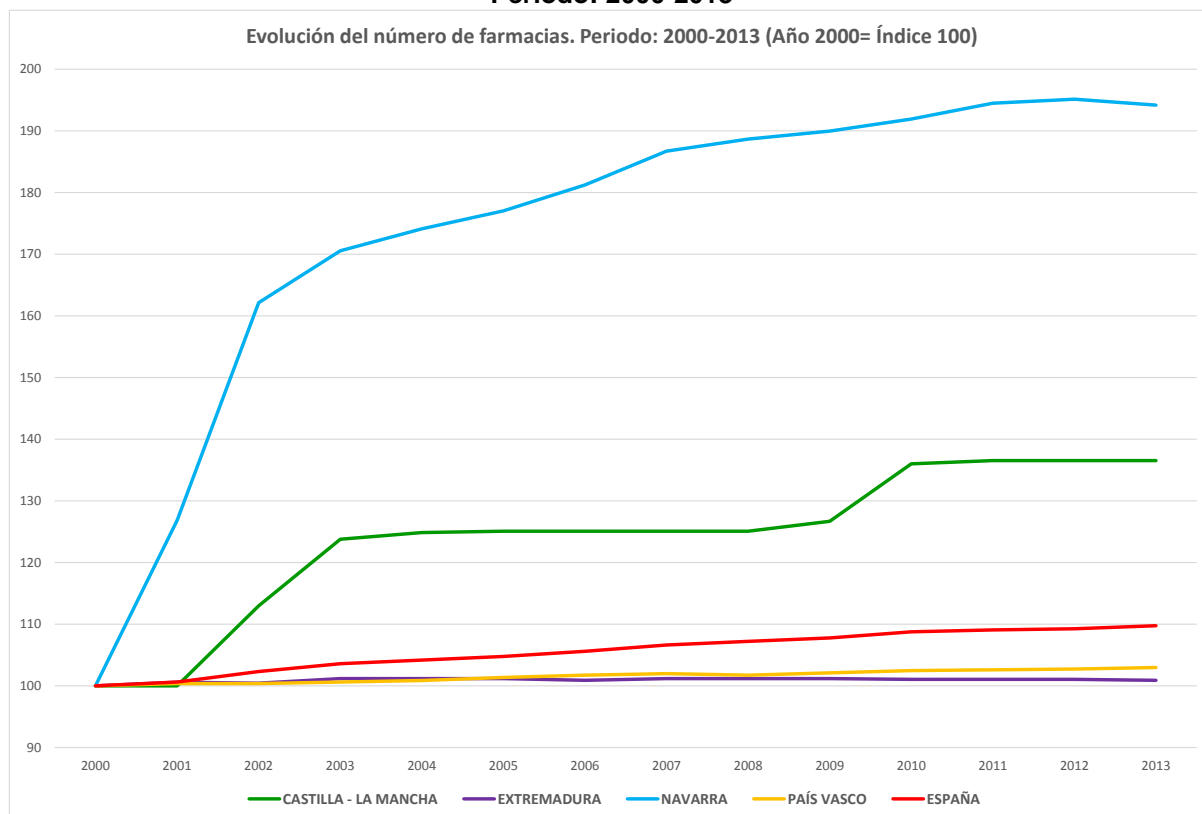


Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF e INE.

Si se analiza la evolución del número de farmacias por Comunidad Autónoma, se aprecian diferencias muy significativas entre comunidades como se aprecia en el Gráfico 16

Cabe señalar que Navarra es la Comunidad Autónoma con un mayor incremento en el número de farmacias (94,2%) en este periodo y ha pasado de 309 farmacias en el año 2000 a 600 en 2013. Es significativo también el aumento de farmacias en Castilla-La Mancha (36,5%), aunque dista mucho del caso navarro. El resto de Comunidades Autónomas presentan incrementos modestos (sobre todo teniendo en cuenta la longitud del periodo considerado), situándose Baleares y la Comunidad Valenciana por encima de la media nacional (9,8%), con incrementos del 14,4% y 13,2% respectivamente y el resto por debajo, destacando la modesta variación de farmacias de Extremadura (0,9%), País Vasco (3%) y Asturias (3,2%).

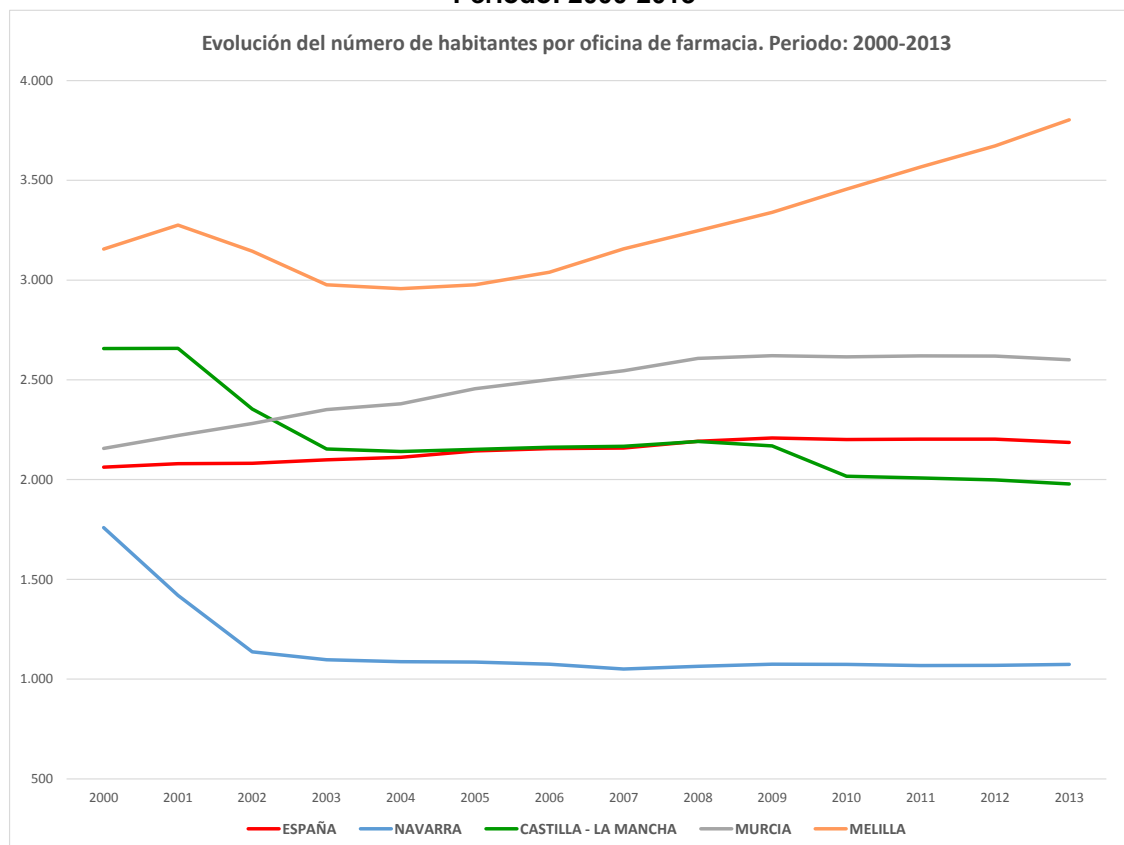
Gráfico 16. Evolución del número de oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma
Periodo: 2000-2013



Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF.

Las dos Comunidades Autónomas con un mayor crecimiento del número de farmacias, Navarra y Castilla-La Mancha, son también dos de las tres comunidades en las que el número de habitantes por oficina de farmacia ha disminuido a lo largo del periodo considerado. El crecimiento en el número de farmacias ha compensado con creces el crecimiento de la población (18,5% y 21,1% respectivamente) en ambas comunidades, de forma que el número medio de habitantes por oficina de farmacia se ha reducido de forma sustancial (con una variación de -39% en Navarra y -25,6% en Castilla-La Mancha). Por el contrario, el número de habitantes por oficina de farmacia aumentó de forma considerable en Murcia (20,6%) y Melilla (20,5%), entre otras.

Gráfico 17. Evolución del número de habitantes por farmacia y por Comunidad Autónoma
Periodo: 2000-2013



Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF e INE.

En este mercado la oferta está fuertemente regulada y el establecimiento de nuevas oficinas de farmacia requiere de autorización por parte de los órganos competentes de las Comunidades Autónomas. Dicha autorización depende, a su vez, del cumplimiento de determinados criterios geográficos de planificación. En consecuencia, la evolución del número de farmacias no depende de forma significativa de variables de la demanda, como la edad media de la población o la renta.

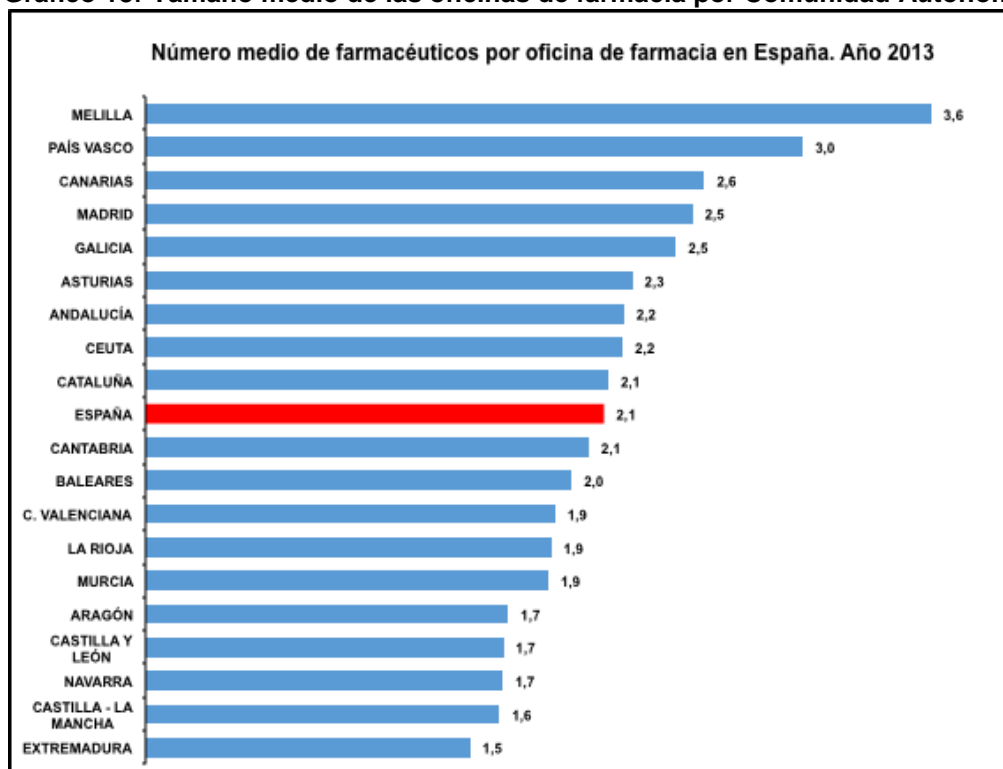
Como se analizará en el apartado 4.2 del presente estudio, el incremento considerable en el número de farmacias en Navarra a partir del año 2000 es consecuencia de un cambio en la regulación de la planificación farmacéutica que se produjo en esa comunidad, con la aprobación de su ley de ordenación farmacéutica a finales de ese año. Navarra adoptó un modelo de planificación farmacéutica

distinto al establecido para el conjunto de España por la Ley 16/1997 y al del resto de Comunidades Autónomas⁸².

En Castilla La Mancha, se aprobó la Ley 10/2000 para permitir la apertura de oficinas de farmacia en núcleos de población con una concentración de población de más de 1.000 habitantes contados a partir de 500 metros de la oficina de farmacia más próxima. Esta Ley tuvo un impacto considerable en términos de apertura de nuevas farmacias en el periodo 2001-2003.

En cuanto a la estructura de la oferta según el tamaño medio de las farmacias, medido por el número de farmacéuticos, cabe señalar que el número medio de farmacéuticos por oficina de farmacia en España se situó en 2,1 en 2013, siendo las farmacias con mayor número medio de farmacéuticos las de Melilla (3,6 farmacéuticos) y las de País Vasco (3) y las más pequeñas son las de Extremadura (1,5), Castilla-La Mancha (1,6) y Navarra (1,7).

Gráfico 18. Tamaño medio de las oficinas de farmacia por Comunidad Autónoma



Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF.

⁸² La Ley Foral 12/2000 determina el número *mínimo* de farmacias necesario para asegurar una adecuada cobertura geográfica de la atención farmacéutica mientras que el resto de Comunidades Autónomas establecen el número máximo de farmacias para un determinado número de habitantes.

Por último, cabe analizar los efectos de las restricciones al establecimiento de oficinas de farmacia en el mercado de trabajo de los colegiados farmacéuticos en España. Como muestra la Tabla 16, el número de colegiados en farmacia en España se situó en 66.657 en 2013 frente a 24.367 titulares de oficina de farmacia, lo que supone que sólo el 36,6% de los farmacéuticos colegiados en España son titulares de una oficina de farmacia.

La ocupación de los colegiados como titulares de oficina de farmacia es mayor en Castilla-La Mancha y Extremadura (50,4% y 47,5% de sus colegiados son titulares de farmacia) y menor en Madrid (el 28,3% de los colegiados en esta comunidad son titulares de oficina de farmacia).

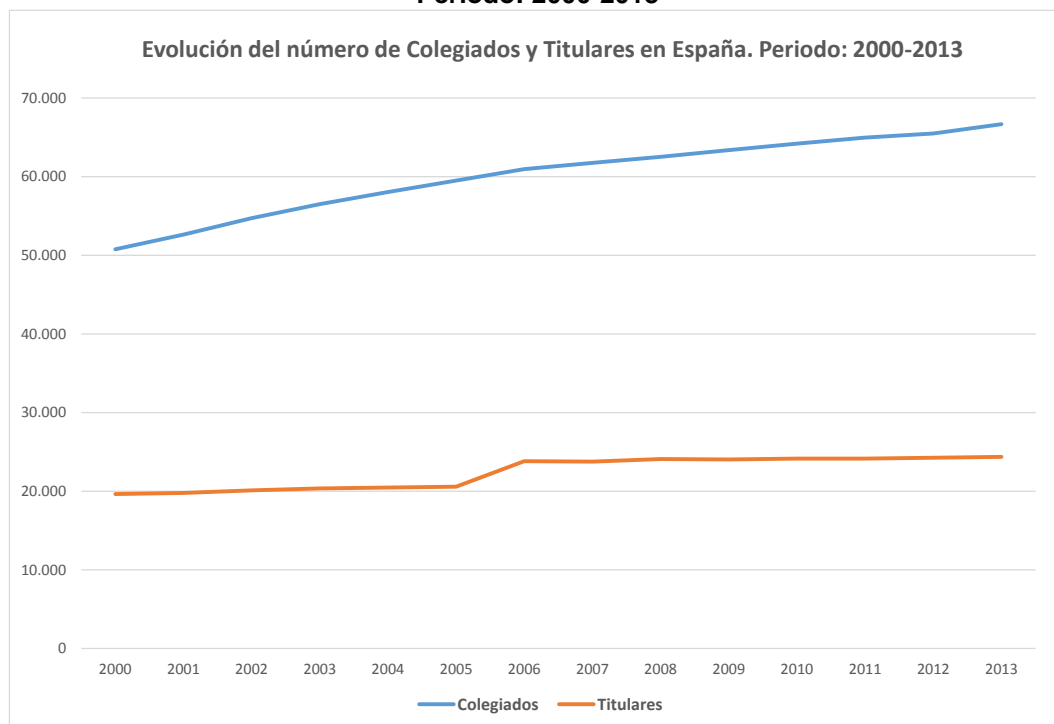
Respecto a la evolución de ambos colectivos en el periodo 2000-2013, se observa que el desfase entre el número de farmacéuticos colegiados y farmacéuticos titulares de farmacia lejos de reducirse, ha aumentado en este periodo. Mientras que los colegiados crecen de forma continua en todo el periodo, el número de titulares se ha estabilizado tras un pequeño incremento en 2006.

Tabla 16. Número de colegiados y titulares por Comunidad Autónoma. Año 2013

Comunidad Autónoma	Número de Colegiados farmacéuticos	Número de Titulares de oficina de farmacia	%Titulares s/Colegiados
ANDALUCÍA	11.151	4.379	39,3%
ARAGÓN	1.715	795	46,4%
ASTURIAS	1.331	496	37,3%
BALEARES	1.225	529	43,2%
CANARIAS	2.474	794	32,1%
CANTABRIA	690	280	40,6%
CASTILLA Y LEÓN	3.899	1.744	44,7%
CASTILLA - LA MANCHA	2.684	1.352	50,4%
CATALUÑA	10.451	3.508	33,6%
C. VALENCIANA	6.738	2.770	41,1%
EXTREMADURA	1.547	735	47,5%
GALICIA	4.723	1.456	30,8%
MADRID	11.269	3.190	28,3%
MURCIA	1.647	600	36,4%
NAVARRA	1.398	602	43,1%
PAÍS VASCO	3.131	919	29,4%
LA RIOJA	430	168	39,1%
CEUTA	74	26	35,1%
MELILLA	80	24	30,0%
TOTAL NACIONAL	66.657	24.367	36,6%

Fuente: elaboración propia a partir de información del CGCOF.

Gráfico 19. Evolución del número de colegiados y titulares de farmacia en España
Periodo: 2000-2013



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF.

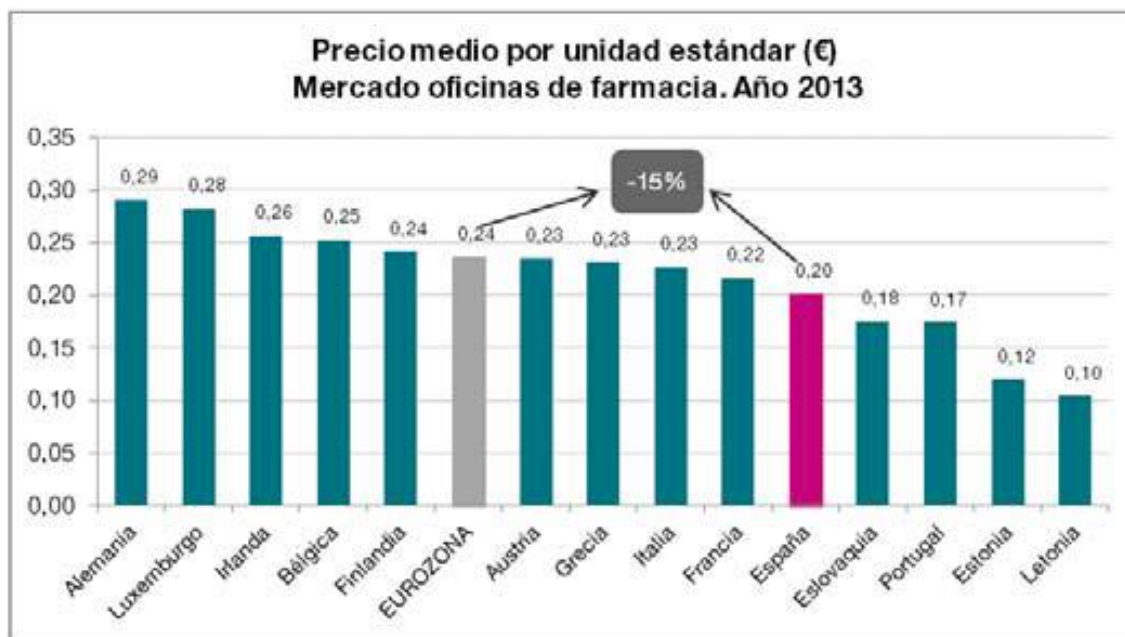
3.1.3 Precio de los medicamentos y desglose de los componentes de la cadena de distribución

No existen fuentes oficiales de información que permitan comparar el precio de los medicamentos en España con el resto de los países europeos. Las estadísticas de gasto sanitario de la OCDE no proporcionan una desagregación del gasto farmacéutico en unidades y precio de los medicamentos. No obstante, los datos de la OCDE muestran una reducción del gasto farmacéutico mayor en España que en otros países europeos, por ser España uno de los más afectados por la crisis económica. Como se desprende del análisis de la estructura de la demanda, la caída del gasto farmacéutico público en España, a partir del año 2009, se debe a un descenso tanto en el número de unidades vendidas de medicamentos como en su precio medio⁸³.

⁸³ En el Gráfico 8 se observa una caída más pronunciada en el importe facturado por las recetas de medicamentos y productos sanitarios del SNS que en el número de recetas, lo que indica una reducción en el precio medio por receta. Esta tendencia parece corregirse en 2013.

Según Farmaindustria, el precio medio por unidad estándar⁸⁴ de los medicamentos en España, en comparación con otros países europeos, es un 15% inferior a la media de los países de la Eurozona⁸⁵.

Gráfico 20. Precio medio de los medicamentos en Europa



Fuente: Farmaindustria (2014).

En cuanto a la estructura del precio de los medicamentos, según el peso relativo de las actividades de la cadena de distribución del medicamento en el precio final, se pueden apreciar diferencias entre España y el promedio de países europeos⁸⁶.

El Gráfico 21 muestra que el 65,2% del precio final de venta al público incluido el IVA del total de medicamentos dispensados en oficinas de farmacia en España en 2013 correspondió al precio de venta de laboratorio, un 5,1% al margen de distribución mayorista, un 25,9% al margen de las oficinas de farmacia y el 3,8% al IVA. En Europa, el peso del margen de las oficinas de farmacia sobre el precio final

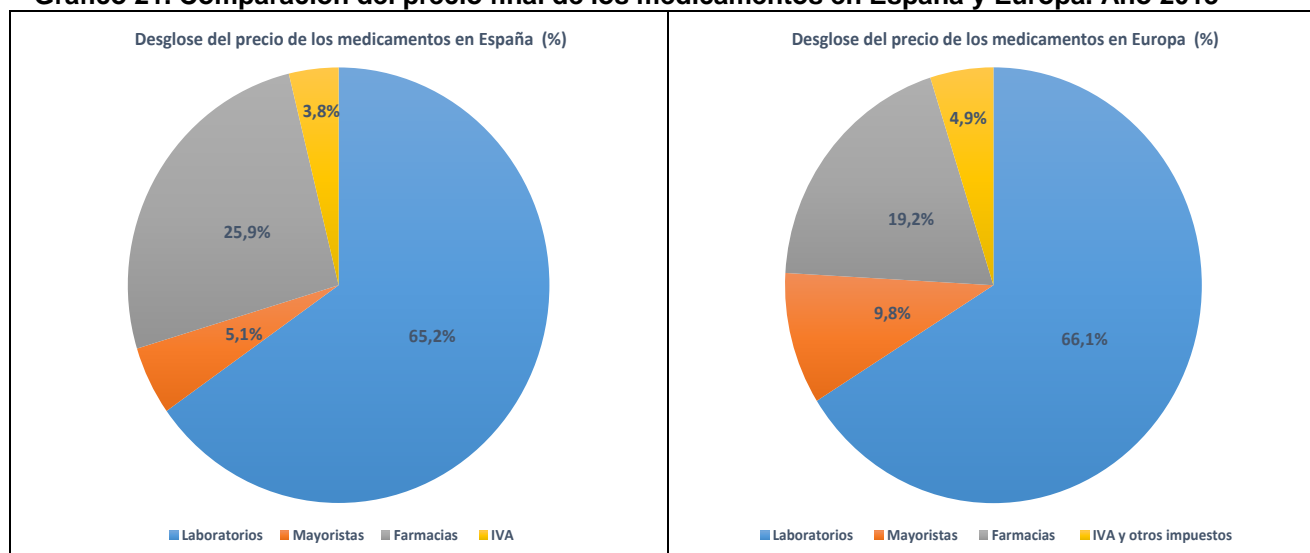
⁸⁴ La unidad estándar, según Farmaindustria, elimina la distorsión que puede introducir en la comparativa de precios medios la existencia de diferencias entre países en consumos relativos de distintos formatos o dosificaciones de un mismo fármaco.

⁸⁵ Excepto Chipre, Eslovenia, Holanda y Malta, para los que no se dispone de datos.

⁸⁶ Media no ponderada del precio de los medicamentos en 23 países europeos.

más impuestos es sustancialmente menor que en España (19,2%) mientras que el margen de los distribuidores mayoristas es casi el doble (9,8%)⁸⁷.

Gráfico 21. Comparación del precio final de los medicamentos en España y Europa. Año 2013



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF y de la Federación Europea de Industrias y Asociaciones Farmacéuticas (EFPIA).

El precio de los medicamentos en España está regulado en el caso de medicamentos financiados por el SNS y, en el caso de medicamentos excluidos de la prestación farmacéutica, en su mayoría medicamentos no sujetos a prescripción médica, el precio es libre aunque debe ser comunicado al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (precio notificado).

A partir de la información sobre unidades vendidas o recetas (en el caso de medicamentos y productos sanitarios del SNS) e importe facturado correspondiente de los distintos tipos de medicamentos, se puede calcular el precio medio a partir del cociente de la facturación por las unidades vendidas de medicamentos.

En la Tabla 17 se presenta el precio medio del total de medicamentos dispensados por oficinas de farmacia⁸⁸ en el año 2013 y de los distintos medicamentos, clasificados según estén o no sujetos a prescripción médica y según el origen de su financiación, pública y privada. El precio medio de venta de laboratorio en este

⁸⁷ Los márgenes de distribución mayorista y minorista de medicamentos están regulados en todos los países de la Unión Europea. Según Öbig (2006), 18 de los 25 Estados miembros regulan los márgenes fijos (que son máximos y mínimos) y los otros 7 fijan márgenes comerciales máximos por debajo de los cuales los descuentos son libres permitiendo mayor opción de competencia.

⁸⁸ Por no disponer de información desagregada por Comunidades Autónomas, no se consideran los medicamentos adquiridos por las oficinas de farmacia directamente a los laboratorios.

mercado ascendió a 7,75 euros/unidad. En el submercado de medicamentos sujetos a prescripción el precio medio fue de 8,22 euros/unidad mientras que en el de medicamentos publicitarios ascendió a sólo 3,85 euros/unidad. Puesto que el 93% de los medicamentos sujetos a prescripción médica están financiados públicamente, el precio del submercado formado por los medicamentos con financiación pública prácticamente coincide con el de los medicamentos de prescripción. Sin embargo, el precio medio de los medicamentos con financiación privada (5,35) es superior al de los publicitarios por incluir medicamentos de prescripción (o bien excluidos de la prestación farmacéutica o bien prescritos por un médico privado) de coste mayor que los de autoconsumo.

Por Comunidades Autónomas, destacan Andalucía y Cataluña como las comunidades con un menor precio medio del total de medicamentos (exceptuando la ciudad autónoma de Melilla) y País Vasco y Navarra como las de precio mayor.

En cuanto a los medicamentos y productos sanitarios incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, el precio medio de venta al público más IVA ascendió a 13,03 euros por receta para el conjunto de España en 2013. Cabe destacar el alto precio medio de los medicamentos no genéricos (18,60 euros/envase) frente a los genéricos (5,70 euros/envase) debido a que los primeros son medicamentos innovadores protegidos por patente.

Tabla 17. Precio medio de los medicamentos por Comunidad Autónoma

PRECIO MEDIO DE LOS MEDICAMENTOS POR CCAA Y TOTAL NACIONAL* AÑO 2013					
Comunidad Autónoma	Total Medicamentos (euros/unidad)	Sujetos a prescripción (euros/unidad)	Publicitarios (euros/unidad)	Financiación pública (euros/unidad)	Financiación privada (euros/unidad)
ANDALUCÍA	6,96	7,31	3,77	7,29	5,17
ARAGÓN	8,00	8,44	3,90	8,52	5,31
ASTURIAS	7,80	8,22	3,75	8,27	5,15
BALEARES	7,92	8,52	3,85	8,48	5,64
CANARIAS	7,46	8,09	3,78	8,05	5,22
CANTABRIA	7,63	8,03	3,85	8,08	5,26
CASTILLA Y LEÓN	8,47	8,95	3,89	9,09	5,29
CASTILLA - LA MANCHA	7,93	8,40	3,85	8,47	5,11
CATALUÑA	7,01	7,45	3,86	7,39	5,34
C. VALENCIANA	8,42	9,00	3,85	9,07	5,34
EXTREMADURA	8,27	8,73	3,84	8,84	5,02
GALICIA	8,33	8,78	3,86	8,90	5,21
MADRID	7,87	8,39	3,99	8,33	5,86
MURCIA	8,81	9,36	3,87	9,44	5,42
NAVARRA	8,48	9,14	3,79	9,22	5,24
PAÍS VASCO	8,80	9,33	3,87	9,42	5,49
LA RIOJA	8,37	8,82	3,87	8,89	5,52
CEUTA	7,49	7,99	3,81	8,21	4,89
MELILLA	6,88	7,29	3,49	7,21	5,24
TOTAL NACIONAL	7,75	8,22	3,85	8,24	5,35

(*) Precio de venta de laboratorio. Fuente: elaboración propia a partir de información de IMS Health.

Tabla 18. Precio medio de los medicamentos del SNS por Comunidad Autónoma

Comunidad Autónoma	PRECIO MEDIO DE LOS MEDICAMENTOS SNS CCAA Y TOTAL NACIONAL* AÑO 2013		
	Medicamentos SNS (euros/unidad)	No genéricos (euros/unidad)	Genéricos (euros/unidad)
ANDALUCÍA	11,96	18,31	5,48
ARAGÓN	13,76	18,90	6,16
ASTURIAS	13,52	17,29	5,66
BALEARES	13,19	19,25	5,36
CANARIAS	12,94	18,14	5,78
CANTABRIA	14,35	17,73	5,28
CASTILLA Y LEÓN	13,42	21,20	6,23
CASTILLA - LA MANCHA	13,06	18,57	5,71
CATALUÑA	11,96	17,93	5,09
C. VALENCIANA	14,26	18,22	6,35
EXTREMADURA	13,73	17,75	5,60
GALICIA	14,06	18,71	6,50
MADRID	12,62	19,03	5,31
MURCIA	14,28	17,86	6,21
NAVARRA	13,29	18,35	6,27
PAÍS VASCO	14,21	21,72	6,31
LA RIOJA	13,91	18,09	5,68
CEUTA	14,38	21,14	6,00
MELILLA	14,19	20,12	4,69
TOTAL NACIONAL	13,03	18,60	5,70

(*) Precio de venta al público más IVA.

Fuente: elaboración propia a partir de datos del MSSI.

3.2. Análisis de la competencia en el mercado

El mercado de distribución minorista de medicamentos es un mercado fuertemente regulado. Tanto el precio de los medicamentos como el margen que obtienen las oficinas de farmacia por la dispensación minorista de medicamentos son determinados por el Gobierno⁸⁹. Por tanto, las oficinas de farmacia compiten fundamentalmente en variables distintas del precio, que les viene dado, como la calidad del servicio (entrega a domicilio, tiempo de desplazamiento hasta el establecimiento, velocidad de dispensación, sistemas personificados de dosificación, etc.) o los horarios de apertura.

⁸⁹ Como se ha mencionado, el precio de los medicamentos publicitarios no está regulado, es libre aunque debe ser notificado al MSSI. Aunque los descuentos de hasta un 10% están permitidos en estos medicamentos, los escasos incentivos de las oficinas de farmacia a competir hacen que la práctica de descuentos no sea frecuente.

Sin embargo, para que la competencia aunque limitada sea efectiva, las farmacias deben tener incentivos a competir. Las barreras de acceso al mercado para el establecimiento de nuevas farmacias limitan significativamente estos incentivos. El establecimiento de módulos de población y distancias mínimas entre farmacias limitan la apertura de nuevos establecimientos, lo que asegura la rentabilidad de las farmacias ya establecidas e impide el desarrollo de dinámicas competitivas con efectos beneficiosos para los pacientes, en términos de calidad del servicio o en forma de descuentos en los precios de los medicamentos publicitarios.

La competencia entre oficinas de farmacia en la dispensación de medicamentos tiene un carácter local y las interacciones competitivas entre farmacias se producen, en su gran mayoría, en el espacio localizado alrededor de los domicilios de los pacientes y en las proximidades de los centros de salud donde se prescriben los medicamentos.

El estudio de la *Office of Fair Trading* (OFT, 2003)⁹⁰ sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos a través de oficinas de farmacia en Reino Unido proporciona evidencia empírica del carácter local del mercado relevante geográfico en el que compiten las oficinas de farmacia. Este estudio realiza una encuesta sobre los patrones de compra en Reino Unido que muestra que la mayoría de los pacientes acude a las farmacias o bien próximas al centro médico (48%) o bien a su domicilio (29%) mientras que sólo el 6% utiliza farmacias próximas a su lugar de trabajo.

En este sentido, Shaumans y Verboven (2008), considerando estudios sanitarios previos, definen el mercado relevante geográfico a nivel de municipio. En cada municipio, las farmacias se suelen concentrar alrededor del centro urbano, a excepción de las zonas urbanas densamente pobladas, que son excluidas del análisis porque en ellas se producen solapamientos de mercados. Los mercados locales se definen como los municipios con población inferior o igual a 15.000 habitantes y densidad de población inferior o igual a 800 habitantes por kilómetro cuadrado.

Una vez definido el mercado geográfico como el mercado local de proximidad entre el domicilio familiar y los centros de salud, el indicador de concentración para analizar la competencia en el mercado es el número de oficinas de farmacia en los

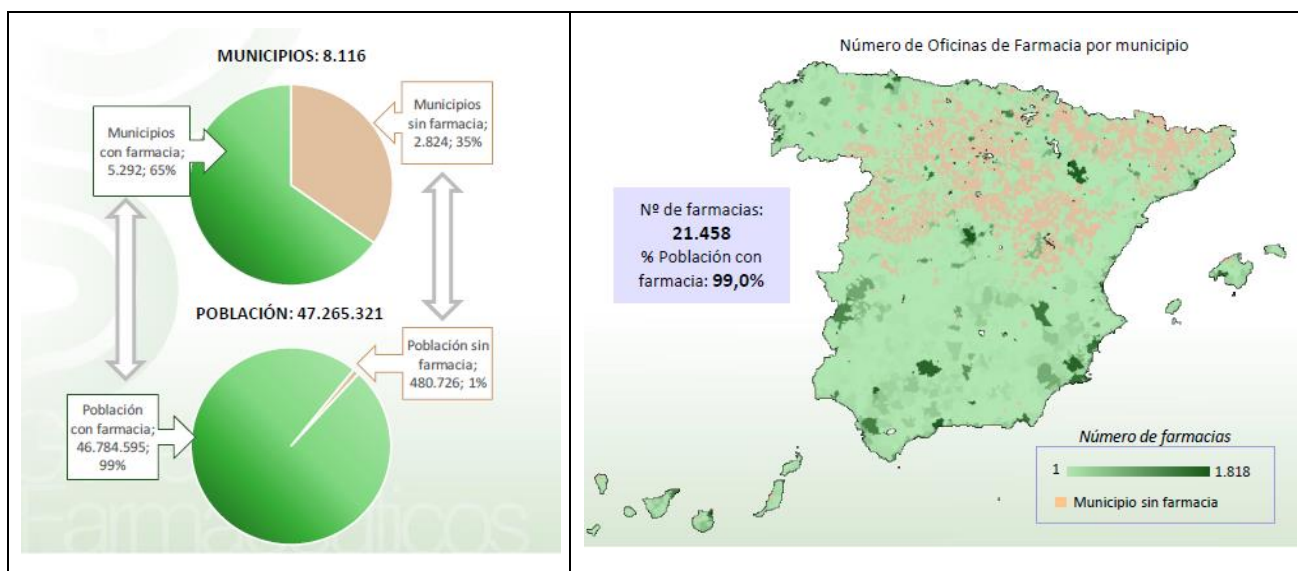
⁹⁰ <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20140402142426/http://www.offt.gov.uk/OFTwork/markets-work/pharmacies>.

distintos mercados geográficos definidos a nivel de municipio, al igual que en Borrell y Padrós (2007).

En España, el número de municipios sin farmacia ascendió a 2.824 en el año 2012 (el 35% de los municipios de nuestro país y el 1% de la población). Si se observa el mapa de España, se aprecia que estos municipios están situados en la mitad norte de España y tienen, en su gran mayoría, una población inferior a 500 habitantes y una densidad demográfica inferior a 10 habitantes/km².

Sin embargo, como se mostrará a continuación, la planificación geográfica de las oficinas de farmacia, establecida por las Comunidades Autónomas, determina la inexistencia de una relación unívoca entre población y número de farmacias debido a que los requisitos de distancias mínimas y módulos de población varían entre Comunidades Autónomas.

Gráfico 22. Número de oficinas de farmacia por municipio en España. Año 2012



Fuente: CGCOF (2013), a partir de información del INE e Instituto Geográfico Nacional.

Los mercados relevantes objeto de análisis, por ser la competencia en el mercado de distribución minorista de carácter local, son los municipios de España con menos de 15.000 habitantes y densidad de población menor a 800 habitantes/km².

En la tabla que se muestra a continuación se presenta el conjunto de municipios de estas características y su tamaño relativo dentro del mercado nacional. En el año 2013, un total de 7.469 municipios (92% del total) eran municipios con características de mercados locales mutuamente excluyentes entre sí,

representando el 24,7% de la población español con un total de 6.621 farmacias, aproximadamente el 31% del total de farmacias en España.

Tabla 19. Caracterización de los mercados relevantes en el mercado nacional. Año 2013⁹¹

Tramos de población	Número de municipios	% Municipios s/Total	Población	% Población s/Total	Número de farmacias	% Farmacias s/Total
≤ 500	3.861	47,6%	738.143	1,6%	1.149	5,4%
501-1.000	1.030	12,7%	738.167	1,6%	949	4,4%
1.001-2.000	909	11,2%	1.291.421	2,7%	933	4,3%
2.001-5.000	966	11,9%	3.028.224	6,4%	1.360	6,3%
5.001-10.000	518	6,4%	3.594.560	7,6%	1.363	6,4%
10.001-15.000	185	2,3%	2.258.908	4,8%	867	4,0%
> 15.000*	648	8,0%	35.480.360	75,3%	14.837	69,1%
TOTAL	8.117	100,0%	47.129.783	100,0%	21.458	100,0%

* Municipios de más de 15.00 habitantes y/o más de 800 habitantes/km².

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF e INE.

La Tabla 20 muestra la distribución de los municipios objeto de análisis por tramos de población. Es importante precisar que los municipios más poblados y con una mayor densidad de población no están incluidos, por constituir áreas urbanas en las que se producen solapamientos de mercados. Más de la mitad de los municipios de este subconjunto tiene un tamaño inferior o igual a 500 habitantes aunque éstos representan sólo al 6,3% de la población y concentran el 17,4% de las farmacias del conjunto de mercados locales. En el otro extremo, los municipios con más de 5.000 habitantes son sólo el 9,4% del total y, sin embargo, representan la mitad de la población y el 34% del total de farmacias.

Tabla 20. Número de municipios y farmacias por tamaño del municipio en España*. Año 2013

Tramos de población	Número de municipios	% Municipios s/Total	Población	% Población s/Total	Número de farmacias	% Farmacias s/Total
≤ 500	3.861	51,7%	738.143	6,3%	1.149	17,4%
501-1.000	1.030	13,8%	738.167	6,3%	949	14,3%
1.001-2.000	909	12,2%	1.291.421	11,1%	933	14,1%
2.001-5.000	966	12,9%	3.028.224	26,0%	1.360	20,5%
5.001-10.000	518	6,9%	3.594.560	30,9%	1.363	20,6%
10.001-15.000	185	2,5%	2.258.908	19,4%	867	13,1%
TOTAL	7.469	100,0%	11.649.423	100,0%	6.621	100,0%

(*) Municipios con población inferior o igual a 15.000 habitantes y densidad inferior o igual a 800 habitantes/km².

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF e INE.

⁹¹ Información de oficinas de farmacia a nivel de municipio de marzo de 2013.

En cuanto al número de farmacias en cada municipio, se observa que el 70,3% de los municipios con población inferior o igual a 500 habitantes carece de farmacia. Por otra parte, la estructura predominante en los municipios con población entre 500 y 2.000 habitantes es la de monopolio (el 92% de estos municipios tiene una sola farmacia). En municipios cuya población se encuentra entre 2.000 y 5.000 habitantes, un 34,2% de los mismos cuentan con 2 o más farmacias, predominando la estructura de duopolio (28,2% del total). A partir de 5.000 habitantes, el número de farmacias por municipio se incrementa y, por tanto, las posibilidades de interacciones competitivas en el mercado relevante. Estos municipios (9,4% del total) concentran el 50,3% de la población y el 33,7% del total de farmacias.

Tabla 21. Número de farmacias por municipio en España*. Año 2013

Número de oficinas de farmacia	Municipios ≤ 500 habitantes		500 < Municipios ≤ 1.000		1.000 < Municipios ≤ 2.000		2000 < Municipios ≤ 5.000		5.000 < Municipios ≤ 10.000		10.000 < Municipios ≤ 15.000	
	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total
0	2.713	70,3%	90	8,7%	17	1,9%	3	0,3%	0	0,0%	0	0,0%
1	1.147	29,7%	931	90,4%	852	93,7%	633	65,5%	64	12,4%	1	0,5%
2	1	0,0%	9	0,9%	39	4,3%	272	28,2%	204	39,4%	6	3,2%
3	0	0,0%	0	0,0%	1	0,1%	52	5,4%	153	29,5%	27	14,6%
4	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	71	13,7%	54	29,2%
5	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	3	0,3%	13	2,5%	48	25,9%
6+	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	13	2,5%	49	26,5%
TOTAL	3.861	100,0%	1.030	100,0%	909	100,0%	966	100,0%	518	100,0%	185	100,0%

(*) Municipios con población inferior o igual a 15.000 habitantes y densidad inferior o igual a 800 habitantes/km².

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF e INE.

A nivel nacional, para el conjunto de municipios que constituyen los mercados relevantes, los municipios sin oficina de farmacia son el 38% del total y los que tienen una única oficina de farmacia son los más representados (48,6%). Cabe señalar que el municipio o mercado local medio en España tiene 1.560 habitantes y una densidad de población de 46,52 habitantes/km².

De acuerdo a las características de la regulación autonómica de oficinas de farmacia, resumidas en la Tabla 4, se presenta a continuación la distribución de municipios por oficina de farmacia en el conjunto de España y en cuatro Comunidades Autónomas: Navarra, La Rioja, País Vasco y Andalucía.

En primer lugar, Navarra, por ser la única región en España en la que la apertura de nuevas farmacias no está restringida (siempre que no se superen los 700 habitantes por oficina de farmacia en cada municipio de Navarra). En segundo lugar, La Rioja, por tener unas características demográficas parecidas a las de Navarra pero una regulación similar a la establecida por la Ley 16/1997, a nivel estatal. En tercer lugar, el País Vasco, por tener una regulación más restrictiva que la establecida por la

mencionada ley y, por último, Andalucía, por ser una de las Comunidades Autónomas que permite el establecimiento de la primera farmacia en todos los municipios.

El tamaño medio de los municipios en Navarra es de 1.106 habitantes, por debajo del promedio nacional y del resto de Comunidades Autónomas representadas en la tabla. En el otro extremo se sitúa Andalucía, con un tamaño medio de 3.228 habitantes y a continuación, el País Vasco y La Rioja con 2.379 y 1.678 habitantes respectivamente.

Navarra, a pesar de contar con municipios de un tamaño medio relativamente menor al resto, tiene un mayor porcentaje de municipios con 2 o más farmacias (23% del total) en comparación con La Rioja (6%), País Vasco (15,5%) y el promedio nacional (13,6%). Andalucía tiene un porcentaje superior (28,7%) pero el tamaño medio de sus municipios es casi el triple de los navarros. Andalucía destaca por su mínimo número de municipios sin farmacia (0,9% del total), consecuencia no sólo del tamaño de sus municipios sino de una regulación autonómica que autoriza la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios. En cuanto a La Rioja, se observa que la mayoría de sus municipios carecen de oficina de farmacia debido fundamentalmente a que la mayoría tienen un tamaño inferior o igual a 500 habitantes (78% del total). Por último, el País Vasco se caracteriza por un elevado porcentaje de municipios sin oficina de farmacia en relación al tamaño medio de sus municipios y por una estructura de monopolio en casi la mitad de ellos.

Tabla 22. Número de farmacias por municipio en España y CC.AA*. Año 2013

Número de oficinas de farmacia	España		Navarra		La Rioja		País Vasco		Andalucía	
	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total
0	2.823	37,8%	123	47,1%	99	57,6%	83	39,0%	6	0,9%
1	3.628	48,6%	78	29,9%	63	36,6%	97	45,5%	455	70,3%
2	531	7,1%	25	9,6%	5	2,9%	16	7,5%	97	15,0%
3	233	3,1%	19	7,3%	2	1,2%	6	2,8%	45	7,0%
4	128	1,7%	2	0,8%	2	1,2%	8	3,8%	23	3,6%
5	64	0,9%	7	2,7%	1	0,6%	2	0,9%	11	1,7%
6+	62	0,8%	7	2,7%	0	0,0%	1	0,5%	10	1,5%
TOTAL	7.469	100,0%	261	100,0%	172	100,0%	213	100,0%	647	100,0%

(*) Municipios con población inferior o igual a 15.000 habitantes y densidad inferior o igual a 800 habitantes/km².

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF e INE.

A continuación se presenta el número de farmacias por municipio en los municipios con menos de 1.000 habitantes y en aquéllos con una población entre 1.000 y 5.000 habitantes. En el primer grupo de municipios se analizan los efectos de permitir o no

la apertura de la primera farmacia en todos los municipios y en los segundos, se puede analizar los efectos de las distintas regulaciones de las Comunidades Autónomas sobre la competencia en el mercado relevante (probabilidad de que en un municipio haya 2 o más oficinas de farmacia).

Respecto a los municipios de menos de 1.000 habitantes, cabe señalar que el tamaño medio para el conjunto de España es de 302 habitantes, 296 en Navarra, 202 en La Rioja, 463 en el País Vasco y 525 en Andalucía. Tanto en el conjunto de España como en el resto de comunidades analizadas, a excepción de Andalucía, la mayoría de estos municipios carece de oficina de farmacia. El reducido tamaño medio de los municipios en Navarra y La Rioja podría explicar este alto porcentaje en ambas comunidades.

Sin embargo, si se comparan País Vasco y Andalucía se aprecia que, a pesar de que sus municipios tienen tamaños medios similares (algo superiores en Andalucía), el 81% no tiene farmacia en el País Vasco frente a sólo un 3% en Andalucía. Como ya se ha señalado, estas diferencias responden a la diferente regulación de las oficinas de farmacia. En el caso del País Vasco, no está autorizada la apertura de farmacias en municipios con menos de 800 habitantes mientras que en Andalucía se permite la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios.

Tabla 23. Municipios con población inferior o igual a 1.000 habitantes. Año 2013

Número de oficinas de farmacia	España		Navarra		La Rioja		País Vasco		Andalucía	
	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total
0	2.803	57,3%	122	65,2%	99	68,8%	81	81,0%	6	3,1%
1	2.078	42,5%	60	32,1%	45	31,3%	19	19,0%	190	96,9%
2	10	0,2%	5	2,7%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
3+	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
TOTAL	4.891	100,0%	187	100,0%	144	100,0%	100	100,0%	196	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF e INE.

En el caso de los municipios con población entre 1.000 y 5.000 habitantes, se observan diferencias importantes entre Navarra y el resto de las Comunidades Autónomas analizadas y entre Navarra y el conjunto de España. Como se puede observar en la Tabla 24, la estructura mayoritaria en estos municipios, tanto en el conjunto de España como en las otras Comunidades Autónomas analizadas, es la de monopolio (un 79% en España, 86% en La Rioja, 95% en el País Vasco y 80% en Andalucía tiene una única oficina de farmacia).

La excepción es Navarra, la única Comunidad Autónoma cuya regulación prácticamente liberalizó la instalación de farmacias en su territorio y en la que el 70% de sus municipios de este tamaño cuentan con 2 o más farmacias y, por tanto,

son posibles las interacciones competitivas entre oficinas de farmacia en estos mercados locales.

Es importante resaltar que el tamaño medio de estos municipios es muy similar en las Comunidades Autónomas analizadas y en el conjunto de España y asciende a 2.392 habitantes en Navarra, 2.278 en La Rioja, 2.238 en el País Vasco, 2.541 en Andalucía y 2.304 en el conjunto de España.

Como se mostrará en el apartado 4.2, la población es la variable más relevante para explicar el número de farmacias por municipio⁹². Por este motivo, las diferencias encontradas en cuanto al número de municipios que cuentan con 2 o más farmacias en Navarra en comparación con el resto de comunidades, siendo los municipios de un tamaño similar, se pueden explicar por la reforma pro-competitiva que esta comunidad implementó mediante la aprobación de la Ley Foral 12/2000.

Tabla 24. Municipios con población entre 1.000 y 5.000 habitantes. Año 2013

Número de oficinas de farmacia	España		Navarra		La Rioja		País Vasco		Andalucía	
	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total	Número de municipios	% Municipios s/Total
0	20	1,1%	1	1,6%	0	0,0%	2	2,5%	0	0,0%
1	1.485	79,2%	18	28,6%	18	85,7%	76	95,0%	247	80,2%
2	311	16,6%	20	31,7%	3	14,3%	2	2,5%	52	16,9%
3+	59	3,1%	24	38,1%	0	0,0%	0	0,0%	9	2,9%
TOTAL	1.875	100,0%	63	100,0%	21	100,0%	80	100,0%	308	100,0%

Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF e INE.

Del análisis anterior se obtienen diferencias significativas entre Comunidades Autónomas que no se explican por diferencias en sus características demográficas sino por los distintos criterios de planificación farmacéutica aplicados en cada una de ellas. La regulación basada en un criterio de máximos aplicada en el resto de las Comunidades Autónomas, siguiendo los principios básicos de la Ley 16/1997 a nivel estatal, está limitando el número de farmacias e impidiendo la existencia de competencia en los mercados locales analizados. Ésta y otras restricciones al acceso y al ejercicio de la actividad farmacéutica en el tramo minorista se analizan a continuación.

⁹² Tanto Schaumans y Verboven (2008) como Borrell y Villadangos (2009) obtienen que la población es la variable más relevante para explicar el número de farmacias.

4. ANÁLISIS DEL MODELO DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA DESDE LA ÓPTICA DE LA COMPETENCIA Y LA REGULACIÓN ECONÓMICA EFICIENTE

Las especiales características del mercado de distribución minorista de medicamentos, por la naturaleza de los medicamentos, la protección de la salud pública y por la existencia de fallos de mercado, son la justificación de la intervención pública en el mercado mediante la regulación. Sin embargo, si la intervención pública no se adecua a los principios de la regulación económica eficiente, dicha regulación podría resultar perjudicial, pudiendo alcanzarse los mismos objetivos de salud pública a través de otros mecanismos de forma menos costosa para el interés general.

Aunque el objetivo principal de la regulación sea la protección del interés público, en cuanto a seguridad y acceso a los medicamentos, ésta incide en la protección de intereses privados (viabilidad financiera de oficinas de farmacias y distribuidores mayoristas), lo que con frecuencia entra en conflicto con el objetivo principal de asegurar la calidad de la atención farmacéutica y reducir los costes de distribución.

En el primer apartado se analiza la regulación vigente desde la óptica de la competencia y de la regulación económica eficiente, es decir, de acuerdo con los principios de necesidad, idoneidad y proporcionalidad. En el análisis se tiene en cuenta hasta qué punto las restricciones impuestas por la regulación inhiben o incentivan la competencia en el mercado de distribución minorista de medicamentos y si dichas restricciones benefician a los consumidores o, por el contrario, imponen costes adicionales a los mismos.

En el segundo apartado se presenta una evaluación del impacto de la reforma de Navarra, con la aprobación de la Ley Foral 12/2000, en la entrada de nuevas farmacias en el mercado. El análisis se hace a nivel agregado, a nivel de Comunidad Autónoma, y también a nivel de municipio, con el objetivo de determinar el impacto de dicha reforma en la cobertura geográfica de la asistencia farmacéutica en los municipios de dimensiones reducidas.

4.1. Restricciones de la competencia

4.1.1 Restricciones de acceso al mercado

Las restricciones de acceso al mercado son los requisitos basados en módulos de población y distancias mínimas entre oficinas de farmacia necesarios para permitir la entrada de nuevas farmacias en el mercado. Estas restricciones responden a razones de equidad y de salud pública y tienen como objetivo asegurar el acceso

equitativo a los medicamentos y servicios farmacéuticos en los distintos núcleos de población.

El argumento de necesidad de las restricciones geográficas en combinación con los elevados márgenes de las oficinas de farmacia se basa en asegurar un buen abastecimiento de medicamentos en poblaciones menos rentables (zonas rurales) y evitar un exceso de oferta en el resto de poblaciones (zonas urbanas).

Sin embargo, esta regulación favorece los intereses privados de los farmacéuticos titulares de oficina de farmacia que, gracias a estas restricciones, no se enfrentan a la competencia de otras oficinas de farmacia y perjudica a los pacientes, que podrían obtener beneficios en forma de mayor calidad del servicio, menor distancia recorrida para la obtención del medicamento o menor precio de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, si hubiera competencia entre los distintos establecimientos.

Este conflicto entre el interés público y privado se deriva de la naturaleza de las oficinas de farmacia en España al ser establecimientos sanitarios privados de interés público⁹³. El interés público se deriva de la dispensación de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS y de los servicios de atención farmacéutica, importantes desde el punto de vista de la salud pública.

Por este motivo, la planificación de las farmacias se enfrenta a intereses contrapuestos. Un mayor número de farmacias mejora el acceso de la población a los medicamentos pero reduce el volumen de ventas por farmacia y, por tanto, el rendimiento que obtiene cada farmacia de los activos humanos y físicos invertidos en la prestación del servicio es menor.

Por otro lado, la relación entre el número de farmacias y el grado de cobertura geográfica del servicio no es unívoca: un mayor número de farmacias puede no mejorar la cobertura geográfica de la prestación farmacéutica si se produce el denominado descreme de mercado; es decir, las nuevas farmacias tienden a concentrarse geográficamente en las zonas urbanas y las localidades pequeñas se quedan sin farmacia.

Como se ha analizado en el epígrafe anterior, las restricciones de acceso al mercado, establecidas por la planificación farmacéutica de las Comunidades Autónomas, tienen impacto en la competencia en el mercado. El modelo adoptado en Navarra favorece la competencia entre las oficinas de farmacia, puesto que el

⁹³ Artículo 86.6 del Texto Refundido.

porcentaje de mercados locales de dimensiones reducidas⁹⁴ con más de una oficina de farmacia es mucho mayor que en el resto de Comunidades Autónomas, que aplican criterios más restrictivos para la apertura de oficinas de farmacia.

En el segundo apartado, se muestra el efecto de la reforma de Navarra en el año 2000 en la entrada de farmacias en el mercado y, en particular, se analiza la entrada en municipios de dimensiones reducidas obteniendo resultados positivos en estos municipios, lo que muestra que la reforma no ha tenido un impacto negativo sobre la cobertura geográfica de la atención farmacéutica.

Esta evidencia cuestiona los argumentos en favor de las restricciones geográficas basadas en módulos de población y distancias mínimas para asegurar una adecuada cobertura geográfica de la atención farmacéutica y muestra que el modelo de la Ley 16/1997, aplicado en el resto de las Comunidades Autónomas a excepción de Navarra, que establece el número máximo de oficinas de farmacia por módulos de población, no es necesario para garantizar una adecuada asistencia farmacéutica a la población. De hecho, se obtiene una cobertura similar o incluso mayor a través de una regulación menos restrictiva de la competencia, como es la vigente en Navarra.

Cabe señalar que la mayor cobertura farmacéutica de Navarra, que cuenta con el menor ratio de habitantes por oficina de farmacia de España, no se traduce en un mayor gasto farmacéutico per cápita para el Sistema Nacional de Salud. Como se ha analizado en el apartado 3.1.1, el gasto farmacéutico per cápita en Navarra (184,42 euros) es inferior a la media nacional (194,85 euros).

Como se detalla en el Anexo del estudio, las experiencias de liberalización de las oficinas de farmacia en algunos países europeos han generado un aumento sustancial en el número de farmacias, con tendencia a la concentración de éstas en zonas urbanas. Hay evidencia de la escasa apertura de nuevas farmacias en municipios pequeños que ya cuentan con una oficina de farmacia en países como Reino Unido y Dinamarca, pero no se ha producido el desabastecimiento de las zonas rurales o menos pobladas.

En estos países, se han implementado políticas para evitar el cierre de farmacias en zonas rurales mediante el establecimiento de incentivos financieros. En el caso de Reino Unido, las farmacias rurales reciben subsidios a través del “*Essential Small Pharmacy Local Pharmaceutical Services Scheme (ESP LPS)*” y en Dinamarca, se

⁹⁴ Municipios con población entre 1.000 y 5.000 habitantes.

ha implementado un mecanismo llamado “*Tax Equalization Scheme*” para financiar las farmacias rurales.

Existen otros mecanismos para favorecer o bien la permanencia de las farmacias en las zonas rurales o bien para asegurar el abastecimiento de medicamentos. En Noruega, existe un acuerdo entre el Estado y las cadenas de farmacias para que, en caso de cierre de una farmacia en una zona rural, la cadena de farmacias tome el control del establecimiento y se abra una nueva farmacia en la misma zona, mientras que en el Reino Unido, los médicos están capacitados para dispensar medicinas en las zonas rurales, de forma que en estas zonas se reduciría la necesidad de contar con un mayor número de farmacias, que podrían no ser rentables, pero se garantizaría la atención y acceso a los medicamentos en condiciones suficientes de seguridad y calidad para los pacientes.

Las prácticas de estos países muestran que existen mecanismos alternativos para aumentar la competencia en el mercado y a la vez garantizar una adecuada cobertura geográfica de la atención farmacéutica sin necesidad de restringir la entrada de farmacias en todas las zonas del mercado.

Por otra parte, restringir la apertura de una primera farmacia en todos los municipios resulta incompatible con el objetivo de garantizar la asistencia farmacéutica en las zonas rurales. Por este motivo, la restricción existente en muchas Comunidades Autónomas, que no autorizan la instalación de una primera farmacia en cada municipio, es inadecuada: los municipios más pequeños son los que resultan más perjudicados por esta regulación ya que, en ausencia de esta restricción, al menos algunos de ellos, y posiblemente muchos, podrían disponer de una farmacia.

Es por ello que algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía o Valencia, permiten la apertura de la primera oficina de farmacia en todos los municipios, con independencia de umbrales mínimos de población. Otras, como el País Vasco, no autorizan la apertura de oficinas de farmacia en municipios de tamaño inferior a 800 habitantes y, como ya se ha señalado, esta restricción hace que el porcentaje de municipios de dimensiones reducidas⁹⁵ sin oficina de farmacia en el País Vasco sea muy superior al de Andalucía.

Como muestra también el análisis de la competencia en el mercado, la restricción a la instalación de la segunda y siguientes farmacias en un municipio es innecesaria y desproporcionada: al comparar Navarra con el resto de Comunidades Autónomas,

⁹⁵ Municipios con población inferior o igual a 1.000 habitantes.

se observa que el porcentaje de municipios⁹⁶ con dos o más farmacias es mucho mayor en Navarra que en otras Comunidades Autónomas, aun siendo el tamaño medio de estos municipios similar entre Comunidades Autónomas. El requisito normativo de un módulo de población mínimo de 2.800 habitantes (o superior, en el caso del País Vasco) para la apertura de una oficina de farmacia está limitando la competencia en el mercado y perjudica a los consumidores, a otros profesionales que podrían ser titulares de una farmacia y, en definitiva, al interés general.

Esta restricción impide la posibilidad de competencia entre farmacias en muchos municipios y privilegia a las farmacias ya instaladas⁹⁷ con rentas regulatorias. Además, limita una mayor proximidad de las farmacias a los domicilios, lo que se traduce en mayores costes en desplazamientos y en una pérdida de bienestar para los pacientes.

Por otra parte, todas las Comunidades Autónomas, a excepción de Navarra, establecen una distancia mínima entre las oficinas de farmacia y los centros de salud⁹⁸. Esta restricción tendría como objetivo evitar un exceso de concentración de farmacias alrededor del centro de salud y, se supone, un déficit de farmacias en otras zonas. Las farmacias pueden tener interés en localizarse en mayor medida en las proximidades de los centros de salud debido a la concentración de la prescripción en éstos. En ausencia de distancias mínimas entre farmacias y centros de salud, se podría dar el fenómeno de *leap frogging* que llevaría a una relocalización de farmacias para aproximarse lo máximo posible al centro de salud⁹⁹.

⁹⁶ Municipios con población superior a 1.000 e inferior o igual a 5.000 habitantes.

⁹⁷ Una evidencia de las cuantiosas rentas regulatorias que las restricciones de acceso al mercado proporcionan a las farmacias ya instaladas es el elevado precio de los traspasos de oficinas de farmacia en ciudades como Madrid. Véase vínculo: www.comprar-farmacias-urbagesa.es/buscar-farmacias.php?region=4&facturacion=0&facturacion1=15000000&Precio=0&Precio1=15000000. Cabe señalar que en esta Comunidad, el número de farmacias se incrementó sólo un 7% entre 2000 y 2013 frente a un incremento de su población del 25% en dicho periodo. Además, Madrid es la Comunidad Autónoma en la que un menor porcentaje de colegiados son titulares de oficina de farmacia de toda España (sólo el 28,3% de los colegiados frente al 36,6% de media en España).

⁹⁸ Algunas Comunidades Autónomas (es el caso de Andalucía y Baleares, entre otras) establecen una distancia mínima entre las oficinas de farmacia y los centros sanitarios públicos, sin existir dicha restricción en el caso de centros privados. Desde el punto de vista económico, esta diferenciación carece de fundamento. Las farmacias tendrían, en su caso, similares incentivos a concentrarse en las proximidades de los centros sanitarios privados que en los públicos, pues ambos constituyen una fuente de demanda de medicamentos.

⁹⁹ Borrell y Fernández-Villadangos (2011) muestran que en el caso de Navarra no se produce esta concentración de forma generalizada y que, en todo caso, ésta afectaría a la localización de una o dos farmacias mientras que el resto de farmacias se localizan para aproximarse a los domicilios.

Esta restricción privilegia a un número reducido de farmacias (o incluso a una sola farmacia que por motivos históricos ya se encuentre situada junto al centro de salud y a la que no le sea de aplicación la normativa posterior) al prohibir la tensión competitiva con otras farmacias, y fundamentalmente perjudica a los pacientes, que tienen que recorrer obligatoriamente la distancia mínima establecida por la normativa para acceder a la farmacia, en lugar de poder obtener los medicamentos prescritos en un establecimiento más próximo al centro de salud o en el propio centro de salud.

Además, la implantación y mayor difusión de la receta electrónica hace que cada vez más pacientes sustituyan la farmacia próxima al centro de salud por la farmacia próxima a sus domicilios, lo que facilita la compra por parte de los pacientes en cualquier farmacia, no necesariamente en las más próximas a los centros sanitarios.

4.1.2 Restricciones de ejercicio de la actividad

Además de las restricciones para la apertura de oficinas de farmacias, la normativa estatal y autonómica también contempla una serie de obstáculos a la competencia para el desarrollo de la actividad farmacéutica, que se valoran en los siguientes apartados.

4.1.2.1 Requisito de ostentar la condición de farmacéutico para la dispensación de medicamentos

El artículo 86.2 b) del Texto Refundido establece la presencia y actuación profesional del farmacéutico como requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, teniendo en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la oficina.

La obligación de ser un técnico competente capacitado para ejercer la actividad de distribución de medicamentos tendría una justificación desde el punto de vista de la eficiencia económica, basada en la necesidad de regular una calidad mínima de los servicios prestados en las oficinas de farmacia¹⁰⁰, en presencia de varios fallos del mercado. Por una parte, la asimetría de información existente entre el profesional que dispensa los medicamento y los pacientes (riesgo moral y selección adversa),

¹⁰⁰ Estos servicios incluyen, entre otros, la información y seguimiento de los tratamientos dispensados a los pacientes y la colaboración de las oficinas de farmacia con las Autoridades sanitarias en la promoción y protección de la salud, prevención de la enfermedad y educación sanitaria.

en la que i) el profesional podría tener incentivos en suministrar un producto con mayor rentabilidad económica aunque éste no reporte suficientes beneficios sanitarios al paciente y ii) el consumidor medio tiene menor información sobre la eficacia y propiedades del medicamento que el dispensador. Ambos problemas pueden llevar a una dispensación mejorable y un deterioro de la calidad del servicio. Por otra parte, en ausencia de regulación de dicha calidad aparecerían externalidades negativas en forma de mayor probabilidad de difusión de las enfermedades en el caso de una inadecuada dispensación, una población menos saludable, lo que resultaría en menor calidad de vida y mayores costes sanitarios.

Por ello, la presencia de un técnico competente estaría justificada desde el principio de necesidad para satisfacer los objetivos de salud pública y de eficiencia económica antes mencionados, especialmente si el dispensador tuviese alguna influencia sobre el medicamento suministrado al paciente.

En consecuencia, la atención o consejo de dicho profesional se considera necesario para garantizar una adecuada dispensación para los medicamentos sujetos a prescripción médica. No obstante, este técnico competente no tendría necesariamente que ser siempre un titulado en farmacia colegiado, ya que podrían existir otras profesiones sanitarias cuyos titulados, con una formación equivalente¹⁰¹, también estarían capacitados para poder realizar esta actividad, en principio, con garantías equivalentes en términos de calidad y seguridad para la salud de los pacientes¹⁰².

Asimismo, en ocasiones, y atendiendo a criterios de eficiencia económica, en determinadas zonas de baja densidad de población, podría resultar adecuado permitir que además de los servicios del farmacéutico éstos puedan realizarse por otros profesionales sanitarios, típicamente el médico, tal y como se ha analizado en el punto 4.1.1. En estos casos, la evidencia empírica muestra la conveniencia de

¹⁰¹ La Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales recoge en el artículo 44 y el anexo V la formación necesaria para la dispensación de medicamentos y servicios de atención farmacéutica.

¹⁰² La dispensación de medicamentos por otros profesionales sanitarios, por ejemplo los médicos, se realiza en Europa en diversas circunstancias como zonas rurales o ausencia de atención farmacéutica. En general nunca como regla general. Adicionalmente existe evidencia empírica, por ejemplo en el caso de Suiza, de que la dispensación por parte de los médicos podría incrementar el gasto en medicamentos en caso de que exista incentivo económico a prescribir medicamentos más caros. Vid. Kaiser, B., y C. Schmid (2013), “Does physician dispensing increase drug expenditures?”, Discussion Papers No. 13-03, Department of Economics, Universität Bern. <http://www.vwl.unibe.ch/papers/dp/dp1303.pdf>

diseñar mecanismos que eviten los incentivos económicos que pueden contribuir, sin justificación sanitaria, a un mayor gasto sanitario.

4.1.2.2 Reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la distribución de medicamentos

El artículo 3 del Texto Refundido establece que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponde exclusivamente a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas y a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

Esta reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la custodia, conservación y dispensación minorista de medicamentos supone una restricción a la competencia ya que limita, fuera de los hospitales, los canales de distribución de medicamentos a las oficinas de farmacia.

En todo caso, y teniendo en cuenta el objetivo de salvaguardar la salud pública, para los medicamentos sujetos a prescripción médica que, por sus características, puedan requerir de una especial protección, esta restricción debería limitarse a establecimientos especializados (farmacias, hospitales, centro de salud) que cuenten con las condiciones necesarias para mantener los medicamentos en el estado óptimo para su dispensación y consumo. En el caso de los medicamentos de automedicación, la menor necesidad de protección implicaría que su venta podría realizarse en un mayor número de establecimientos, que facilitara el acceso por parte de los pacientes en condiciones similares de información, calidad y seguridad.

La principal ventaja de liberalizar los canales de venta de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, además del mejor acceso para los pacientes, es la mayor tensión competitiva con la consiguiente reducción *ceteris paribus* en el precio de estos medicamentos¹⁰³. Esta liberalización facilita también la competencia en calidad, localización e innovación.

En España, la normativa permite únicamente aplicar descuentos de hasta un 10% sobre el precio autorizado (máximo) de los medicamentos publicitarios. Sin embargo, esta práctica está muy poco extendida por los escasos incentivos a competir de las oficinas de farmacia y la inexistencia de canales minoristas

¹⁰³ El informe de la OFT (2003) muestra que las cadenas de farmacias integradas dentro de supermercados en el Reino Unido ofrecen descuentos de hasta el 30% en el precio de los medicamentos OTC.

alternativos. Además, facilitaría el acceso de los consumidores a este tipo de medicamentos, que se podrían adquirir en un mayor número de puntos de venta físicos.

Una regulación más eficiente en la variedad de canales de distribución de los medicamentos no sujetos a prescripción médica incluye la posibilidad de que éstos se puedan vender no solamente a través de farmacias, sino también a través de otro tipo de establecimientos que aseguren la protección de las razones de imperioso interés general existentes en la distribución de medicamentos (distribución comercial, tiendas de comestibles que también están sometidas a requisitos sanitarios de garantía de conservación e higiene, venta por correo y a través de sitios web en los medicamentos técnicamente susceptibles de este tipo de distribución, etc.)¹⁰⁴.

De hecho, en España, la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web está permitida desde la aprobación del Real Decreto 870/2013¹⁰⁵. Sin embargo, esta venta sólo la pueden realizar en la actualidad las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas y que hayan efectuado la notificación de esta actividad conforme a lo previsto en la normativa que regula este tipo de venta. Es decir, no está permitida la venta de productos farmacéuticos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web por farmacéuticos titulados u otros posibles técnicos competentes que no sean propietarios de una oficina de farmacia física.

La justificación alegada para esta restricción se ampara en la protección de la salud pública, que requeriría para su salvaguarda que los medicamentos no sujetos a prescripción médica se dispensen por una oficina de farmacia autorizada, con la intervención y propiedad de un farmacéutico, previo asesoramiento personalizado¹⁰⁶.

¹⁰⁴ En diversos países europeos, como Reino Unido, Holanda, Noruega o Dinamarca, los medicamentos no sujetos a prescripción médica pueden adquirirse en establecimientos distintos de las oficinas de farmacia como, por ejemplo, supermercados.

¹⁰⁵ La Directiva 2011/62/UE establece un código comunitario sobre medicamentos de uso humano en lo relativo a la prevención de la entrada de medicamentos falsificados en la cadena de suministro legal y permite soluciones más favorables para la competencia que la adoptada en España, con la posibilidad de permitir la venta a través de sitios web de medicamentos sujetos a prescripción médica.

¹⁰⁶ Se prohíbe, asimismo, la venta a domicilio y cualquier tipo de venta indirecta al público de medicamentos (estén sujetos o no a prescripción médica).

La reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la venta de medicamentos sujetos y no sujetos a prescripción médica a través de sitios web es innecesaria y desproporcionada para asegurar la protección de la salud pública.

Para el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica, la intervención de un técnico competente resulta suficiente para garantizar dicha protección, no siendo necesario que el mismo sea titular de una oficina de farmacia. Por tanto, esta venta a través de sitios web se podría realizar por otros establecimientos, al igual que la venta física, con el requisito de que haya un consejo o asesoramiento previo a la venta por parte de un técnico competente (que podría no ser necesariamente titular de una oficina física de farmacia).

4.1.3 Restricciones de propiedad de las oficinas de farmacia

El artículo 103.4 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.

La restricción por la cual el propietario de una oficina de farmacia debe ser farmacéutico podría tener su justificación económica en la existencia de un problema de información asimétrica (riesgo moral o principal-agente). Si el farmacéutico que presta sus servicios en la oficina de farmacia no es el propietario de la misma, el primero podría tener menores incentivos a prestar servicios de calidad, al no apropiarse totalmente de los beneficios de la explotación de la oficina de farmacia, con el consiguiente perjuicio para el propietario de la farmacia (principal) en términos de menores rentas, y también para los pacientes¹⁰⁷, en términos de menor calidad en la prestación del servicio.

¹⁰⁷ El problema de agencia descrito no se resuelve otorgando la propiedad de la oficina de farmacia a un farmacéutico puesto que, en muchas circunstancias, no va a ser el propietario titular el que dispense los medicamentos sino un farmacéutico contratado. Adicionalmente, dicho problema de agencia es muy similar al de dispensación en cualquier otro negocio de distribución minorista de bienes económicos, pudiendo paliarse el mismo con distintos instrumentos económicos como la supervisión del empleado, el alineamiento de los incentivos del dependiente vía comisiones, retribuciones variables en función del esfuerzo observado o de los resultados, etc. Como se ha visto anteriormente, la presencia del farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, sin que se especifique en la norma estatal que el farmacéutico deba ser el propietario de la oficina de farmacia. Algunas Comunidades Autónomas, como Andalucía, requieren la presencia del farmacéutico titular durante el horario mínimo obligatorio de apertura de la oficina de farmacia y otras, como Madrid, sólo requieren la presencia de un farmacéutico (no necesariamente el titular) durante todo el horario de apertura de la farmacia.

Es cuestionable, no obstante, que este problema de agencia exista en el caso de las oficinas de farmacia y no en el de los hospitales privados, en los que el bien que se pretende salvaguardar es el mismo, la salud pública, y no se requiere que los inversores sean médicos colegiados para autorizar su apertura¹⁰⁸.

Desde un punto de vista sanitario y también de regulación económica eficiente, esta restricción a la competencia es innecesaria ya que la presencia de un farmacéutico en la dispensación de los medicamentos ya aseguraría suficientemente la adecuada protección de la salud pública.

Además, esta restricción supone una barrera de entrada en el mercado, puesto que impide que puedan ser propietarios de farmacias otros agentes (no farmacéuticos) con capital para invertir. Una vez más, esta restricción a la competencia parece responder a la salvaguardia de los intereses de los farmacéuticos ya establecidos, a los que facilita, vía menor tensión competitiva, unas rentas económica derivadas de la titularidad de las oficinas de farmacia incumbentes.

En España, la titularidad-propiedad de las oficinas de farmacia está limitada jurídicamente a una sola oficina de farmacia, lo que impide incluso una mínima integración horizontal y la formación de cadenas farmacéuticas.

La formación voluntaria de cadenas farmacéuticas¹⁰⁹ dentro de la libertad de empresa permitiría, en su caso, optimizar recursos y asumir libremente formas de riesgo compartido que de otro modo serían inviables. Desde un punto de vista de la eficiencia económica, las economías de escala derivadas del mayor tamaño de las farmacias permiten reducciones de costes en el aprovisionamiento, la distribución de medicamentos, almacenamiento y gestión administrativa.

Si el objetivo de esta restricción fuera evitar un posible abuso de poder de mercado derivado de un exceso de concentración, por la posibilidad de que una sola cadena farmacéutica agrupe a la mayor parte de farmacias del mercado y pueda realizar una serie de prácticas anticompetitivas, existen instrumentos alternativos de política de defensa de la competencia para mitigar dichos abusos susceptibles de generar

¹⁰⁸ Uno de los argumentos esgrimidos en favor de la unión de titularidad-propiedad por distintas asociaciones de farmacéuticos es que garantiza la independencia del farmacéutico de intereses económicos.

¹⁰⁹ Las cadenas de farmacias están presentes en diversos países europeos. Según Vogler et al. (2014), en Inglaterra, el 61,4% de las farmacias formaban parte de cadenas de farmacias en el año 2013, siendo la cuota de mercado de las 3 cadenas más importantes del 35% del mercado. En Noruega, el porcentaje de farmacias parte de cadenas ascendió al 96,5% en el año 2011 siendo la cuota de mercado de las tres principales cadenas de ese país del 81% en ese año. Las cadenas de farmacias compiten también en el mercado en países como Irlanda, Holanda y Suecia.

menos distorsiones en términos de eficiencia, por lo que esta restricción, incluso si se aceptase como necesaria, sería desproporcionada para conseguir ese fin¹¹⁰.

La imposibilidad de integración de las oficinas de farmacia con los laboratorios farmacéuticos y/o distribuidores mayoristas (integración vertical), establecida en el artículo 4 del Texto Refundido tendría como objetivo la garantía de independencia de los farmacéuticos de los intereses económicos directos de los laboratorios farmacéuticos y/o almacenes mayoristas.

Sin embargo, la integración vertical de las distintas actividades de la cadena del medicamento podría generar ganancias de eficiencia derivadas de la existencia de economías de escala y de alcance entre estas actividades¹¹¹. Entre las ventajas que se derivan de la integración vertical, se observan entre otras, una reducción de los costes de aprovisionamiento y comercialización, reducción de los costes de transacción y favorece la obtención de una mayor información sobre los consumidores finales, pudiendo satisfacer en mejor medida sus necesidades¹¹².

Esta restricción jurídica impide la materialización de estas eficiencias. Al igual que en el caso de la integración horizontal, existen instrumentos alternativos en poder de los órganos proponentes de normas, del propio mercado y de las autoridades de competencia para mitigar el poder de mercado, y su posible abuso, derivado de la integración vertical de las oficinas de farmacia, por lo que esta restricción no encuentra justificación alguna. La eliminación de esta prohibición, acompañada de los mecanismos de control existentes de la autoridad de competencia, permitiría una mayor eficiencia en la actividad farmacéutica, que podría resultar en menores costes de la actividad y, por tanto, en un menor gasto público para el Estado y menores costes para los pacientes y contribuyentes.

4.1.4 Retribución de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos

El margen que obtienen las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos, como ya se ha descrito en el apartado 2.2.2, es un porcentaje sobre

¹¹⁰ En Noruega, el número de farmacias pertenecientes a una cadena puede ser como máximo un 40% del total. La Autoridad de Competencia noruega fijó dicho límite después de que un mismo grupo adquiriera más del 80% del total de farmacias.

¹¹¹ La Organización Médica colegial (OMC), en su reciente informe sobre el sector farmacéutico en España, propone integrar verticalmente actividades y funciones de la cadena de valor farmacéutica.

¹¹² Sutton (1980); Stuckey, J. y White, D (1983).

el precio de venta al público sin impuestos si el precio es inferior a una determinada cantidad. A partir de ese precio, el margen es una cantidad fija que varía de forma creciente por tramos, a medida que va aumentando el precio del medicamento.

Con este tipo de retribución, los ingresos de las oficinas de farmacia aumentan cuanto mayor sea el precio de los medicamentos, con lo que este sistema genera incentivos en los farmacéuticos a dispensar los medicamentos de mayor precio¹¹³, que resultará en un mayor beneficio para la farmacia.

Si el objeto del margen de las oficinas de farmacia es la remuneración de la prestación de servicios de atención farmacéutica, es cuestionable que la retribución de éstas deba aumentar con el precio del medicamento, siendo la calidad del servicio independiente de dicho precio.

Incluso manteniendo el resto de las restricciones identificadas, un sistema de financiación eficiente de las oficinas de farmacia debería vincular las rentas derivadas de la dispensación de medicamentos con los beneficios sanitarios que aporta (sistema orientado al paciente) frente al sistema vigente en España, que es un sistema orientado al producto, en el que los ingresos de las farmacias están vinculados a la cantidad y precio de los medicamentos dispensados.

Un sistema de retribución alternativo al vigente en España es, según Meneu (2006), un sistema mixto que combina una tarifa fija por dispensación¹¹⁴ con la devolución parcial o total del precio del medicamento por parte del SNS¹¹⁵ y la retribución de determinados servicios definidos por el SNS.

4.1.5 Otras restricciones

4.1.5.1 Horarios de apertura de las oficinas de farmacia

¹¹³ Medidas implementadas recientemente, como la sustitución del medicamento prescrito por el fármaco equivalente más barato por parte del farmacéutico, corregirían estos incentivos cuando el médico prescribe el medicamento por el principio activo del mismo y no por la marca.

¹¹⁴ La tarifa fija por dispensación se utiliza en países como Reino Unido e Irlanda. Este sistema tiene como ventaja que retribuye el acto de dispensación (independientemente del precio del medicamento) pero, por otro lado, no proporciona incentivos para la mejora de la calidad del servicio. Por este motivo, en Reino Unido, el Sistema Nacional de Salud retribuye a las oficinas de farmacia por la prestación de los denominados « servicios avanzados » que incluyen, entre otros, las vacunas contra la gripe.

¹¹⁵ La devolución parcial del precio (máximo) del medicamento se denomina *clawback* y se aplica en países como Reino Unido. El SNS devuelve a las oficinas de farmacia el precio pagado por éstas a los laboratorios y distribuidores mayoristas, de manera que los descuentos obtenidos por las farmacias se trasladan al SNS y a los pacientes.

El artículo 6 de la Ley 16/1997 establece que las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, fijadas por las Comunidades Autónomas, al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia.

Las disposiciones que adopten las Comunidades Autónomas en esta materia tendrán el carácter de mínimos, permitiéndose, en consecuencia, el funcionamiento de estos establecimientos en horarios por encima de los mínimos oficiales.

Los establecimientos que realicen jornadas u horarios por encima de los mínimos establecidos deberán comunicarlo, con carácter previo, a la Comunidad Autónoma y deberán mantener con continuidad dicho régimen, en los términos en que la autoridad sanitaria les indique.

Las Comunidades Autónomas han aprobado sus correspondientes normativas en las que establecen los horarios mínimos de atención al público, la ampliación de horario respecto al mínimo y los servicios de urgencia.

Aún hoy, existen determinados aspectos en la normativa de horarios de apertura de las oficinas de farmacia que resultan incompatibles con los principios de libertad y flexibilidad en la prestación de servicios de las oficinas de farmacia, establecidos en la Ley 16/1997, con el consiguiente perjuicio para los pacientes.

En particular, las posibilidades de ampliación de horario por encima del horario mínimo se encuentran restringidas por tener que ajustarse a una serie de módulos fijos, durante un período mínimo de un año, que limitan la libertad de organización de las oficinas de farmacia y que pueden ser un elemento restrictivo de la competencia¹¹⁶.

Asegurado el cumplimiento de los horarios mínimos de apertura y los turnos de guardia establecidos para asegurar la adecuada atención farmacéutica de la población, debería eliminarse cualquier obstáculo, bien de carácter regulatorio o de carácter administrativo, a la ampliación de horario por parte de las oficinas de farmacia.

¹¹⁶ Artículo 9 del Decreto 116/1997, de 15 de abril, por el que se regulan las jornadas y horarios de las oficinas de farmacia en Andalucía, artículo 4 del Decreto 259/2001, de 15 de noviembre, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de guardia y vacaciones en la Comunidad de Madrid y Orden SAN/744/2015, de 7 de septiembre, por la que se determina la atención farmacéutica continuada de las oficinas de farmacia de la Comunidad Autónoma de Castilla y León.

4.1.5.2 Publicidad de las oficinas de farmacia

La prohibición expresa de la publicidad de las oficinas de farmacia ha sido incorporada o bien en las leyes de ordenación farmacéutica o bien en normativa específica de las Comunidades Autónomas¹¹⁷, a pesar de que no existe ninguna ley estatal que expresamente permita o prohíba la publicidad de las oficinas de farmacia.

Las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, por la importancia que tienen los servicios que prestan para la salud de la población. En tanto que establecimientos sanitarios, están sometidos a la inspección y control por parte de las Administraciones Sanitarias competentes y, en particular, sus actividades de promoción y publicidad¹¹⁸.

En este sentido, el artículo 44 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias permite la publicidad de los servicios y prestaciones ofrecidos al público por los profesionales sanitarios siempre que ésta respete rigurosamente la base científica de las actividades y prescripciones, y sea objetiva, prudente y veraz, de modo que no levante falsas esperanzas o propague conceptos infundados.

En particular, los profesionales sanitarios pueden facilitar a los medios de comunicación, o expresar directamente en ellos, informaciones sobre sus actividades profesionales, siempre que la información facilitada sea verídica, discreta, prudente y se manifieste de manera fácilmente comprensible para el colectivo social al que se dirige.

En cuanto a las actividades de publicidad y promoción de las oficinas de farmacia, cabría distinguir entre la publicidad de los servicios que éstas prestan y la publicidad de los medicamentos y productos sanitarios que dispensan.

¹¹⁷ Por ejemplo, el artículo 9 de la Ley 4/2005, de 13 de julio, de Ordenación Farmacéutica de Canarias prohíbe expresamente la publicidad de las oficinas de farmacia y, en el caso de Galicia, es el artículo 4 del Decreto 107/2008, de 15 de mayo, por el que se regula la señalización, información y publicidad de las oficinas de farmacia el que prohíbe dicha publicidad. Asimismo, también se encuentra prohibida en el artículo 43 del Decreto 44/1998, de 16 de julio, por el que se regula el régimen de atención al público y la publicidad de las Oficinas de Farmacia de la Comunidad de Murcia; el art. 30 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid; el art. 19.2 de la Ley 6/2006, de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura, y el art. 6 de la Ley 1/2007, de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica del Principado de Asturias.

¹¹⁸ Artículo 30.1 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.

La publicidad de los medicamentos y productos sanitarios está regulada en el Texto Refundido¹¹⁹ y está sujeta a una serie de requisitos que aseguren la protección de la salud de los pacientes. Además, sólo se permite para los medicamentos no sujetos a prescripción médica y que no se financien con fondos públicos.

Si el objetivo de prohibir la publicidad de las oficinas de farmacia fuera la protección de la salud de los pacientes ante una posible información no veraz sobre las propiedades de los medicamentos, esta restricción carecería de fundamentación económica, puesto que la publicidad de los medicamentos ya se encuentra fuertemente regulada.

Por este motivo, debería eliminarse la restricción a la publicidad de las oficinas de farmacia, ya que impide que las oficinas de farmacia puedan utilizar la publicidad para diferenciar sus servicios y constituye un obstáculo adicional para la competencia.

4.1.5.3 Criterios de concesión de autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias

El artículo 3 de la Ley 16/1997 determina que corresponde a las Comunidades Autónomas la tramitación y resolución de los expedientes de autorización de apertura de las oficinas de farmacia que se tramitarán con arreglo a los principios de publicidad y transparencia, previo procedimiento específico que establezcan las Comunidades Autónomas.

Se han identificado restricciones derivadas de algunos criterios recogidos en los concursos de méritos para la obtención de la autorización administrativa necesaria para la apertura de una nueva oficina de farmacia, que no sólo suponen una barrera de acceso al mercado para los titulados farmacéuticos recientes sino que, en algunos casos, introducen criterios que no responderían al fin de asegurar una adecuada atención farmacéutica¹²⁰.

Una barrera importante de acceso al mercado de jóvenes titulados en farmacia es la acumulación de méritos de experiencia profesional obtenida en concursos anteriores. Algunas Comunidades Autónomas, como Castilla-La Mancha, han

¹¹⁹ Artículo 80 del Texto Refundido.

¹²⁰ Por ejemplo, Canarias considera como mérito en los concursos de adjudicación de nuevas oficinas de farmacia el ejercicio en Colegios Oficiales de Farmacéuticos (Resolución de 23 de julio de 2014, de la Directora del Servicio Canario de Salud, por la que se convoca concurso de nueva adjudicación de oficinas de farmacia).

eliminado esa barrera especificando que la obtención de una autorización de instalación de una oficina de farmacia agota los méritos de experiencia profesional y de formación post-graduada relacionados con la profesión que tuviera el interesado antes del concurso en el que obtuvo la autorización¹²¹.

Otras Comunidades Autónomas, como la Comunidad de Madrid o Cantabria, consideran como mérito preferente la experiencia profesional en oficina de farmacia en los últimos diez años, lo que perjudica a los farmacéuticos recién titulados. Asimismo, privilegia a aquéllos de más edad y a aquéllos que ya son titulares de farmacia frente a los no titulares¹²².

4.1.5.4 Suministro de medicamentos a centros sociosanitarios

El suministro de medicamentos a centros sanitarios a través de oficinas de farmacia ha sido objeto de análisis por parte de la extinta CNC, que declaró como conducta restrictiva de la competencia mediante Resolución de 14 de abril de 2009¹²³, una práctica que realizaba en el pasado el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) mediante un acuerdo de colaboración con el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha.

Cabe señalar que dicha resolución ha sido confirmada tanto por la Audiencia Nacional (SAN de 5 de junio de 2012 RJ 283/2009) como en casación por el Tribunal Supremo (STS de 9 de marzo de 2015 RJ 294/2013).

La práctica sancionada consistía en un acuerdo entre el SESCAM y el Colegio de Farmacéuticos de Castilla La-Mancha, de 29 de junio de 2006, por el que establecían turnos rotatorios entre las farmacias para el suministro de medicamentos a centros sanitarios, estableciéndose así un reparto de mercados.

Con posterioridad, se aprobó la normativa estatal que regula la atención farmacéutica en los hospitales, centros de asistencia social y en los centros psiquiátricos¹²⁴ que establece que *“los centros hospitalarios, los centros de*

¹²¹ Artículo 22.6 de la Ley 2/2015, de 19 de febrero, por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.

¹²² Artículo 6.1. del Decreto 115/1997, de 18 de septiembre, por el que se establecen la planificación farmacéutica, los criterios de valoración de conocimientos académicos y experiencia profesional, los horarios y turnos de guardia y el procedimiento en materia de autorizaciones de oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid y Anexo II de la Orden SAN/20/2015, de 9 de marzo, por la que se convoca el concurso de méritos para la autorización de nuevas oficinas de farmacia en Cantabria.

¹²³ Expediente 639/08 Colegio Farmacéuticos Castilla-La Mancha.

¹²⁴ Artículo 6 del Real Decreto-ley 6/2012, de 20 de abril.

asistencia social que presten asistencia sanitaria específica y los centros psiquiátricos que no cuenten con un servicio de farmacia hospitalaria propio y que no estén obligados a tenerlo dispondrán de un depósito, que estará vinculado a un servicio de farmacia del área sanitaria y bajo la responsabilidad del jefe del servicio, en el caso de los hospitales del sector público, y a una oficina de farmacia establecida en la misma zona farmacéutica o a un servicio de farmacia hospitalaria, en el supuesto de que se trate de un hospital del sector privado”.

La CNMC se ha pronunciado en contra de los sistemas de vinculación de centros sociosanitarios a oficinas de farmacia de la misma zona farmacéutica por considerar que, además de restringir la competencia entre oficinas de farmacia por la prestación de servicios farmacéuticos a dichos centros sociosanitarios, establecen reservas de actividad en razón del territorio o la zona geográfica del operador asignado que son contrarias a los principios de necesidad y proporcionalidad de la Ley 20/2013, de 9 de diciembre, de garantía de la unidad de mercado¹²⁵.

Recientemente, Castilla-La Mancha aprobó la Ley 2/2015, de 19 de febrero, por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha que contempla la exigencia de que los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios privados sean suministrados por las oficinas de farmacia de la zona¹²⁶.

La CNMC, en su comunicación al Defensor del Pueblo de mayo de 2015, ya consideró que esta ley “*introduce restricciones a la competencia en un sector (el farmacéutico), que conforme a la doctrina de la CNMC, se encuentra tan regulado que deja muy poco espacio a la competencia real y potencial entre farmacias*”.

4.1.5.5 Obligatoriedad de colegiación para titulares y farmacéuticos contratados en oficinas de farmacia

Aunque no existe ninguna referencia explícita en la Ley del Medicamento a la obligatoriedad de colegiación para ejercer como farmacéutico en oficina de farmacia o para ser titular de la misma, este requisito está recogido expresamente en las

¹²⁵ Expediente SAMUR 01/14, FARMACIAS.

¹²⁶ Artículos 53.1 y 62.3 de la Ley 5/2005, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, tras la modificación por la Ley 2/2015.

leyes de ordenación farmacéutica o normativa de desarrollo de algunas Comunidades Autónomas¹²⁷.

La CNMC, en el IPN 110/13 del Anteproyecto de Ley de Servicios y Colegios Profesionales, se pronunció en contra de la colegiación obligatoria como requisito para ser titular de oficina de farmacia, según determina la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. En este informe indica que *“no debería extenderse [la colegiación obligatoria] a la titularidad de las oficinas de farmacia, al no cumplir con los principios de necesidad, proporcionalidad y no discriminación”*. Asimismo señala que *“[p]ara que la supresión de esta reserva de actividad surta los efectos pro-competitivos deseables debería venir acompañada por una revisión en profundidad de la ordenación de la actividad de las oficinas de farmacia, recogida principalmente en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia”*.

En cuanto a la obligatoriedad de colegiación para el ejercicio de la profesión de farmacéutico en oficina de farmacia, se considera que es innecesaria para el desarrollo de las funciones del farmacéutico e impone un coste innecesario que se traduce en una barrera de entrada al mercado. Bastaría con los conocimientos derivados de la formación de farmacéutico para garantizar que la atención al paciente se realice con los estándares de seguridad y calidad adecuados.

4.1.5.6 Reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en determinados servicios

El artículo 94.7 del Texto Refundido determina que los laboratorios farmacéuticos, las entidades de distribución y las oficinas de farmacia, a través de la Organización Farmacéutica Colegial, deben aportar la información que se determine para hacer efectivo el reembolso debido por las oficinas de farmacia a laboratorios farmacéuticos y entidades de distribución en aquellos medicamentos que se establezca y que hayan sido dispensados fuera del Sistema Nacional de Salud. Los Colegios Oficiales de Farmacéuticos son, además, intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de recetas de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, a través de

¹²⁷ Por ejemplo, Cataluña (artículo 4 de la Ley 3/1991), Murcia (artículo 9 de la Ley 3/1997) y Madrid (artículo 27 de la Ley 19/1998).

la firma de conciertos con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas¹²⁸.

La progresiva implantación de la receta electrónica y la necesaria adaptación de las oficinas de farmacia en términos de adopción de tecnologías de la información suponen un ahorro potencial en los costes de transacción derivados de la mejor gestión y cobro de las recetas de forma individualizada.

Por este motivo, se considera que podría no estar justificada, en términos de eficiencia económica, la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en la facturación y cobro de las recetas de medicamentos.

4.2. Evaluación del impacto de la reforma de Navarra del año 2000 en la entrada de nuevas farmacias

En este epígrafe se realiza un análisis cuantitativo del impacto de la reforma efectuada por la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de atención farmacéutica en el número de farmacias en la Comunidad Foral de Navarra.

El análisis¹²⁹ que se realiza es doble. Por un lado, se cuantifica el aumento experimentado por el número de farmacias a nivel agregado años después de la aprobación de la reforma. Por otro lado, se analiza el efecto de la reforma en municipios de dimensiones relativamente reducidas, excluyendo los grandes municipios. En ambos casos, el análisis pone de relieve que la reforma tuvo un impacto positivo considerable en términos de entrada.

En el primer apartado, se realiza un análisis descriptivo de la reforma navarra de 2000 y de la evolución observada en el número de farmacias en la región. En el segundo apartado, se construye un grupo de control sintético mediante el método de Abadie y Gardeazabal (2003), con la finalidad de disponer de una Navarra

¹²⁸ Véase, a modo de ejemplo, el Anexo 4 del Concierto entre la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid y el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid: www.cofm.es/Buscador-general/recursos/doc/Utilidades/Concierto/8111_747420111375.pdf y el punto 10 del Concierto por el que se fijan las condiciones para la ejecución de la prestación farmacéutica a través de las Oficinas de Farmacia de Andalucía: www.formulistasdeandalucia.es/ficheros/concierto.pdf.

¹²⁹ El análisis contribuye a la literatura que estudia el impacto de la reforma navarra del año 2000, en la que sobresalen los artículos de Borrell y Fernández-Villadangos (2009) y Borrell y Cassó (2011). A su vez, extiende la aplicación del método de control sintético – propuesto en el artículo seminal de Abadie y Gardeazabal (2003) – al campo de la evaluación de los efectos de las reformas pro-competitivas.

contrafactual y poder cuantificar el efecto de la reforma a nivel agregado en términos de entrada. En el tercer apartado, se realizan distintos ejercicios cuantitativos para estudiar el impacto de la reforma en los municipios de dimensiones relativamente reducidas, excluyendo los grandes municipios.

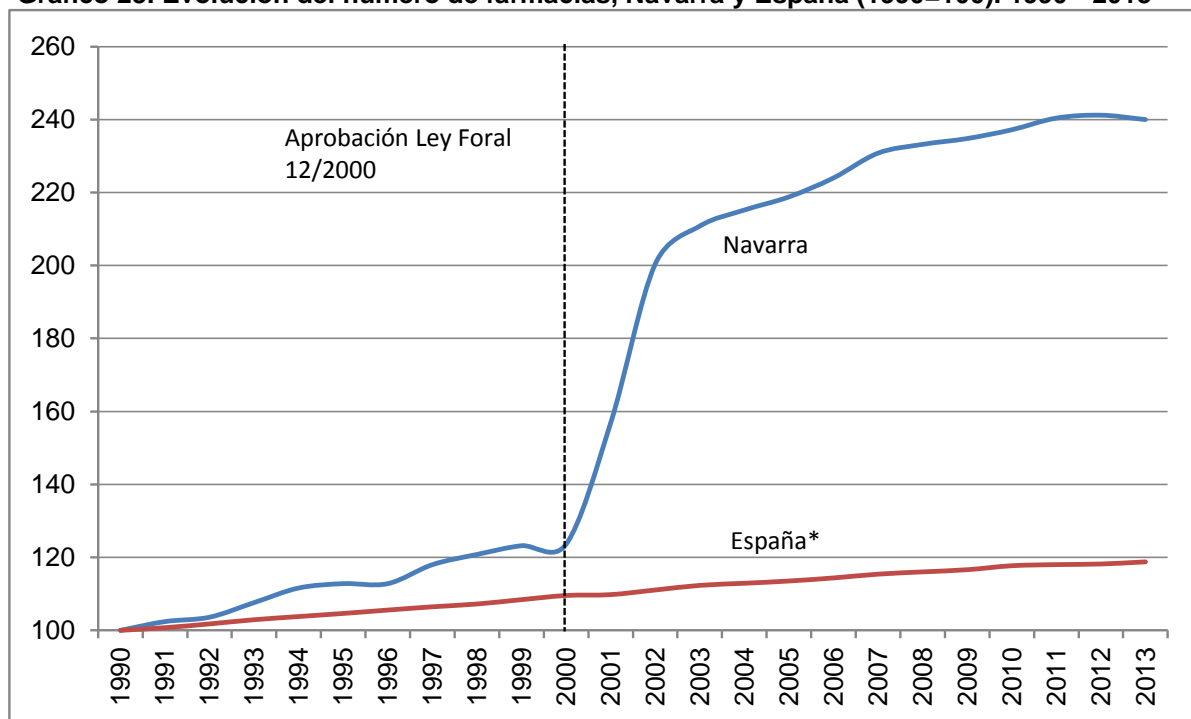
4.2.1. Análisis descriptivo de la reforma y de la evolución del número de farmacias

Hasta finales del año 2000, la normativa navarra en materia de apertura de oficinas de farmacia incorporaba restricciones geográficas a la entrada similares a las establecidas en la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia, de carácter nacional. En particular, el régimen de entrada se caracterizaba por fijar una ratio de una farmacia por cada 2.800 habitantes en una zona de salud y por establecer una distancia mínima entre farmacias de 250 metros.

A finales del año 2000, el parlamento de Navarra aprobó la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica, que optó por una regulación de mínimos, estableciendo (i) un número mínimo de farmacias en cada zona básica de salud, (ii) un máximo indirecto de farmacias para el conjunto de la Comunidad Autónoma - la densidad de farmacias a nivel agregado no podría ser menor de 700 farmacias por habitante – y (iii) la reducción de la distancia mínima entre farmacias a 150 metros. Una vez cumplidos los mínimos por zona, la entrada de farmacias estaría fundamentalmente restringida por el tope máximo regional y las distancias mínimas. Por lo tanto, la reforma supuso una liberalización considerable de la entrada en el sector de farmacias navarro. Como argumentan Borrell y Fernández Villadangos (2009), este cambio regulatorio puede considerarse un experimento natural, ya que fue inesperado y no deseado por el sector sometido al cambio normativo.

Tras la aprobación de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre de Atención Farmacéutica, el número de farmacias en Navarra aumentó de forma considerable (Gráfico 23). En el año 2000, antes de la aprobación de la reforma, el número total de farmacias en Navarra era de 309. Cinco años después, en 2005, el número total ascendía a 547. El cambio de tendencia en comparación con la creación de nuevas farmacias en el resto de España sugiere un impacto considerable derivado de la reforma e indica que el marco normativo vigente antes de la reforma estaba generando un grado de escasez notable en términos de oferta farmacéutica.

Gráfico 23. Evolución del número de farmacias, Navarra y España (1990=100). 1990 - 2013

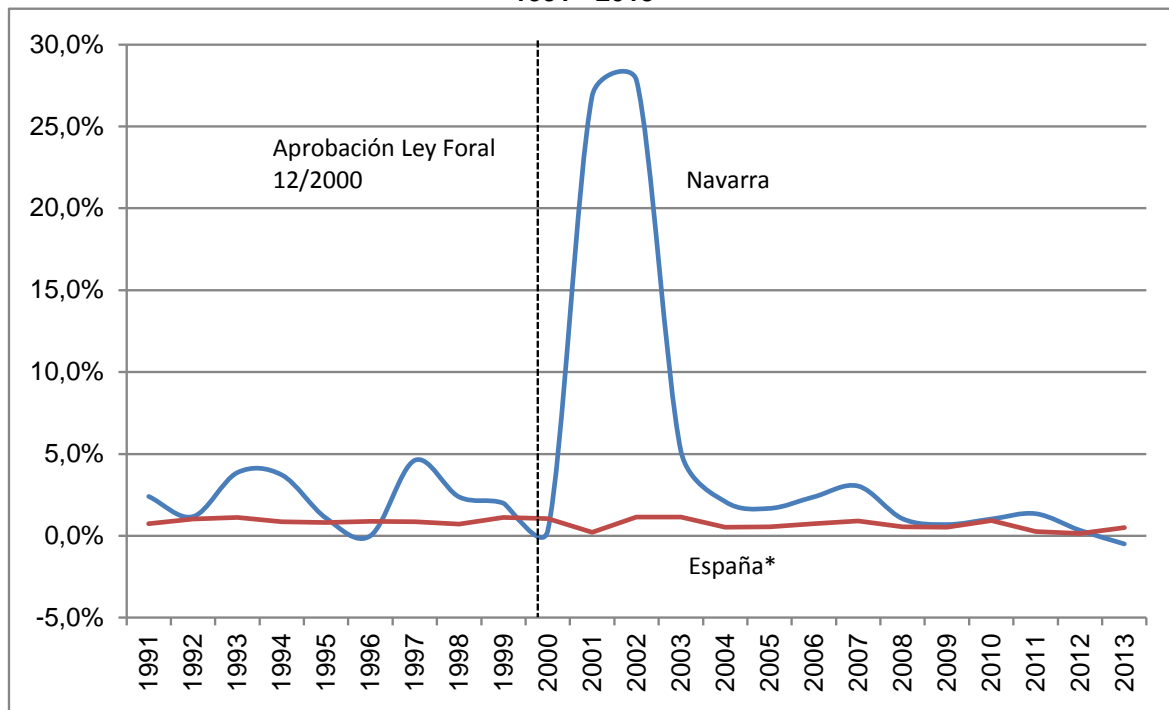


Nota: España no incluye Navarra.*

Fuente: elaborado por la CNMC a partir de datos Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

Las tasas de variación del número de farmacias en Navarra y España (Gráfico 24) ilustran los efectos de la reforma pro-competitiva navarra y la intensidad y duración de su impacto principal. Tras el shock generado por el cambio regulatorio de finales de 2000, las tasas se desvían considerablemente de las históricas durante los tres años posteriores a la reforma. Después de 2003, la tasa de evolución del número de farmacias comienza a retornar a su estado estacionario (de largo plazo), creciendo a tasas similares a las registradas en el período previo a la reforma.

Gráfico 24. Evolución del número de farmacias en Navarra, tasa de crecimiento anual. 1991 - 2013



Nota: España no incluye Navarra.*

Fuente: elaborado por la CNMC a partir de datos Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

El aumento del número de farmacias tras la reforma no vino acompañado de cambios en otros factores relevantes en la evolución de dicha variable, lo que sugiere que la reforma es el factor explicativo crucial en el incremento observado.

En la Tabla 25 se presentan datos de la evolución del número de farmacias y de algunos de sus determinantes, como la población total, la población mayor o la población joven, tanto para Navarra como para España, en los períodos 1997-2000 y 2000-2003. La evolución de los determinantes es similar en ambos períodos, sin que se observen cambios fundamentales. Sin embargo, el cambio registrado en el crecimiento del número de farmacias en Navarra entre ambos períodos es sustancial. Es más, tanto la población total como la ratio de personas mayores aumentaron más a nivel nacional que en Navarra, a pesar de que la tasa de evolución del número de farmacias a nivel nacional se mantuvo relativamente constante, al contrario que en Navarra.

Teniendo en cuenta el carácter de experimento natural del cambio normativo y la evolución registrada en el número de farmacias, el caso navarro constituye un

candidato adecuado para estudiar el impacto de la reforma mediante distintas metodologías de evaluación de los efectos causales de políticas o programas.

Tabla 25. Evolución del número de farmacias y de algunos determinantes del número de farmacias en Navarra y España*. 1997-2000 y 2000-2003

	Navarra		España*	
	1997-2000	2000-2003	1997-2000	2000-2003
Número de farmacias	4,7%	70,6%	2,9%	2,5%
Población total	1,9%	4,4%	1,3%	4,6%
Población joven	13,7	13,9	15,0	14,5
Población mayor	8,0	8,5	6,9	7,4

Notas: (a) en las variables número de farmacias y la población total, los datos expresan tasas de variación porcentual en términos absolutos en cada período; (b) en las variables población joven (14 años o menos) y población mayor (75 años o más), los datos expresan ratios sobre la población total promediados en el período; (c) España no incluye Navarra.*

Fuente: elaborado por la CNMC a partir de datos Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF) e Instituto Nacional de Estadística (INE).

4.2.2. Impacto de la reforma a nivel agregado

El análisis descriptivo ha puesto de relieve que tras la reforma introducida por la Ley Foral 12/2000, el número de farmacias en Navarra aumentó de forma considerable. En esta sección se realiza un ejercicio cuantitativo para determinar el efecto de la reforma en términos de entrada de nuevas farmacias. En concreto, se cuantifica el aumento en el número de farmacias generado por el cambio normativo, en comparación con la situación – contrafactual - que se habría observado en Navarra si no se hubiese aprobado la Ley Foral 12/2000.

Para evaluar en qué medida el aumento observado en el número de farmacias responde a la reforma aprobada, resulta necesario identificar una Comunidad Autónoma o Comunidades Autónomas (CC.AA) de control que hayan seguido la trayectoria que una Navarra contrafactual – es decir, sin reforma – habría seguido¹³⁰.

Existen distintas estrategias para disponer de dicho grupo de control. Una primera estrategia podría consistir en elegir una Comunidad Autónoma o Comunidades Autónomas que guarden similitudes con Navarra en cuanto a evolución del número

¹³⁰ Se utiliza la terminología propia del área de la evaluación de programas o políticas. El grupo o unidad de control es el grupo o unidad que no se encuentra sometido al tratamiento (política, reforma, *shock*) y el grupo o unidad de tratamiento es el grupo o unidad que sí se encuentra sometido al tratamiento (política, reforma, *shock*). El grupo o unidad de control sirve para estimar cómo habría evolucionado el grupo o unidad de tratamiento en ausencia de tratamiento, es decir, sirve para disponer de un *contrafactual* de la unidad de tratamiento.

de farmacias. Esta estrategia puede resultar adecuada, y en muchas ocasiones es la única que se puede utilizar. No obstante, no está exenta de problemas. Por un lado, dichas regiones de control pueden no existir, al ser cualquier Comunidad Autónoma sistemáticamente diferente a la Comunidad Autónoma en la que se ha aplicado la reforma en términos de evolución. Por otro lado, la elección de la Comunidad Autónoma o Comunidades Autónomas de control puede resultar subjetiva y en cierto modo arbitraria, lo que pondría en cuestión su capacidad para efectivamente aproximar el escenario contrafactual de la Comunidad Autónoma que ha aplicado la reforma.

Una segunda estrategia consistiría en construir una Comunidad Autónoma de control sintética a partir de la combinación de varias Comunidades Autónomas de control, en las que no se implementó ninguna reforma. Este método puede aplicarse en casos en los que se dispone de un conjunto de unidades agregadas, como regiones o países, y sólo una o un conjunto reducido de dichas unidades ha sido expuesta al tratamiento. El control sintético se obtiene como una media ponderada de las unidades no sometidas al tratamiento que mejor aproxima las características y evolución de la unidad de tratamiento.

A continuación, se aplica el método de control sintético para cuantificar el efecto de la reforma navarra en el número de farmacias a nivel agregado unos años después de la reforma.

4.2.2.1. Metodología de control sintético: aspectos formales

Abadie y Gardeazábal (2003) y Abadie, Diamond y Hainmueller (2010) definen una unidad de control sintética como una media ponderada de las unidades de control disponibles que aproxima las características y evolución de la unidad de tratamiento (en este caso, Navarra) durante los períodos previos al tratamiento (en este caso, el tratamiento en la reforma introducida por la Ley Foral 12/2000). Los pesos para obtener dicha media ponderada se seleccionan para efectivamente conseguir dicha aproximación en los períodos previos al tratamiento. Una vez construido, el control sintético se utiliza para estimar la evolución que habría seguido la unidad de tratamiento en el escenario contrafactual de ausencia de tratamiento.

Abadie et alia (2010) desarrollan una discusión formal de las propiedades teóricas del método de control sintético, motivando esta metodología a partir de un modelo que generaliza la metodología de diferencias en diferencias tradicional y permite que el efecto de las características no observables de una unidad varíe a lo largo del tiempo. A continuación, siguiendo a Abadie, Diamond y Hainmueller (2011), se describen brevemente los aspectos formales fundamentales de esta metodología.

Supóngase que existen las siguientes unidades $j = 1, \dots, J+1$ para los períodos temporales $t = 1, \dots, T$. Se asume que existe una única unidad que es sometida al tratamiento, quedando J unidades disponibles para contribuir al control sintético. La literatura denomina a este grupo de regiones potenciales de control pool de donantes. En el marco de los estudios que utilizan la metodología del control sintético, las unidades suelen ser entidades de tipo agregado, principalmente países o regiones. Los tratamientos suelen referirse a cambios normativos o shocks económicos o de otro tipo. La intervención ocurre en un momento del tiempo T_0+1 , por lo que los períodos $1, 2, \dots, T_0$ constituyen los períodos previos al tratamiento y T_0+1, T_0+2, \dots, T los períodos posteriores al tratamiento.

Los resultados potenciales que pueden existir en relación con la variable resultado de interés son dos: (i) Y_{it}^N es el resultado que se observaría para la unidad i en el momento t si la unidad i no resulta sometida al tratamiento; (ii) Y_{it}^I es el resultado que se observaría para la unidad i en el momento t si la unidad i resulta sometida al tratamiento. Formalmente, el efecto del tratamiento en la unidad tratada es la diferencia entre los dos resultados potenciales $\alpha_{1t} = Y_{1t}^I - Y_{1t}^N$ para los períodos T_0+1, T_0+2, \dots, T . Para la unidad tratada, Y_{it}^N no puede ser observado en los períodos posteriores al tratamiento. Por lo tanto, el objetivo fundamental de la metodología de control sintético es construir una unidad de control sintética que permita disponer de un contrafactual razonable de la unidad tratada.

Conviene disponer de una unidad control sintética que se parezca a la unidad de tratamiento en las características relevantes durante los períodos previos al tratamiento. Para ello se define U_i un vector $(r \times 1)$ de covariables observadas para cada unidad. Estas variables normalmente hacen referencia a variables que contribuyen a predecir la variable resultado de interés¹³¹. A su vez, el vector $K = (k_1, \dots, k_{T_0})'$ de orden $(T_0 \times 1)$ hace referencia a una combinación lineal particular de la variable resultado en el período previo a la intervención: $\bar{Y}_i^K = \sum_{s=1}^{T_0} k_s Y_{is}$. Las combinaciones lineales de la variable resultado en los períodos previos al tratamiento pueden ser utilizadas para controlar por factores no observables que varíen a lo largo del tiempo. Pueden incorporarse hasta $M < T_0$ combinaciones lineales.

Para construir la unidad de control sintético se define un vector $(J \times 1)$ de pesos $W = (w_2, \dots, w_{J+1})'$ tal que $w_j \geq 0$ para $j=2, \dots, J+1$ y $w_2 + \dots + w_{J+1} = 1$. Cada W da lugar a

¹³¹ La variable resultado es una variable a la que el tratamiento afecta y en la que se centra el análisis de impacto.

una media ponderada concreta de las unidades potenciales de control y permite por lo tanto obtener un control sintético potencial. Los pesos óptimos W^* se eligen para garantizar que la unidad de control sintético sea la que mejor aproxime la unidad de tratamiento durante los períodos previos al tratamiento con respecto a los predictores U_i de la variable resultado y las M combinaciones lineales de la variable resultado en el periodo previo a la intervención : $\bar{Y}_i^{K_1}, \dots, \bar{Y}_i^{K_M}$.

La implementación del método de control sintético y la obtención de los pesos requiere definir una distancia entre la unidad de control sintético y la unidad tratada. Para ello, se combinan las características de la unidad tratada en una matriz de orden $(k \times 1)$ $X_1 = (U_1', \bar{Y}_1^{K_1}, \dots, \bar{Y}_1^{K_M})'$ y los valores de las mismas características de las unidades de control en una matriz X_0 de orden $(k \times J)$ con la fila j -ésima $(U_j', \bar{Y}_j^{K_1}, \dots, \bar{Y}_j^{K_M})'$. Para obtener un control sintético que sea lo más parecido posible a la unidad de tratamiento, se busca un W^* que minimice la siguiente expresión:

$$\|X_1 - X_0 W\|_V = \sqrt{(X_1 - X_0 W)' V (X_1 - X_0 W)}$$

V es una matriz $(k \times k)$ simétrica y semidefinida positiva. La matriz V permite que existan distintos pesos para las variables en X_0 y X_1 . V se elige de tal forma que sus pesos minimizan el error cuadrático medio del estimador de control sintético, es decir, la esperanza de $(Y_1 - Y_0 W^*)'(Y_1 - Y_0 W^*)$.

Una vez se dispone de los pesos W^* , se construye el control sintético para el período del tratamiento: $\hat{Y}_{1t}^N = w_2 Y_{2t} + \dots + w_J Y_{Jt}$

La metodología de control sintético ha sido utilizada para estudiar el efecto de cambios legislativos e institucionales o shocks económicos o de otro tipo. Abadie y Gardeazabal (2003) desarrollan esta metodología de forma seminal para analizar el efecto de la actividad de la organización terrorista ETA en la evolución del PIB per cápita del País Vasco. Por su parte, Abadie et alia (2010) estudian el impacto en el consumo de tabaco de un programa destinado a frenar el tabaquismo, aprobado en el estado de California a finales de los años noventa.

Con el tiempo, la literatura que ha utilizado esta metodología ha crecido considerablemente: Abdallah y Lastrapes (2012) analizan el impacto de un cambio en la normativa hipotecaria del estado de Texas, valorando la importancia de las restricciones crediticias en el comportamiento de los hogares; Acemoglu, Johnson, Kermani, Kwak y Mitton (2013) estudian el valor que las empresas derivan de sus conexiones políticas, utilizando como shock el anuncio del nombramiento de un secretario del Tesoro estadounidense - Timothy Geithner - a finales de 2008;

Billmeier y Nannini (2013) construyen sendos controles sintéticos para estudiar el impacto de los procesos de liberalización del comercio exterior en un conjunto de países; Abadie, Diamond y Hainmueller (2014) cuantifican el impacto de la reunificación alemana de 1990 en el PIB per cápita de Alemania Occidental durante el período posterior a la reunificación; Bohn, Lofstrom y Raphael (2014) estudian el impacto de un cambio legislativo en materia laboral en el estado de Arizona sobre el empleo de la población inmigrante de origen hispano.

4.2.2.2. Construcción del control sintético para Navarra y cuantificación del impacto de la reforma de 2000

El método de control sintético exige que el caso a estudiar cumpla con una serie de requisitos, que se satisfacen en el caso de la reforma de Navarra:

En primer lugar, la intervención debe tener lugar sólo en una unidad o en un conjunto muy reducido de unidades. De lo contrario, no existiría un *pool* de potenciales donantes y no podría construirse un control sintético. En el caso de Navarra, la aplicación de una reforma como la navarra no ocurrió en ninguna otra Comunidad Autónoma, y la mayoría de ellas no experimentaron cambios normativos relevantes en materia farmacéutica en el año 2000 y posteriores.

En segundo lugar, no debe existir interferencia entre unidades en cuanto a los efectos de la política. Es decir, la evolución en las unidades no tratadas durante los períodos posteriores al tratamiento no se ve afectada por el tratamiento en la unidad tratada. En el caso de Navarra, es razonable suponer que no existen estos efectos. La liberalización de la entrada sólo tiene efectos en Navarra, ya que en la mayoría del resto de Comunidades Autónomas se mantienen las restricciones de entrada.

En tercer lugar, el tratamiento o shock tiene que ser exógeno. Si existiese endogeneidad del tratamiento en la variable resultado, no podría captarse el impacto del tratamiento, ya que la variable resultado estaría afectando a su vez al tratamiento. En el caso de Navarra, el cambio en la política fue no deseado e inesperado, y no relacionado con la variable resultado de interés. Por lo tanto el supuesto de exogeneidad es razonable.

En cuarto lugar, los valores de la variable resultado para la unidad tratada antes de la intervención no deben ser extremos. Deben existir unidades que una vez combinadas de forma ponderada puedan reproducirlos de forma aproximada. En el caso de Navarra, como se desprende de los resultados obtenidos, existen

Comunidades Autónomas que pueden reproducir con un buen ajuste la evolución de las farmacias en Navarra en los períodos previos al tratamiento.

Para construir el control sintético se utilizan datos a nivel regional para el período 1990-2005. A pesar de que existe disponibilidad de datos más allá de 2005, el análisis se detiene en 2005 por varias razones. Por un lado, se desea calcular el impacto de la reforma a nivel agregado para los años inmediatamente posteriores. Por otro lado, a medida que se avanza en el tiempo, tanto en la Comunidad Autónoma de tratamiento como en las Comunidades Autónomas de control pueden tener lugar cambios normativos en materia farmacéutica – u otro tipo de shocks - que afecten a la variable resultado de interés. De hecho, a partir de 2005, en algunas Comunidades Autónomas de control incluidas en el *pool* de donantes se adoptaron cambios normativos relevantes en materia de apertura de farmacias, lo que las invalidaría como regiones de control si el análisis se extendiese más allá de 2005. Deteniendo el análisis en 2005, se evita que estos efectos puedan influir en los resultados.

El control sintético - en adelante, Navarra sintética - se construye como una media ponderada de Comunidades Autónomas de control potenciales, seleccionando los pesos de tal forma que Navarra sintética aproxime los valores del número de farmacias en la Navarra real en los períodos previos al tratamiento. Puesto que Navarra sintética se diseña para reproducir cómo habría evolucionado Navarra en ausencia del cambio regulatorio del año 2000, en el *pool* de donantes utilizado se excluyen las Comunidades Autónomas que aplicaron cambios normativos relevantes – si bien de distinto grado - en materia de apertura de farmacias en el entorno del año 2000 o en períodos posteriores, hasta 2005. Este es el caso de Castilla-La Mancha, Andalucía, Madrid y Canarias¹³². También se excluyen Ceuta y Melilla del

¹³² Los cambios normativos son los siguientes. En Castilla La Mancha se aprobó la Ley 10/2000, de 26 de diciembre, de modificación de la Ley 4/1996, de 26 de diciembre, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-la Mancha, para permitir la apertura de oficinas de farmacia en núcleos de población con una concentración de población de más de 1.000 habitantes contados a partir de 500 metros de la oficina de farmacia más próxima. Esta Ley tuvo un impacto considerable en términos de apertura de nuevas farmacias. En Andalucía se aprobó en 2003 el Decreto 353/2003, de 16 de diciembre, por el que se establecen la planificación farmacéutica y los procedimientos de autorización relativos a oficinas de farmacia. Este Decreto, más tarde incorporado en la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía, relajó las restricciones para la apertura de la primera farmacia en cualquier municipio. En Madrid se aprobó en 1998 la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid, que tuvo efectos persistentes en los años posteriores. En Canarias, en el marco de desarrollo de su Mapa Farmacéutico, se aprobó en 2002 la Orden de 5 de junio de 2002, que modifica la Orden de 19 de junio de 1998, por la que se delimitan las zonas farmacéuticas de Canarias, que derivó en un incremento considerable del número de farmacias en la región en 2003.

análisis, por posibles evoluciones atípicas de estas dos ciudades autónomas, susceptibles de afectar a los resultados. Una vez eliminadas las anteriores Comunidades Autónomas y ciudades autónomas, el número de controles potenciales en el *pool* de donantes es de 12 Comunidades Autónomas.

La variable resultado de interés es el número de farmacias agregado a nivel regional. Los predictores utilizados para construir el indicador sintético son los valores de número de farmacias en 1990, 1995 y 2000, así como la media de la población en el período 1990-2000 y la media del porcentaje de la población mayor y la población joven. Varios de los predictores se han obtenido de la literatura que ha estudiado los determinantes del número de farmacias (véase por ejemplo Borrell y Fernández-Villadangos (2009) y Schaumans y Verboven (2008)). Se realizaron pruebas con otros predictores, como la estructura de la población por tamaño del municipio o la densidad de población, y el ajuste en el período de tratamiento no era tan bueno como con la selección elegida. La inclusión de valores retardados de la variable resultado de interés – en este caso, el número de farmacias - es una práctica estándar en la literatura que utiliza el método de control sintético (véase Abadie et alia (2010)).

4.2.2.3. Resultados

Utilizando esta metodología, se construye una Navarra sintética como una combinación convexa de regiones de control, asegurando que la región sintética construida se aproxima a Navarra en términos de número de farmacias en el período temporal 1990-2000. El año 2000 se considera previo al tratamiento, ya que la reforma fue aprobada en noviembre de 2000 y los efectos de la reforma empezaron a notarse en 2001 - año inicial del tratamiento en la construcción cuantitativa del control sintético.

En la Tabla 26 se presentan los pesos calculados computacionalmente para disponer de la Navarra sintética. Los pesos indican que la combinación que mejor reproduce la tendencia en la evolución del número de farmacias en Navarra en los años anteriores a la reforma - período 1990-2000 - es la conformada por Baleares (con un peso de 0,664) y La Rioja (con un peso de 0,336). El resto de Comunidades Autónomas obtienen un peso 0. La elección de un conjunto reducido de unidades para conformar el control sintético es consistente con otros resultados en la literatura (véase, por ejemplo Abadie y Gardeazabal (2003), Abadie et alia (2010) o Bohn et alia (2014)). La metodología de control sintético estaría revelando que las Comunidades Autónomas más parecidas a Navarra en cuanto a evolución del

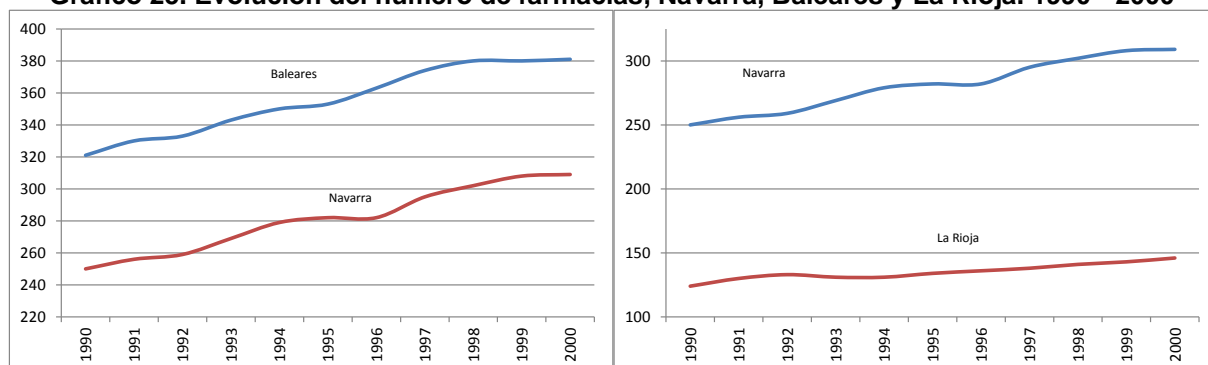
número de farmacias a nivel agregado son Baleares, seguida de La Rioja. De hecho, un análisis descriptivo simple confirma parecidos en términos de evolución (Gráfico 25).

Tabla 26. Pesos de cada Comunidad Autónoma en el control sintético para Navarra

Comunidad Autónoma	Peso	Comunidad Autónoma	Peso
Aragón	0.000	Extremadura	0.000
Asturias	0.000	Galicia	0.000
Baleares	0.664	Murcia	0.000
Cantabria	0.000	País Vasco	0.000
Cataluña	0.000	La Rioja	0.336
Castilla y León	0.000	Comunidad Valenciana	0.000

Fuente: elaborado por la CNMC.

Gráfico 25. Evolución del número de farmacias, Navarra, Baleares y La Rioja. 1990 - 2000



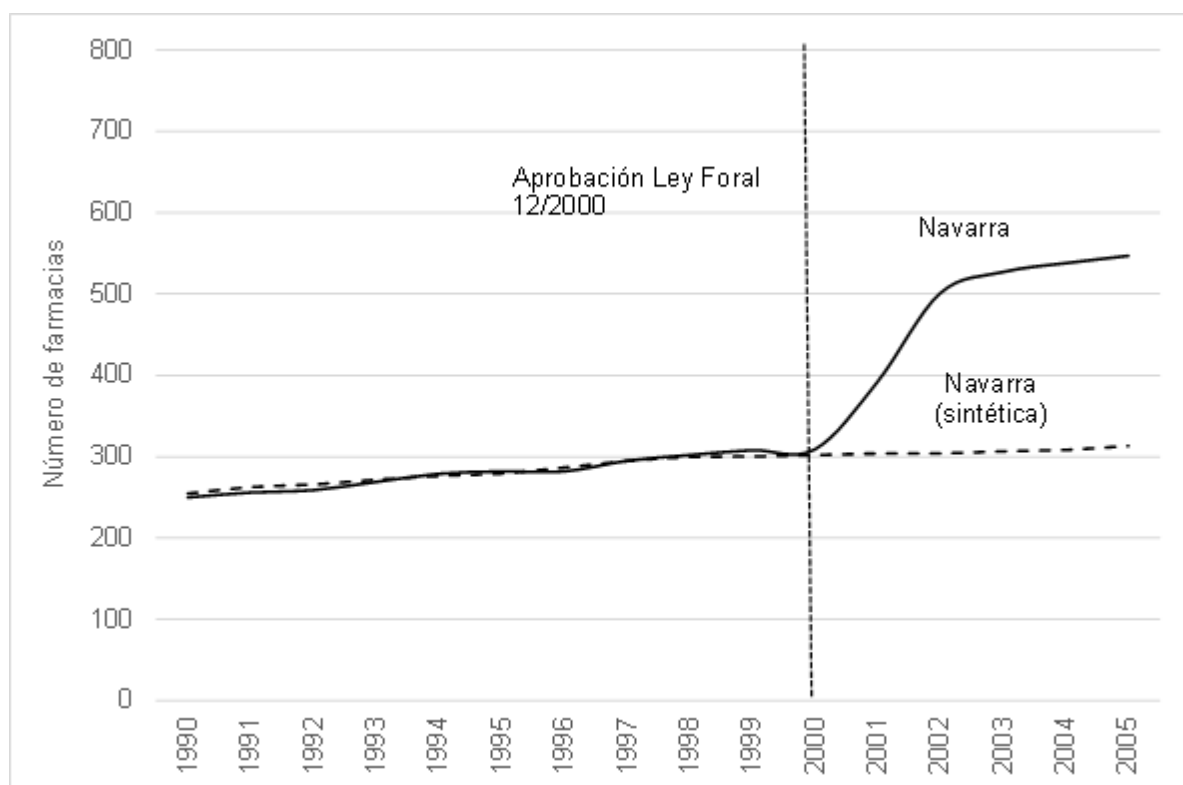
Fuente: elaborado por la CNMC a partir de datos Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).

En el Gráfico 26 se presenta la evolución de la Navarra real y la Navarra sintética para el período 1990-2005. En el período previo a la reforma, la Navarra sintética aproxima con un buen ajuste la trayectoria seguida por la Navarra real, lo que sugiere que puede constituir un buen contrafactual para la Navarra real en el período posterior a la reforma. El efecto estimado de la reforma es la diferencia entre la Navarra real y la Navarra sintética. A partir del año 2000, se observa una amplia divergencia en términos de evolución, especialmente hasta el año 2003. A partir de 2003, la evolución entre ambas comienza a ser más similar, a pesar de la diferencia en niveles. El impacto de la reforma fue considerable. Para el período 2001-2005, el stock de farmacias en Navarra aumentó en términos medios un 63% frente a un escenario sin reforma. En 2005, el número de farmacias es un 75% superior al que se habría observado sin reforma.

Gráfico 25

Por lo tanto, la evidencia cuantitativa muestra cómo la normativa anterior limitaba de forma considerable la entrada en los mercados de atención farmacéutica de Navarra, y como la eliminación de las restricciones de entrada geográficas intensificó la entrada en estos mercados de forma notable.

Gráfico 26. Evolución del número de farmacias, Navarra real y Navarra sintética. 1990-2005



Fuente: elaborado por la CNMC.

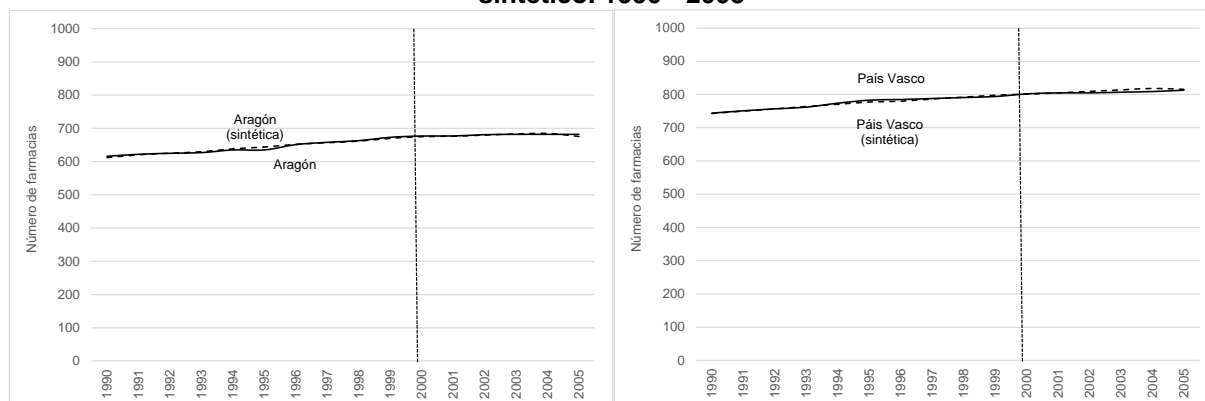
4.2.2.4. Tests de placebo

Un elemento interesante de la metodología de control sintético es que permite realizar estudios de placebo, en la línea de Abadie y Gardeazabal (2003) y Bertrand, Duflo y Mullainathan (2004). Los estudios de placebo - o tests de falsificación, concepto que se remonta a Popper (1959) - consisten en aplicar el método de control sintético a las Comunidades Autónomas de control, que no experimentaron ninguna reforma. En esencia, constituyen la forma de realizar inferencia estadística en la metodología de control sintético, de carácter no paramétrico. Existen ejemplos de estos tests en otros artículos de la literatura, aunque hayan recibido otras denominaciones (véase, por ejemplo, Angrist y Krueger, 1999). Si se aplica el

método de control sintético a las Comunidades Autónomas de control y no se detecta una diferencia entre su evolución real y la evolución de sus controles sintéticos, ello constituye evidencia de que el resultado obtenido para la Comunidad Autónoma de tratamiento resulta significativo, y que el control sintético ha captado de forma adecuada la situación contrafactual que habría tenido lugar en dicha Comunidad Autónoma en ausencia de tratamiento.

Utilizando las mismas variables que para el caso de Navarra, se aplica la metodología de control sintético a otras Comunidades Autónomas, excluyendo Navarra del *pool* de donantes. En el Gráfico 27 se presentan los resultados obtenidos para Aragón y País Vasco. En ambos casos, puede observarse un buen ajuste en el período previo a la reforma placebo. A su vez, el ajuste en el período posterior a la reforma es también considerable, lo que indica una alta precisión predictiva, en especial teniendo en cuenta que se está efectuando una predicción a cinco años: el error de predicción porcentual medio en el período 2001-2005 es del 0,1% en el caso de Aragón y del -0,6% en el caso del País Vasco. Para el resto de Comunidades Autónomas (8)¹³³, dicha cifra se encuentra entre el 0,5% y el 1% en 3 casos, entre el -0,9% y el -1,7% en 3 casos, y entre el 1,6% y el 1,9% en 2 casos.

Gráfico 27. Evolución del número de farmacias en Aragón y País Vasco, real y control sintético. 1990 - 2005



Nota: la línea discontinua es siempre el control sintético.

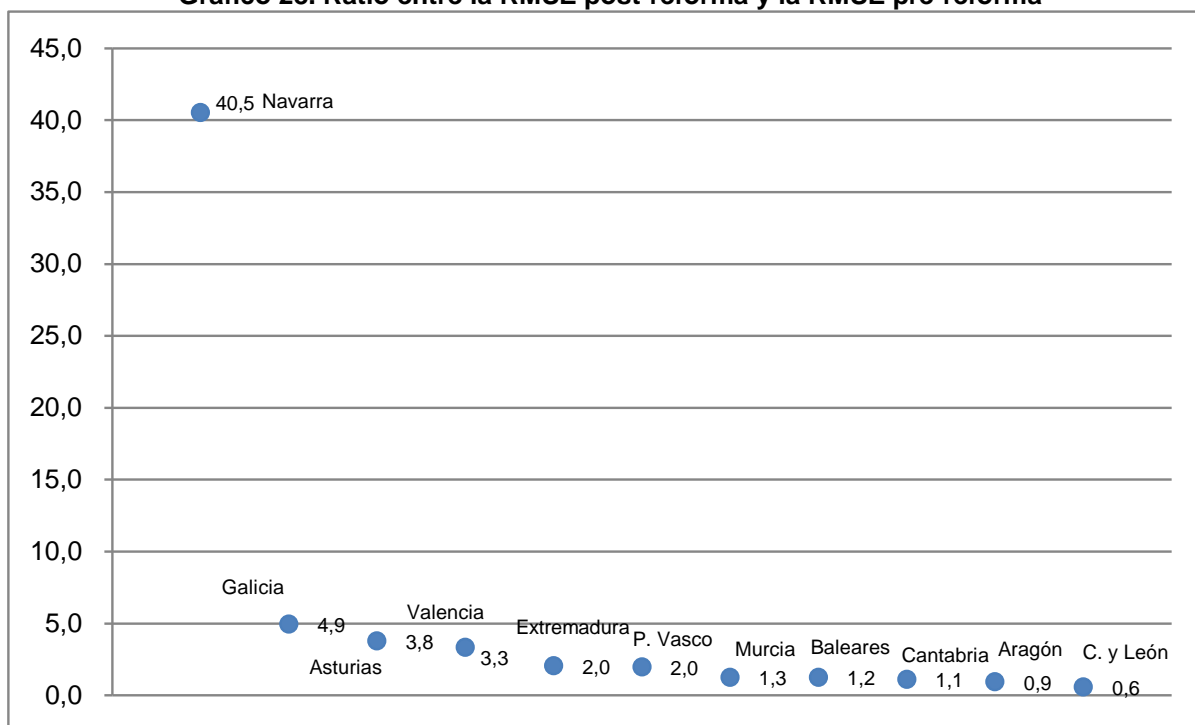
Fuente: elaborado por la CNMC.

Adicionalmente, después de aplicar el método de control sintético a todas las CC.AA de control – excluyendo Navarra del pool de donantes – se calcula la raíz cuadrada del error cuadrático medio (RMSE) para cada una de ellas en (i) los períodos previos

¹³³ El método no se ha aplicado ni a La Rioja ni a Cataluña, en la medida en que estas dos Comunidades Autónomas tienen valores extremos en la distribución (son las Comunidades Autónomas con menos y más farmacias, respectivamente) y por lo tanto no puede encontrarse un control sintético adecuado para el número de farmacias de estas dos regiones.

a la reforma y (ii) los períodos posteriores a la reforma. A continuación, se obtiene la ratio entre la RMSE del período posterior a la reforma y la RMSE del período previo a la reforma¹³⁴. Los resultados obtenidos para Navarra se consideran significativos si la ratio en esta región es inusualmente distinta a las ratios calculadas para el resto de unidades de control. Como se desprende del Gráfico 28, la ratio de Navarra es considerablemente superior a la del resto de regiones. Si se eligiese una región por azar entre las trece regiones incluidas en la Tabla 2, la probabilidad de encontrar una divergencia como la de Navarra sería de $1/11 \cong 0,09$.

Gráfico 28. Ratio entre la RMSE post-reforma y la RMSE pre-reforma



Fuente: elaborado por la CNMC.

¹³⁴ Para una región r cualquiera, la raíz del error cuadrático medio (RMSE, por sus siglas en inglés) en el período pre-reforma – once años – es:

$$\left(\frac{1}{11} \sum_{t=1}^{11} (Y_{rt}^I - \hat{Y}_{1rt}^N)^2 \right)^{1/2},$$

mientras que en el período post-reforma – cinco años – es:

$$\left(\frac{1}{5} \sum_{t=1}^5 (Y_{rt}^I - \hat{Y}_{1rt}^N)^2 \right)^{1/2}.$$

La raíz del error cuadrático medio mide la magnitud de la diferencia en la variable resultado de interés entre cada Comunidad Autónoma real y su control sintético. La ratio divide la RSME tras la reforma entre la RSME antes de la reforma. Una ratio de 1 indica que la RSME es de la misma magnitud en ambos períodos. La ratio puede ser mayor que 1 aunque el error de predicción sea muy reducido.

4.2.3. Impacto de la reforma en municipios de dimensiones reducidas

Una vez cuantificado el impacto agregado de la reforma, en esta sección se estudia el impacto de la reforma en los municipios de dimensiones relativamente reducidas.

En algunas ocasiones se ha argumentado que la eliminación de las restricciones de entrada geográficas se traduciría en un aumento de las farmacias en municipios relativamente grandes y una reducción del número de farmacias en los municipios relativamente pequeños, es decir, en una suerte de descreme de farmacias en áreas relativamente poco atractivas y en una entrada intensa en áreas relativamente atractivas. La razón estriba en que al ser los márgenes regulados elevados, en un entorno de libre entrada las farmacias tenderían a concentrarse en las áreas relativamente más atractivas, pudiendo dejar desabastecidas las menos atractivas. Schaumans y Verboven (2008) indican que ésta ha sido la motivación que tradicionalmente se ha dado para justificar el establecimiento de restricciones geográficas de entrada en el sector de oficinas de farmacia.

En esta sección se realizan distintos ejercicios cuantitativos para estudiar el impacto de la reforma en los municipios de dimensiones relativamente reducidas, excluyendo los grandes municipios. En primer lugar, se realiza un análisis descriptivo de la evolución del número de farmacias según distintas tipologías de municipios, antes y después de la reforma. En segundo lugar se realiza una estimación de un modelo de diferencias en diferencias tradicional para dar evidencia más robusta sobre el impacto de la reforma en los municipios de dimensiones relativamente reducidas.

El análisis cuantitativo concluye que la reforma navarra aumentó el número de farmacias en municipios relativamente pequeños en comparación con lo que habría ocurrido en un escenario sin reforma. Gracias a la reforma de 2000, los municipios relativamente más pequeños de Navarra se encuentran mejor abastecidos en cuanto a la prestación de servicios farmacéuticos. De hecho, los datos ilustran cómo la normativa restrictiva vigente antes de la reforma condenaba a estos municipios a una escasez considerable de oferta de oficinas de farmacia. Por lo tanto, la reforma generó ganancias de bienestar para los consumidores navarros residentes en estos municipios en comparación con la situación que habría prevalecido en un escenario de no reforma.

4.2.3.1. Análisis descriptivo

Después de la aprobación de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre de Atención Farmacéutica, el número de farmacias en Navarra aumentó de forma considerable a nivel agregado. En esta sección se analiza de forma descriptiva la dinámica observada tras la reforma por tipologías de municipios según tamaño.

En la Tabla 27 se presentan las tasas anuales de crecimiento del número de farmacias en Navarra en distintas tipologías de municipios por tamaño para el período 1998-2000 (previo a la reforma) y 2000-2003 (período en el que la reforma tiene su efecto principal). Tras la reforma, el número de farmacias aumentó de forma considerable en prácticamente todas las tipologías de municipios, siendo levemente mayor la tasa de crecimiento en el conjunto de municipios con una población menor de 15.000 habitantes que en aquéllos con una población superior a 15.000 habitantes. Como resultado de este mayor dinamismo, la participación de los municipios de menos de 15.000 habitantes en la cantidad total de farmacias en Navarra aumentó ligeramente entre 2000 y 2003, pasando del 56,4% al 56,6%. Por lo tanto, tras la reforma el ritmo de entrada fue muy elevado en los municipios de tamaño reducido y levemente más intenso que en los municipios de mayores dimensiones.

A su vez, la diferencia entre las tasas registradas en ambos períodos confirma de forma preliminar el impacto positivo de la reforma en términos de entrada de nuevas farmacias. Durante 1998-2000, la tasa de crecimiento anual en gran parte de las categorías de los municipios con menos de 15.000 habitantes fue del 0,0%, y en ningún caso superior al 1,5%. Entre 2000 y 2003, tras la reforma, las tasas ascienden al 28,6%, 39,6% y 30,4% respectivamente en los municipios de menos de 15.000 y 10.000 o más habitantes, menos de 10.000 y 5.000 o más habitantes y menos de 5.000 y 1.000 o más habitantes¹³⁵. Estos datos ponen de relieve cómo el marco normativo anterior a la reforma estaba limitando la entrada y generando una escasez considerable de servicios farmacéuticos en los municipios de dimensiones reducidas, y cómo tras el establecimiento de un régimen de libertad de entrada ésta fue intensa y vigorosa, beneficiando a los residentes en dichos municipios, que después de la reforma, dispusieron de un acceso a servicios farmacéuticos en un entorno de mayor contestabilidad y competencia. Por su parte, la elevada diferencia existente entre (i) el cambio observado en la tasa anual de crecimiento del número de farmacias y (ii) el cambio observado en la tasa anual de crecimiento de la población confirma que el aumento en el número de farmacias se debió a la reforma y no al crecimiento de la población.

¹³⁵ Las tasas son tasas anuales compuestas en cada período. Las tasas del período posterior a la reforma no son tasas de *largo plazo*, puesto que corresponden al momento del *shock*. No obstante, resultan muy útiles para ilustrar el impacto de la reforma en términos de dinamización de la entrada dentro del marco analítico propio de un análisis de *shock* antes/después.

Tabla 27. Tasa anual de crecimiento del número de farmacias en Navarra, por distintas tipologías de municipios por tamaño. 1998-2000 y 2000-2003

	Δ % Farmacias	Δ % Población	Δ % Farmacias	Δ % Población
	1998-2000	1998-2000	2000-2003	2000-2003
≥ 15.000 habitantes	1,6%	2,9%	19,8%	1,8%
< 15.000 habitantes	0,3%	-0,2%	20,1%	2,3%
< 15.000 habitantes, ≥ 10.000 habitantes	0,0%	2,4%	28,6%	3,0%
< 10.000 habitantes, ≥ 5.000 habitantes	0,0%	2,2%	39,6%	3,8%
< 5.000 habitantes, ≥ 1.000 habitantes	0,0%	-1,6%	30,4%	2,3%
< 1.000 habitantes, ≥ 500 habitantes	0,0%	0,0%	3,0%	0,6%
< 500 habitantes	1,2%	-0,3%	-4,2%	0,0%

Nota: (i) la tasa es una tasa anual compuesta, partiendo del dato en nivel en 1998 y 2000 para el primer período (1998-2000) y del dato en nivel de 2000 y 2003 para el segundo período (2000-2003)
(ii) los municipios quedan asignados en cada tipología por su población en el año 2000.

Fuente: elaborado por la CNMC a partir de datos del Gobierno de Navarra (Departamento de Salud).

Tras la reforma, se observaron algunas reducciones en el número de farmacias en municipios muy concretos, lo que parcialmente explica que exista una tipología de municipios donde el número de farmacias se redujo: los municipios de menos de 500 habitantes, en la que el número de farmacias era de 40, 41 y 36 en el los años 1998, 2000 y 2003 respectivamente.

Un análisis más pormenorizado para todos los municipios de Navarra indica que entre 2000 y 2003 el número de farmacias pasó de 1 a 0 en seis municipios de menos de 500 habitantes, siendo estos municipios los únicos de toda Navarra en los que se registraron reducciones en el número de farmacias entre 2000 y 2003. En todo caso, también conviene tener en cuenta que el número de farmacias aumentó de 0 a 1 en un municipio de menos de 500 habitantes, de 0 a 1 en un municipio de entre 500 y 1.000 habitantes, y de 0 a 2 en un municipio de entre 2.000 y 2.500 habitantes, siendo estos los únicos municipios con 0 farmacias en 2000 donde se instaló al menos una farmacia entre 2000 y 2003. Por lo tanto, en términos netos, el número de municipios sin farmacia sólo aumentó en tres entre 2000 y 2003. La razón no tiene que encontrarse necesariamente en la reforma, ya que en ocasiones las farmacias cierran. Por ejemplo, en el País Vasco, en el año 2000, y en La Rioja, en 2006, cerró una farmacia en un municipio de menos de 500 habitantes, que sólo disponía de una farmacia antes del cierre. Existen distintos factores reales, no originados en la reforma sino en distintas dinámicas a nivel municipal, que pueden explicar las pérdidas señaladas en Navarra.

En todo caso, suponiendo que la reforma fuese la causante de los cierres y aperturas mencionados, conviene analizar en qué medida la asignación generada por la reforma aumentó o redujo la población navarra residente en municipios sin

ninguna farmacia. En el año 2000, el porcentaje de población residente en municipios con 0 farmacias era del 4,4% de la población total de Navarra. En el año 2003, dicho porcentaje descendió al 3,8%. Por lo tanto, la proporción de población residente en municipios sin farmacia era menor tras la reforma que antes de ella.

No obstante, dicha tendencia ya se observaba antes de la reforma, y si bien la reforma no derivó en un cambio de tendencia, un efecto composición derivado de la dinámica poblacional a nivel municipal en Navarra podría explicar parte de la reducción en el porcentaje. Un análisis de estática comparativa permite hacer otro ejercicio cuantitativo. El ejercicio consiste en trasladar al año 2000 la asignación de farmacias del año 2003 para los municipios con 0 farmacias, dejando la población del año 2000 constante. Es decir, en el año 2000 (i) se eliminan seis farmacias en los municipios que tenían 1 farmacia en 2000 y en los que se observaron cierres entre 2000 y 2003, y (ii) se introducen 4 farmacias en los municipios con 0 farmacias en 2000 y en los que se observaron aperturas entre 2000 y 2003. Haciendo dicho ejercicio de reasignación de forma estática se concluye que también habría habido mejora en términos de cobertura farmacéutica, puesto que del 4,4% efectivo en 2000 se pasaría al 4,0% en el escenario hipotético de reasignación. Por lo tanto, en el caso de que uno de los objetivos del marco normativo previo a la reforma fuese reducir o minimizar el porcentaje de población residente en municipios sin ninguna farmacia, la evidencia disponible sugiere que la reforma contribuyó en mayor medida a cumplir con dicho objetivo que la normativa restrictiva anterior.

En suma, tras la reforma, se observa un aumento generalizado de las farmacias en la mayoría de tipologías de municipios según población. Los municipios de menos de 15.000 habitantes experimentan aumentos considerables en el número de farmacias, levemente superiores a los municipios de más de 15.000 habitantes, lo que se traduce en un aumento del peso de la primera categoría de municipios en el agregado de farmacias de Navarra. Por lo tanto, puede descartarse que tuviese lugar un descreme de farmacias en municipios de dimensiones relativamente reducidas tras la reforma. De hecho, en comparación con el período previo a la reforma, se observa un cambio más acusado y un crecimiento más vigoroso e intenso en los municipios de menos de 15.000 habitantes que en los de dimensiones superiores. Adicionalmente, se observa que tras la reforma la proporción de población residente en municipios sin ninguna farmacia se redujo en comparación con el nivel observado antes de la reforma.

4.2.3.2. Análisis de diferencias en diferencias tradicional

En este apartado se construye un modelo simple de diferencias en diferencias para dar evidencia adicional sobre el impacto positivo de la reforma en los municipios de dimensiones reducidas¹³⁶. La metodología de diferencias en diferencias ha sido ampliamente utilizada en economía y en otras ciencias sociales. Artículos clásicos en este ámbito son Card (1992) o Card y Krueger (1994), que analizan, mediante aproximaciones distintas y explotando cambios en el salario mínimo a nivel estatal en EE.UU, el impacto de esta variable sobre el nivel de empleo. A continuación se describen los aspectos básicos de esta metodología siguiendo a Wooldridge (2002).

En su forma más simple, existen dos períodos temporales, el primero previo al tratamiento y el segundo posterior al tratamiento. A su vez, existen dos grupos, uno de control y otro de tratamiento. Sintetizando lo dicho en apartados previos, el grupo de tratamiento - que puede ser un conjunto de personas, trabajadores, empresas, municipios, etc. - se encuentra dentro de ese grupo por accidente, es decir, no ha elegido ser tratado. El grupo de control es un grupo parecido que no ha estado sometido al tratamiento.

Más formalmente, sea A el grupo de control y B el grupo de tratamiento. Sea dB una variable dummy igual a 1 para aquellas unidades en el grupo de tratamiento y 0 para el resto de casos. Sea $d2$ una variable dummy para el segundo período, cuando la reforma ya ha tenido efecto. La ecuación más sencilla para analizar el impacto de un tratamiento o política en este marco analítico es:

$$y = \beta_0 + \delta_0 d2 + \beta_1 dB + \delta_1 d2dB + u$$

y es la variable resultado de interés. La variable dummy $d2$ refleja factores que afectan a la variable y a lo largo del tiempo y del mismo modo para ambos grupos. Por su parte, la variable dummy dB captura diferencias entre el grupo de control y de tratamiento antes de la reforma. El coeficiente de interés es el coeficiente de impacto del tratamiento, δ_1 , que multiplica a una dummy que se obtiene

¹³⁶ El control sintético no puede aplicarse de forma directa en esta segunda vertiente del análisis porque no se dispone de datos municipales para todas las regiones de España, sólo del dato agregado. Independientemente de ello, los resultados del control sintético también revelan creación intensa de farmacias en los municipios de menos de 15.000 habitantes, por el simple hecho de que aunque todas las farmacias nuevas en los municipios 15.000 o más habitantes se debiesen a la reforma, la diferencia con el control sintético y la Navarra real sería mucho menor que la estimada. Por lo tanto, necesariamente, muchas de las farmacias que entraron en el mercado gracias a la reforma tuvieron que aparecer en los municipios de menos de 15.000 habitantes, algo que por otro lado el análisis descriptivo indica de forma muy clara.

multiplicando d_2 por d_B (y que toma valor 1 para las observaciones en el grupo de tratamiento en el segundo período).

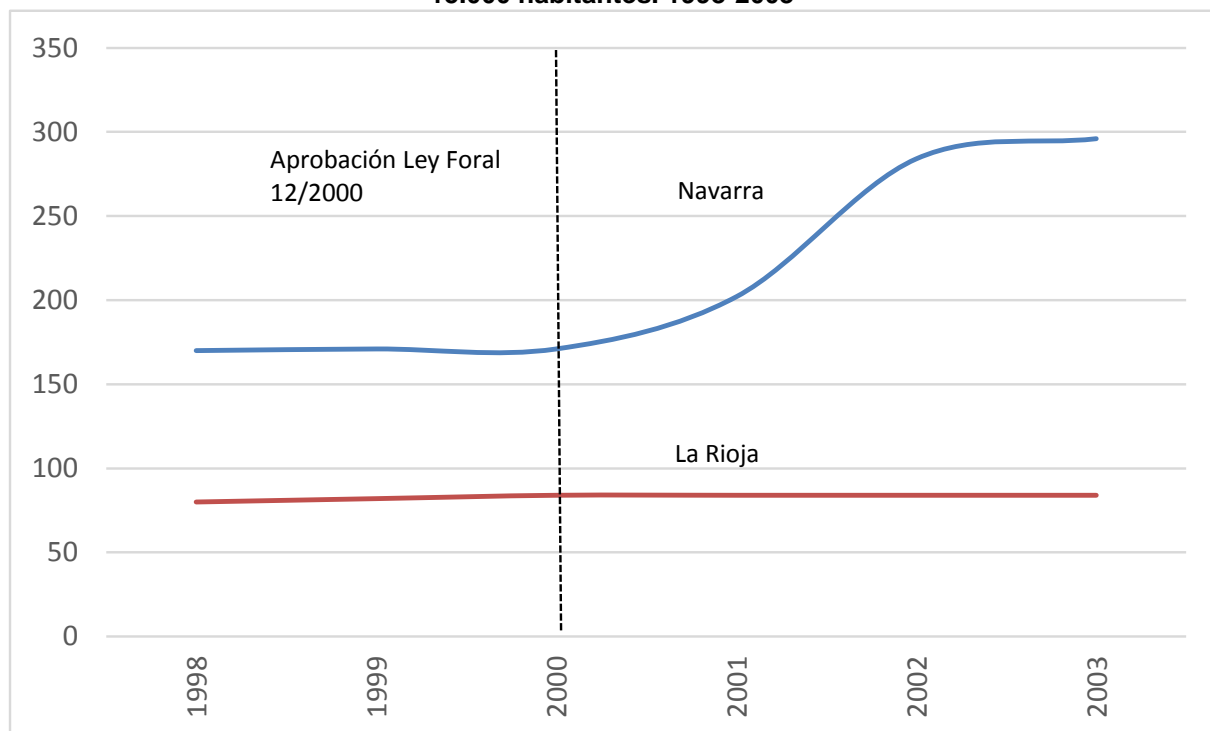
En la especificación anterior, la estimación mínimo cuadrática de δ_1 puede interpretarse a partir las medias del grupo de control y de tratamiento en cada uno de los períodos. Sea $\bar{Y}_{A,1}$ ($\bar{Y}_{B,1}$) la media de la muestra para el grupo de control (tratamiento) en el primer año y $\bar{Y}_{A,2}$ ($\bar{Y}_{B,2}$) la media para el grupo de control (tratamiento) en el segundo período. Entonces, se tiene que $\delta_1 = (\bar{Y}_{B,2} - \bar{Y}_{B,1}) - (\bar{Y}_{A,2} - \bar{Y}_{A,1})$. Este estimador recibe el nombre de estimador de diferencia en las diferencias y sirve para estimar los efectos del tratamiento. Lo interesante y útil de este estimador es que permite controlar por efectos específicos de grupo y de tiempo, al contrario que una simple comparación antes y después para el grupo tratado o una comparación entre el grupo de control y el grupo tratado para el periodo posterior al tratamiento. En muchas aplicaciones empíricas se añaden covariables en la ecuación de diferencias en diferencias, para controlar por características individuales en ambos períodos. La interpretación del estimador de diferencia en las diferencias es la misma, si bien su representación no es tan simple como la resta entre diferencias en las medias señalada.

La utilización de la metodología de diferencias en diferencias tradicional descansa en supuestos importantes. En primer lugar, el tratamiento tiene que ser exógeno. En el caso de Navarra, por las características del cambio normativo, comentadas con anterioridad, es razonable suponer que se cumple el supuesto de exogeneidad del tratamiento.

En segundo lugar, tiene que existir una tendencia común entre el grupo de control y el grupo de tratamiento. Es decir, la metodología supone que en ausencia de tratamiento, el grupo de control y el grupo de tratamiento seguirían exactamente la misma evolución. Una forma aceptada de disponer de cierta certidumbre sobre el cumplimiento del segundo supuesto es ver si en el pasado, antes de la reforma, ambos grupos han seguido una trayectoria común. En este caso se utiliza como grupo de control los municipios de La Rioja, por razones de muestra y por la tendencia seguida por los municipios riojanos durante los años para los que se dispone de datos municipales. Para los municipios de menos de 15.000 habitantes, La Rioja y Navarra siguen una tendencia similar, básicamente plana para el período 1998-2000. En el Gráfico 29 se plasma la evolución del número de farmacias en los municipios riojanos y los navarros de menos de 15.000 habitantes entre 1998 y 2003. Hasta 2000, la tendencia puede calificarse de común. Aunque el período temporal sea corto, los datos podrían estar indicando que a nivel de municipios de

dimensiones reducidas La Rioja puede ser un control adecuado para Navarra, independientemente de que a nivel agregado el paralelismo no sea tan intenso, como se ha indicado previamente.

Gráfico 29. Evolución del número de farmacias en Navarra y La Rioja, municipios de menos de 15.000 habitantes. 1998-2003



Fuente: elaborado por la CNMC a partir de datos del Gobierno de Navarra (Departamento de Salud) y del Gobierno de la Rioja (Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia).

4.2.3.3. Estimación econométrica

Se dispone de datos a nivel municipal de Navarra y la Rioja para el período 1998-2003 para las variables (i) número de farmacias por municipio y (ii) población por municipio. Los datos del número de farmacias provienen del Gobierno de Navarra (Departamento de Salud) y del Gobierno de la Rioja (Dirección General de Asistencia, Prestaciones y Farmacia). Los datos de población del Instituto Nacional de Estadística (INE). El número de municipios de menos de 15.000 habitantes para los que se dispone de información es de 171 en La Rioja y de 268 en Navarra.

Los datos de número de farmacias y población se colapsan en su dimensión temporal haciendo promedios por municipio para dos períodos: pre-reforma (media de 1998-2000) y post-reforma (media de 2001-2003). Por un lado, esto contribuye a evitar efectos de selección de un año en concreto. Por otro, contribuye a mitigar posibles problemas de correlación serial en las estimaciones con cada año de la

serie temporal. A partir de los datos disponibles, se estiman varios modelos en el espíritu del modelo presentado en el apartado anterior, que además incorporan como variable la población de cada municipio. La ecuación concreta a estimar es la siguiente:

$$nfarm_{it} = \beta_0 + \delta_0 post + \beta_1 Navarra + \delta_1 post * Navarra + \beta_2 población_{it} + u_{it}$$

donde:

t puede corresponder al período pre-reforma o post-reforma.

$nfarm_{it}$: es el número medio de farmacias en el municipio i en el período t.

post: es una variable dummy que toma el valor 0 para el período pre-reforma y el valor 1 para el período post-reforma.

Navarra: es una variable dummy que toma el valor 0 para un municipio de La Rioja y 1 para un municipio de Navarra.

*post * Navarra*: es un dummy interactiva, que toma el valor 1 para un municipio de Navarra en el segundo período.

$población_{it}$: es la población media en miles en el municipio i en el período t.

u_{it} es el término de error.

En la Tabla 28 se proporcionan los estadísticos principales de las variables número de farmacias y población en la muestra de municipios de menos de 15.000 habitantes. La estrategia econométrica empleada se centra en realizar distintas estimaciones de la ecuación anterior tomando como muestra los municipios de menos de 15.000 habitantes, menos de 10.000 habitantes y menos de 5.000 habitantes, sin incorporar la población e incorporándola. Las estimaciones se realizan por mínimos cuadrados ordinarios. Bajo el supuesto de que si no se hubiese aprobado la reforma los municipios navarros se habrían comportado como el grupo de control riojano, la estimación por mínimos cuadrados ordinarios de δ_1 serviría para medir el impacto de la reforma navarra de 2000. Un coeficiente positivo y significativo indica un impacto positivo y significativo de la reforma.

Tabla 28. Estadísticos principales para las variables número de farmacias y población, muestra de municipios con menos de 15.000 habitantes

	Media	Desviación típica	Mínimo	Máximo
Variable				
Número de farmacias	0,68	1,05	0,00	14,00
Población (en miles)	0,96	1,79	0,01	13,40

Fuente: elaborado por la CNMC.

En la Tabla 29 se presentan los modelos estimados para las distintas muestras por tamaño de municipio. Para el caso de los municipios de menos de 15.000 habitantes, en la especificación (i) - sin controlar por la población - el coeficiente de interés indicaría que el impacto de la reforma fue aumentar la media de farmacias en los municipios navarros de menos de 15.000 habitantes en 0,32¹³⁷.

Controlando por la población, el coeficiente permanece prácticamente inalterado - 0,31 - lo que indica que la diferencia en medias tras la reforma no está asociada a cambios en las características poblacionales de los municipios.

Como resulta esperable, la capacidad explicativa del modelo aumenta de forma considerable al incorporar la población, ya que esta variable constituye el principal determinante del número de farmacias en un municipio.

En cuanto a los parámetros de las variables Navarra y post, en la especificación sin población resultan significativos, y sirven para disponer de información sobre la diferencia entre las medias del grupo de control y del grupo de tratamiento, así como sobre la diferencia entre las medias de cada período. No obstante, al controlar por la población, dichos coeficientes pierden significatividad, dada la alta capacidad explicativa de la variable población en el número de farmacias de un municipio.

Partiendo de la media de farmacias en los municipios de Navarra de menos de 15.000 habitantes antes de la reforma, el coeficiente de interés en la estimación con población - 0,31 - indicaría un aumento medio del 50% en el período 2001-2003 frente a un escenario de no reforma.

¹³⁷ Se enfatiza que el resultado es en términos medios en el conjunto de los municipios.

Tabla 29. Resultados de la estimación econométrica

	Municipios < 15.000 hab.		Municipios < 10.000 hab.		Municipios < 5.000 hab.	
	(i)	(ii)	(i)	(ii)	(i)	(ii)
Constante	0,48 *** (0,06)	0,15 *** (0,04)	0,45 *** (0,05)	0,18 *** (0,03)	0,40 *** (0,04)	0,17 *** (0,03)
Post	0,01 * (0,01)	- 0,00 (0,01)	0,01 * (0,01)	0,00 (0,01)	0,01 * (0,01)	0,00 (0,01)
Navarra	0,16 ** (0,07)	- 0,04 (0,05)	0,13 ** (0,06)	- 0,03 (0,04)	0,14 *** (0,05)	- 0,04 (0,04)
Post*Navarra	0,32 *** (0,05)	0,31 *** (0,05)	0,28 *** (0,04)	0,27 *** (0,04)	0,21 *** (0,04)	0,20 *** (0,04)
Población		0,48 *** (0,04)		0,43 *** (0,02)		0,52 *** (0,03)
Nº de observaciones	878	878	870	870	844	844
R ²	0,04	0,71	0,05	0,64	0,05	0,55

Notas: (i) en todas las estimaciones la variable dependiente es el número medio de farmacias en el municipio; (ii) errores estándar robustos a heterocedasticidad entre paréntesis; (iii) * indica que el coeficiente es significativo al 10%, ** que el coeficiente es significativo al 5% y *** que el coeficiente es significativo al 1%.

Fuente: elaborado por la CNMC.

Las estimaciones para los municipios de menos de 10.000 y menos de 5.000 habitantes muestran resultados similares. Controlando por la población, el coeficiente de interés es del 0,27 y 0,20 respectivamente. Como en el caso anterior, al controlar por la población los resultados del coeficiente de diferencia en las diferencias permanecen prácticamente inalterados. En ambos casos los coeficientes de interés resultan significativos.

En suma, los modelos de diferencias en diferencias estimados indican un impacto positivo y significativo de la reforma en los municipios navarros de menos de 15.000, 10.000 y 5.000 habitantes, confirmando las conclusiones preliminares del análisis descriptivo realizado en el apartado anterior.

5. CONCLUSIONES

Las especiales características del mercado de distribución minorista de medicamentos, por la naturaleza de los medicamentos, la protección de la salud pública y por la existencia de fallos de mercado como la información asimétrica, explican la intervención pública en este mercado mediante la regulación.

La CNMC es plenamente consciente de la necesaria protección del interés público, en cuanto a la seguridad y acceso a los medicamentos, que es inherente a la regulación de la distribución minorista de medicamentos.

Por ello, la regulación debe ir dirigida a este objetivo desde los principios de necesidad y proporcionalidad, evitando introducir restricciones a la competencia injustificada que impidan o dificulten alcanzar una mayor eficiencia en el funcionamiento del mercado.

Si la intervención pública se adecua a los principios de regulación económica eficiente se podrán alcanzar los mismos objetivos de salud pública y de eficiencia de forma menos costosa social y económicamente.

Aunque la protección de la salud pública es el principal argumento para regular el sector farmacéutico, la regulación impone una serie de restricciones, tanto de acceso al mercado como de ejercicio de la actividad de las oficinas de farmacia, que limitan la competencia en el mercado y, en muchas ocasiones, no protegen la salud pública ni están justificadas desde el punto de vista de la eficiencia.

En España, la Ley 16/1997 establece unos preceptos básicos de ordenación farmacéutica y corresponde a las Comunidades Autónomas establecer los criterios específicos de planificación, que deben tener en cuenta la densidad demográfica y las características geográficas y de dispersión de la población, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio y la suficiencia en el suministro de medicamentos, según las necesidades sanitarias en cada territorio. El hecho de contar con distintos modelos de planificación farmacéutica en las Comunidades Autónomas ha permitido analizar el efecto de las restricciones impuestas por cada modelo tanto en la competencia en el mercado como en el grado de cumplimiento del objetivo de asegurar el acceso de la población a los medicamentos.

Se ha constatado que el modelo de acceso al mercado adoptado en todas las Comunidades Autónomas, a excepción de Navarra, que establece el número máximo autorizado de oficinas de farmacia por módulos de población, está limitando la apertura de farmacias e impidiendo la existencia de competencia en muchos municipios.

Además, este modelo no es necesario para garantizar una adecuada asistencia farmacéutica a la población, como prueba el hecho de que en Navarra la cobertura farmacéutica en municipios pequeños no sólo no se redujo con la reforma del año 2000, sino que dicha reforma tuvo un efecto positivo en municipios de dimensiones reducidas, como muestra el análisis cuantitativo del impacto de la reforma del apartado 4.2 del estudio.

Existen otros elementos restrictivos de la competencia en la normativa nacional y autonómica que afectan innecesaria y/o desproporcionadamente al ejercicio de la actividad y a la propiedad y organización de las oficinas de farmacia. Dichos elementos restrictivos han sido sistemáticamente analizados en este estudio y para corregir o paliar los mismos se proponen a continuación una serie de recomendaciones dirigidas a las administraciones competentes, nacional y autonómicas.

6. RECOMENDACIONES

El análisis del sector de distribución minorista de medicamentos en España llevado a cabo en este estudio ha identificado una serie de restricciones de acceso y ejercicio de la actividad que son ineficientes y perjudican a la competencia y al interés general. Por ello, a continuación se realizan las siguientes recomendaciones dirigidas a las administraciones competentes, a nivel nacional y autonómico.

PRIMERA. Mayores libertades en el acceso al mercado

La Ley 16/1997 establece unos requisitos para la autorización de apertura de nuevas oficinas de farmacia, basados en módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia, que han sido adoptados, con pequeñas variaciones, por todas las Comunidades Autónomas a excepción de Navarra.

El modelo adoptado en Navarra en el año 2000, basado en una regulación de mínimos, no sólo favorece la competencia en los municipios de dimensiones reducidas sino que además garantiza una cobertura farmacéutica similar o mayor a la existente en otras Comunidades Autónomas con una regulación mucho más restrictiva de la competencia.

El análisis de la competencia en el mercado y del impacto de la reforma de Navarra muestran que **la planificación farmacéutica debería determinar el número de farmacias mínimo requerido en cada zona farmacéutica para asegurar una adecuada atención farmacéutica** (Navarra) en lugar del número máximo de farmacias según la población de cada zona (resto de Comunidades Autónomas).

Además, las experiencias de liberalización de las oficinas de farmacia en algunos países europeos muestran que **la protección de la salud pública y la adecuada cobertura geográfica de los servicios farmacéuticos son compatibles con la competencia en este mercado**.

Por estos motivos, **se recomienda la supresión de las restricciones de acceso al mercado vigentes en la normativa: los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre éstas y los centros de salud**.

Para asegurar una adecuada cobertura farmacéutica en zonas rurales y aisladas, se recomienda la adopción de mecanismos similares a los adoptados en otros países europeos, en forma de subsidios o incentivos fiscales destinados a farmacias rurales, o bien valorar la posibilidad de que los médicos dispensen medicamentos en determinadas zonas rurales, en las que no sea viable económicamente la apertura

de una oficina de farmacia, estableciendo mecanismos adecuados que eliminen los incentivos económicos que podrían conllevar un incremento del gasto sanitario.

SEGUNDA. Mayores libertades en el ejercicio de la actividad

El artículo 3 del Texto Refundido establece que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponde exclusivamente a las oficinas de farmacia abiertas al público, legalmente autorizadas y a los servicios de farmacia de los hospitales, de los centros de salud y de las estructuras de atención primaria del Sistema Nacional de Salud.

La reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la custodia, conservación y dispensación de medicamentos supone una restricción a la competencia ya que limita los canales de distribución de medicamentos a las oficinas de farmacia y los hospitales.

Una vez analizada dicha restricción desde los principios de la necesidad y la proporcionalidad, para los medicamentos no sujetos a prescripción médica, se recomienda eliminar la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la dispensación. Se recomienda asimismo permitir la venta de estos medicamentos en otros establecimientos, siempre que éstos cumplan obligatoriamente con una serie de requisitos sanitarios mínimos de conservación e higiene, pudiendo valorarse la conveniencia de la intervención de un técnico competente.

El Real Decreto 870/2013 regula la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web de oficinas de farmacia abiertas al público y legalmente autorizadas.

Al igual que en la venta de medicamentos en establecimientos físicos, la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web configura una restricción a la competencia innecesaria y desproporcionada para asegurar la protección de la salud pública.

Por otra parte, respecto a los medicamentos sujetos a prescripción médica, se recomienda ampliar los supuestos en los que es posible su dispensación a establecimientos especializados (hospitales, centros de salud) siempre que presenten las condiciones técnicas imprescindibles para mantener los medicamentos en el estado óptimo para su consumo y cuenten con el asesoramiento de un técnico competente, que cumpla las condiciones de formación recogidas en la Directiva 2005/36/CE.

Se recomienda proponer la ampliación de las titulaciones a otros técnicos competentes que, a la luz de las profesiones autorizadas en otros países de la Unión Europea¹³⁸, cuenten con la formación necesaria para la dispensación de medicamentos en España, con pleno respeto de las razones de imperioso interés general protegidas.

Asimismo, también se recomienda permitir la venta de medicamentos sujetos a prescripción médica a través de sitios web, con el requisito imprescindible de que la dispensación del medicamento se realice por parte de un técnico competente que garantice los intereses públicos afectados, sin necesidad que el mismo sea propietario de la página web ni de una farmacia física.

En línea con las recomendaciones anteriores, se propone la ampliación sin límite del actual 10% en los descuentos sobre el precio de los medicamentos objeto de publicidad dirigida al público y no sujetos a prescripción médica.

Este límite en los descuentos restringe los potenciales beneficios para los pacientes derivados de la competencia vía precios y de liberalizar los canales de venta de los medicamentos no sujetos a prescripción médica.

Asimismo, en línea con la reducción de cargas administrativas se recomienda la eliminación de la notificación al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del precio de los medicamentos no sujetos a prescripción médica, para evitar que el precio máximo establecido por el Ministerio actúe como precio de referencia e impida la competencia vía precios en este segmento del mercado, pudiendo obtenerse la información sobre los precios que se considere de interés para la administración con las técnicas estadísticas apropiadas.

TERCERA. Mayor libertad en la propiedad de las oficinas de farmacia

El artículo 103.4 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad establece que sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público.

Esta restricción no está justificada por motivos sanitarios puesto que la presencia de un farmacéutico en la dispensación de los medicamentos ya asegura la adecuada

¹³⁸ En Reino Unido y Holanda se permite a los “técnicos farmacéuticos” dispensar medicamentos sujetos a prescripción médica. En el caso de Reino Unido, la cualificación requerida es la formación profesional postsecundaria (National Vocational Qualification level 3) y, en el caso de Holanda, se requiere una experiencia de 3 años en la dispensación de medicamentos bajo supervisión directa de un farmacéutico (Göeg FP (2012)).

protección de la salud pública. Dicha restricción supone una barrera de entrada al mercado para aquellos agentes con recursos y conocimientos para invertir pero que carecen de la condición de farmacéutico.

Por tanto, se propone eliminar la normativa que establece el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente titulados en farmacia, de forma que se permita la libertad en la propiedad de las farmacias al menos de la misma forma que la normativa actual referente a la propiedad de los hospitales privados.

Asimismo, en España, la titularidad-propiedad de las oficinas de farmacia está limitada a una sola oficina de farmacia, lo que impide la integración horizontal (la propiedad de dos o más farmacias) y la formación de cadenas farmacéuticas con el consiguiente perjuicio a la eficiencia del sistema.

La libre formación de cadenas farmacéuticas permite optimizar recursos y asumir formas de riesgo compartido que de otro modo serían inviables. Desde un punto de vista de la eficiencia, las economías de escala derivadas del mayor tamaño de las farmacias permiten reducciones de costes en la distribución de medicamentos, almacenamiento y gestión administrativa.

La normativa actual también prohíbe la integración vertical de las oficinas de farmacia con los laboratorios farmacéuticos y/o distribuidores mayoristas, de acuerdo con el artículo 4 del Texto Refundido.

La integración vertical de las distintas actividades de la cadena del medicamento podría generar ganancias de eficiencia derivadas de la existencia de economías de escala y de alcance entre estas actividades.

La eliminación de esta prohibición, acompañada del propio funcionamiento del libre mercado y de los mecanismos de control existentes de la autoridad de competencia, permitiría una mayor eficiencia en la actividad farmacéutica, que podría resultar en mayor calidad, innovación, y menores costes de la actividad y, por tanto, en un menor gasto público para el Estado y menores costes para los pacientes y consumidores.

Se recomienda la libertad de la propiedad a más de una oficina de farmacia y la eliminación de la restricción a la integración vertical de las oficinas de farmacia mediante la modificación normativa correspondiente.

CUARTA. Incremento de la eficiencia en la retribución de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos

El margen que obtienen las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos es proporcional al precio de venta al público sin impuestos si el precio es inferior a una determinada cantidad. A partir de ese precio, el margen es una cantidad fija que varía de forma creciente por tramos, a medida que va aumentando el precio del medicamento.

Si el margen de las oficinas de farmacia tiene como objetivo remunerar la prestación de servicios de atención farmacéutica, es cuestionable que éste sea proporcional al precio del medicamento, siendo la calidad del servicio independiente de dicho precio.

Se propone valorar sistemas de financiación de las oficinas de farmacia alternativos al vigente en los que haya una correspondencia efectiva entre los servicios prestados por las oficinas de farmacia y la remuneración percibida por éstas y, en particular, aquéllos que proporcionen incentivos a mejorar la calidad de los servicios ofertados o que remuneren servicios adicionales que puedan ser especialmente beneficiosos para los pacientes.

QUINTA. Mayor libertad en los horarios de apertura de las oficinas de farmacia

El artículo 6 de la Ley 16/1997 establece que las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, fijadas por las Comunidades Autónomas, al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia.

Existen determinados aspectos en la normativa de horarios de apertura de las oficinas de farmacia que resultan incompatibles con los principios de libertad y flexibilidad en la prestación de servicios de las oficinas de farmacia, perjudicando a la competencia y, en consecuencia, a los pacientes y al propio sector.

En particular, las posibilidades de ampliación de horario por encima del horario mínimo se encuentran restringidas injustificadamente por tener que ajustarse a una serie de módulos fijos, durante un período mínimo de un año, lo que limita la libertad de organización de las oficinas de farmacia y supone un elemento restrictivo de la competencia

Asegurado el cumplimiento de los horarios mínimos de apertura y los turnos de guardia establecidos para garantizar la adecuada atención farmacéutica de la población, se propone la eliminación de los obstáculos, bien de carácter regulatorio

o de carácter administrativo, que dificultan la ampliación voluntaria de horario por parte de las oficinas de farmacia que así lo deseen.

SEXTA. Mayor libertad en la publicidad de las oficinas de farmacia

La prohibición expresa de la publicidad de las oficinas de farmacia ha sido incorporada o bien en las leyes de ordenación farmacéutica o bien en normativa específica de las Comunidades Autónomas.

La publicidad de los medicamentos y productos sanitarios está regulada en el Texto Refundido y está sujeta a una serie de requisitos que aseguran la protección de la salud de los pacientes, por lo que la prohibición de publicidad de las oficinas de farmacia no estaría justificada por motivos de salud pública, impide que las oficinas de farmacia puedan utilizar la publicidad para diferenciar sus servicios y constituye un obstáculo adicional para la competencia.

Se propone la eliminación de la prohibición a la publicidad de las oficinas de farmacia, siempre que dicha publicidad se ajuste a lo dispuesto en el artículo 44 de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.

SÉPTIMA. Revisión favorable a la competencia en los criterios de concesión de autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias

El artículo 3 de la Ley 16/1997 determina que corresponde a las Comunidades Autónomas la tramitación y resolución de los expedientes de autorización de apertura de las oficinas de farmacia que se tramitarán con arreglo a los principios de publicidad y transparencia, previo procedimiento específico que establezcan las Comunidades Autónomas.

Se han identificado restricciones derivadas de algunos criterios recogidos en los concursos de méritos para la obtención de la autorización administrativa necesaria para la apertura de una nueva oficina de farmacia que, no sólo suponen una barrera de acceso al mercado para los titulados farmacéuticos recientes, sino que, en algunos casos, introducen criterios que no responderían al objetivo de asegurar una adecuada atención farmacéutica.

Se recomienda a las Comunidades Autónomas la supresión de aquéllos requisitos recogidos en los concursos de méritos que restringen innecesariamente la competencia y no responden estrictamente a criterios sanitarios.

OCTAVA. Mantenimiento y promoción de la competencia en el suministro de medicamentos a centros sociosanitarios

El suministro de medicamentos a centros sociosanitarios a través de oficinas de farmacia ha sido objeto de análisis por parte de la extinta CNC, que declaró como conducta restrictiva de la competencia una práctica que realizaba en el pasado el Servicio de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM), en colaboración con el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha, y que consistía en el establecimiento de turnos rotatorios entre las farmacias para el suministro de medicamentos a centros sanitarios, estableciéndose así un reparto de mercados.

Recientemente, la CNMC se ha manifestado en contra de la modificación de la Ley de Ordenación Farmacéutica de Castilla-La Mancha, que contempla la exigencia de que los depósitos de medicamentos de centros sociosanitarios privados sean suministrados por las oficinas de farmacia de la zona.

Se recomienda a las Comunidades Autónomas que eliminen las restricciones a la competencia en el suministro de medicamentos sociosanitarios que no respondan estrictamente a criterios sanitarios.

NOVENA. Eliminación de la obligatoriedad de colegiación para titulares y farmacéuticos contratados en oficinas de farmacia

El requisito de la obligatoriedad de colegiación para ejercer como farmacéutico en oficina de farmacia o para ser titular de la misma está recogido expresamente en las leyes de ordenación farmacéutica o normativa de desarrollo de algunas Comunidades Autónomas.

Esta disposición se considera innecesaria para el desarrollo de las funciones del farmacéutico e impone un coste innecesario que se traduce en una barrera de entrada al mercado.

Se propone la supresión del requisito de colegiación para titulares y farmacéuticos en oficinas de farmacia mediante las correspondientes modificaciones normativas.

DÉCIMA. Eliminación de la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en determinados servicios económicos en la dispensación minorista de medicamentos

Actualmente, los Colegios Oficiales de Farmacéuticos actúan como intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de recetas de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud, a través de la firma de conciertos con las Consejerías de Salud de las Comunidades Autónomas.

La progresiva implantación de la receta electrónica y la necesaria adaptación de las oficinas de farmacia en términos de adopción de tecnologías de la información suponen un ahorro potencial en los costes de transacción derivados de la gestión y cobro de las recetas de forma individualizada.

Por este motivo, se recomienda eliminar la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en la facturación y cobro de las recetas de medicamentos.

ANEXO: COMPARATIVA EUROPEA

La mayoría de los países europeos establecen restricciones sobre la localización y número de oficinas de farmacia y en algunos países existen también restricciones sobre la propiedad de las oficinas de farmacia mientras que en otros, las oficinas de farmacia tienen el monopolio en la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica.

De los 27 países europeos para los que se dispone de información, sólo 13 de ellos (Alemania, Bulgaria, Chipre, Holanda, Irlanda, Lituania, Malta, Noruega, Polonia, Reino Unido¹³⁹, República Checa, Rumanía y Suecia) no imponen restricciones sobre la localización de nuevas oficinas de farmacia. En el resto de países, existen restricciones o bien demográficas (población mínima requerida para la apertura de una nueva farmacia) o bien geográficas (distancia mínima entre oficinas de farmacia) o ambas.

País	RESTRICCIONES AL ESTABLECIMIENTO DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN EUROPA AÑO 2013	
	Restricciones demográficas	Restricciones geográficas
Alemania		
Austria	X	
Bélgica	X	
Bulgaria		
Chipre		
Dinamarca	X	
Eslovaquia	X	X
España	X	X
Estonia	X	X
Finlandia	X	
Francia	X	
Grecia	X	X
Holanda		
Hungría	X	X
Irlanda		
Italia	X	X
Letonia	X	
Lituania		
Luxemburgo	X	
Malta		
Noruega		
Polonia		
Portugal	X	X
Reino Unido		
República Checa		
Rumanía		
Suecia		

¹³⁹ Aunque Reino Unido nunca ha aplicado requisitos legales para la apertura de nuevas farmacias, los controles de entrada para las farmacias que dispensan medicamentos financiados por el NHS han existido hasta que en 2005 (tras el informe de la OFT en 2003), se establecieron cuatro categorías de farmacias exentas de dichos controles. En septiembre de 2012, los controles de entrada fueron parcialmente introducidos con la supresión de tres de las cuatro categorías de farmacias exentas.

En cuanto a las restricciones de propiedad de las oficinas de farmacia, cabe señalar que sólo los farmacéuticos pueden ser propietarios de oficinas de farmacia en 10 países (entre ellos, España) de los 25 considerados en el análisis. Por otra parte, la propiedad de más de una oficina de farmacia por parte de un farmacéutico está permitida en 21 países europeos y no está permitida en España, Grecia, Italia y Luxemburgo. La integración vertical de las oficinas de farmacia con laboratorios y/o distribuidores mayoristas está permitida en 10 de los 25 países europeos para los que se dispone de información, como muestra la tabla que se presenta a continuación.

RESTRICCIONES DE PROPIEDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN EUROPA			
PAÍS	Sólo farmacéuticos	Propiedad de más de una farmacia permitida	Se permite la integración vertical
Alemania	X	X	
Austria		X	X
Bélgica		X	X
Chipre	X	X	
Dinamarca	X	X	
Eslovaquia		X	
España	X		
Estonia		X	
Finlandia	X	X	
Francia	X	X	
Grecia	X		
Holanda		X	X
Hungría		X	
Irlanda		X	X
Italia	X		
Letonia	X	X	X
Lituania		X	
Luxemburgo	X		
Malta		X	X
Noruega		X	X
Polonia		X	X
Portugal		X	
Reino Unido		X	X
República Checa		X	
Suecia		X	X

Fuente: ECORYS (2007), CGCOF (2007) y Vogler et al. (2014).

Respecto a la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica, cabe señalar que ésta existe en 11 países de los 27 considerados en el análisis mientras que en los 16 países restantes, los medicamentos no sujetos a prescripción médica se pueden adquirir o bien en dispensarios específicos, como es el caso de Austria, Portugal y Finlandia, o bien en otros establecimientos como supermercados, tiendas de comestibles, *drugstores* o gasolineras (Alemania, Reino Unido, Irlanda, Holanda, entre otros).

VENTA FÍSICA DE MEDICAMENTOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN MÉDICA EN EUROPA. AÑO 2013		
País	Monopolio de las oficinas de farmacia	Venta en otros establecimientos
Alemania		X
Austria		X
Bélgica	X	
Bulgaria		X
Chipre	X	
Dinamarca		X
Eslovaquia	X	
España	X	
Estonia	X	
Finlandia		X
Francia	X	
Grecia	X	
Holanda		X
Hungría		X
Irlanda		X
Italia		X
Letonia	X	
Lituania	X	
Luxemburgo	X	
Malta	X	
Noruega		X
Polonia		X
Portugal		X
Reino Unido		X
República Checa		X
Rumanía		X
Suecia		X

Fuente: Vogler (2014).

En los últimos años se han producido cambios relevantes en la regulación de las oficinas de farmacia en varios países europeos, mediante procesos de desregulación o liberalización, que han afectado, entre otras, a las restricciones de

acceso al mercado, de propiedad y de ejercicio de la actividad de dispensación de medicamentos de las oficinas de farmacia, descritas anteriormente.

En países con un sector regulado, como es el caso de España, Grecia o Portugal, existen restricciones para el establecimiento de nuevas oficinas de farmacia basadas en criterios demográficos y/o geográficos, la propiedad es exclusiva de los farmacéuticos y no se permite la formación de cadenas de farmacias.

La liberalización en el sector de oficinas de farmacia se caracteriza generalmente por uno o más de los siguientes componentes¹⁴⁰:

- Liberalización de establecimiento de nuevas oficinas de farmacia (no hay requisitos para el establecimiento de nuevas oficinas de farmacia en Alemania, Irlanda, Holanda, Noruega, Suecia y Reino Unido, entre otros).
- Liberalización de la propiedad de las oficinas de farmacia (requisito de colegiación obligatoria del propietario/titular de la oficina de farmacia, posibilidad de integración vertical con mayoristas o laboratorios y posibilidad de multipropiedad):
 - El requisito de colegiación obligatoria para los propietarios de oficinas de farmacia existe en países con un sector regulado como Austria y España.
 - Aunque cualquier individuo o entidad legal puede ser propietario de una farmacia en aquellos países con un sector liberalizado, algunos de estos países excluyen a agentes específicos de la propiedad de las oficinas de farmacia:
 - Islandia, Irlanda, Noruega y Suecia no permiten que los médicos sean propietarios de farmacias debido a los posibles conflictos de interés existentes entre las actividades de prescripción y dispensación de medicamentos.
 - Islandia, Noruega y Suecia no permiten que los laboratorios tengan oficinas de farmacia.
 - La multipropiedad es una característica de los países que han liberalizado el sector farmacéutico y que no se permite en países con un sector regulado:
 - El establecimiento de cadenas de farmacias es un fenómeno que se observa tras la liberalización y el número de farmacias pertenecientes a una misma cadena varía entre países con un sector liberalizado (en Reino

¹⁴⁰ Véase Vogler (2014).

Unido, la cadena de farmacias de mayor tamaño comprende 2.000 farmacias (18% del total), la segunda cadena en tamaño tiene aproximadamente 1.400 farmacias (13% del total) y las siguientes nueve cadenas tienen entre 100 y 500 farmacias).

- Los límites en el número de farmacias dentro de una misma cadena son posibles aunque raros (en Noruega, el número de farmacias en una cadena puede ser como máximo un 40% del total, tras la intervención de la Autoridad de Competencia después de que un mismo grupo adquiriera más de un 80% del total de farmacias tras la liberalización).
- Liberalización de la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica en establecimientos distintos de las oficinas de farmacia:
 - Tendencia que se observa en las últimas décadas, incluso en algunos países con un sector farmacéutico regulado.
 - En 11 de los 27 países europeos considerados en el análisis existe monopolio de las oficinas de farmacia en la venta de medicamentos OTC.
 - Aunque en 16 países europeos se permite la venta de medicamentos OTC fuera de las oficinas de farmacia, el número de medicamentos OTC permitidos varía entre los países europeos.

En algunos países, como Reino Unido, Irlanda y Holanda, se han llevado a cabo recientemente procesos de desregulación en un sector ya bastante liberalizado mientras que en otros, como Noruega y Suecia, se ha pasado en un periodo corto de tiempo de un sistema regulado a otro liberalizado.

Las principales características de los procesos de desregulación o liberalización de las oficinas de farmacia en estos países se describen a continuación:

- Reino Unido: el sistema conocido como “*control of entry test*”, que restringe la entrada en el mercado a las oficinas de farmacia que prestan servicios farmacéuticos financiados por el Estado y, en particular, dispensan medicamentos financiados por el NHS (Sistema Nacional de Salud) fue completamente revisado en 2005 y se introdujeron cuatro excepciones a dicho control de la entrada de farmacias. En ese año, se introdujo un nuevo marco contractual entre el NHS y las oficinas de farmacia distinguiendo los distintos servicios prestados por éstas (esenciales, avanzados y locales).
- Irlanda: este país introdujo restricciones de entrada al mercado, basadas en criterios demográficos y geográficos, en 1996 y éstas fueron revocadas en 2002,

siguiendo la recomendación de un informe de la OCDE¹⁴¹. La venta por internet de medicamentos no sujetos a prescripción médica está permitida desde 2006.

- Holanda: la integración horizontal de farmacias que permite la formación de cadenas farmacéuticas está permitida desde 1987. Aunque no ha habido nunca requisitos legales para el establecimiento de nuevas oficinas de farmacia, la asociación de farmacéuticos aplicaba ciertas restricciones que fueron prohibidas por la Ley de Competencia en 1998.
- Noruega: las restricciones de acceso y de propiedad de las oficinas de farmacia fueron abolidas en 2001 y a partir de ese año, se permite la integración horizontal y vertical de las oficinas de farmacia. Desde 2003 se permite la venta de un número restringido de medicamentos no sujetos a prescripción médica en establecimientos distintos de las oficinas de farmacia.
- Suecia: en el año 2009 se eliminó el monopolio de la empresa estatal *Apoteket AB* que tenía la propiedad de todas las oficinas de farmacia del país. Desde entonces, las oficinas de farmacia pueden ser propiedad de personas físicas o jurídicas privadas así como de *Apoteket AB* y la formación de cadenas de farmacias está permitida. También se permite la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica en establecimientos distintos de las oficinas de farmacia.

Uno de los objetivos de la liberalización de establecimiento de las oficinas de farmacia es mejorar el acceso de la población a los medicamentos, lo que se consigue con el aumento en el número de farmacias que sigue a la liberalización y se ha observado en países como Noruega y Suecia. Además, en el proceso de liberalización se produce también la apertura de establecimientos para la venta de medicamentos OTC (se estima que hay 8.000 establecimientos que venden medicamentos OTC en Holanda y 6.000 en Noruega).

Sin embargo, se observa que las nuevas farmacias se concentran en las zonas urbanas y ninguna o muy pocas se establecen en municipios rurales que cuentan ya con una farmacia (este fenómeno se ha observado, por ejemplo, en Suecia y Reino Unido).

La concentración en zonas urbanas también se da en establecimientos de venta de medicamentos OTC (en Suecia, sólo el 4% de los nuevos establecimientos de venta de medicamentos OTC se abrieron en poblaciones de menos de 200 habitantes).

¹⁴¹ OECD (2001), "Regulatory Reform in Ireland. Regulatory Reform in Electricity, Gas, Pharmacies, and Legal Services", Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.

Para garantizar una adecuada cobertura farmacéutica en las zonas rurales, estos países han implementado políticas para evitar el cierre de farmacias mediante el establecimiento de incentivos financieros.

En Reino Unido, las farmacias rurales reciben subsidios a través del “*Essential Small Pharmacy Local Pharmaceutical Services Scheme (ESP LPS)*” mientras que en Dinamarca existe un “*Tax Equalization Scheme*” para financiar las farmacias rurales y en Noruega hay un acuerdo entre el Estado y las cadenas de farmacias para que, en caso de cierre de una farmacia en una zona rural, la cadena de farmacias tiene que tomar el control del establecimiento y abrir una nueva farmacia en el mismo.

La eliminación de restricciones al establecimiento de oficinas de farmacia tiene también efectos positivos en la calidad del servicio prestado por éstas puesto que dichas restricciones limitan la entrada de farmacias al mercado y crean monopolios locales. En este sentido, el estudio de la *Office of Fair Trading (OFT (2003))* demostró que, en el caso de Reino Unido, las farmacias con horarios más amplios era aquéllas más próximas a los centros de salud y las que se enfrentaban a un mayor número de competidores por centro de salud en su localidad, la probabilidad de contar con un área de consultas en la farmacia aumentaba con el número de farmacias dentro de supermercados en la localidad y cuando una farmacia no tenía ninguna farmacia en 5 km era menos probable que ofreciera servicio a domicilio.

BIBLIOGRAFÍA

Abadie, A. y J. Gardeazabal (2003): "The Economic Costs of Conflict: A Case Study of the Basque Country", *American Economic Review*, 93(1): 113-132.

Abadie, A., A. Diamond y J. Hainmueller (2010): "Synthetic Control Methods for Comparative Case Studies: Estimating the Effect of California's Tobacco Control Program", *Journal of the American Statistical Association*, V.105, Issue 490, 2010.

Abadie, A., A. Diamond y J. Hainmueller (2012): "Synth: An R Package for Synthetic Control Methods in Comparative Case Studies", *Journal of Statistical Software*, June 2011, V. 42, Issue 13.

Abadie, A., A. Diamond y J. Hainmueller (2014): "Comparative Politics and the Synthetic Control Method", *American Journal of Political Science*, 59 (2), pp. 495-510.

Abdallah, C. S. y W. D. Lastrapes (2012), "Home Equity Lending and Retail Spending: Evidence from a Natural Experiment in Texas" *American Economic Journal: Macroeconomics*, 4(4): pp. 94-125.

Acemoglu D., S. Johnson, A. Kermani, J. Kwak y T. Mitton (2013), "The Value of Connections in Turbulent Times: Evidence from the United States", NBER Working Paper No. 19701.

Angrist, J. D., y A. B. Krueger (1999), "Empirical Strategies in Labor Economics," *Handbook of Labor Economics*, Vol.3, (eds.) A. Ashenfelter and D. Card.

Berndt, E. R., L. Bui, D. R. Reiley, G. L. Urban (1995), Information, Marketing, and Pricing in the U.S. Anticancer Drug Market. *American Economic Review* 85 (2), pp.100–105.

Bertrand, M., E. Duflo y S. Mullainathan (2004), "How Much Should We Trust Differences-in-Differences Estimates?", *Quarterly Journal of Economics*, 119 (1), 249–275.

Billmeier A. y T. Nannini (2013), "Assessing Economic Liberalization Episodes: A Synthetic Control Approach", *Review of Economics and Statistics*, July 2013, Vol. 95, No. 3, pp. 983-1001.

Bohn S., M. Lofstrom y S. Raphael (2014), "Did the 2007 Legal Arizona Workers Act Reduce the State's Unauthorized Immigrant Population?" *Review of Economics and Statistics*, Vol. 96, No. 2, pp. 258-269.

Borrell, J.R. y C. Cassó (2011), "Welfare and geographic entry policies", mimeo.

Borrell J. R. y L. Fernández-Villadangos (2009), “Assessing excess profits from different entry regulations”, Document de Treball 2009-3, Xarxa de Referència en Economia Aplicada.

Borrell J. R. y L. Fernández-Villadangos (2011), “Clustering or scattering: the underlying reason for regulating distance among retail outlets”, Document de Treball XREAP 2010-12, Xarxa de Referència en Economia Aplicada.

Borrell, J.R. y C. Padrós (2007), “Competencia, regulación y oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma de Euskadi”, Informe jurídico-económico y de competencia, Gobierno Vasco.

Bresnahan T. F. y P.C. Reiss (1990), “Entry in Monopoly Markets”, *The Review of Economic Studies*, 57(4), 531-53.

Card, D (1992), "Using regional variation in wages to measure the effects of the federal minimum wage," *Industrial and Labor Relations Review*, ILR Review, Cornell University, ILR School, vol. 46(1), pp 22-37, October.

Card, D. (1990), “The Impact of the Mariel Boatlift on the Miami Labor Market”, *Industrial and Labor Relations Review*, Vol. 43, No. 2. (Jan., 1990), pp. 245-257.

Card, D. y A. B. Krueger (1994), “Minimum Wages and Employment: A Case Study of the Fast-Food Industry in New Jersey and Pennsylvania”, *American Economic Review*, 84, pp. 772–793.

Dudley, J.W. (2012), “Can e-commerce in Healthcare Succeed? Developments in Mail Order and Internet Pharmacy in Europe”.

CGCOF (2013), “La distribución de la Farmacia en España”, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

CGCOF (2007), “Modelos de Farmacia en la Unión Europea”, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

ECORYS (2007), “Study of regulatory restrictions in the field of pharmacies”, Comisión Europea, Internal Market and Services DG.

Farmaindustria (2014), “El mercado del medicamento en España”, Boletín de Coyuntura N° 115, noviembre 2014.

FEDIFAR (2013), “Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en España”, Federación de Distribuidores Farmacéuticos, Madrid, octubre 2013.

García-Fontes, W. y M. Motta (1997), “Regulación de las oficinas de farmacia: precios y libertad de entrada”, en López Casanovas, G., Rodríguez Palenzuela, D. coordinadores: *La regulación de los servicios sanitarios en España*, Ed. Cívitas, Madrid. Cap. IX, pp. 325-347.

GÖG FP (2012), "Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries", Commissioned by Danmarks Apotekerforening (Association of Danish Pharmacies).

Imbens, G. W. y J. M Wooldridge (2009), "Recent Developments in the Econometrics of Program Evaluation." *Journal of Economic Literature*, 47(1): pp.5-86.

Jansson, E. (1999), "Libre competencia frente a regulación en la distribución minorista de medicamentos", *Revista de Economía Aplicada*, 19, 85-112.

Kaiser, B., y C. Schmid (2013), "Does physician dispensing increase drug expenditures?", Discussion Papers No. 13-03, Department of Economics, Universität Bern.

Lobo, F. (2015), "Políticas actuales de precios de medicamentos en Europa: panorama general", Springer Healthcare, Madrid 2015.

Lobo, F. (2014), "La intervención de precios de los medicamentos en España: panorama de la regulación y los estudios empíricos", Springer Healthcare, Madrid 2014.

Lluch M. y P. Kanavos (2010), "Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain", *Health Policy* 95 (2010), pp. 245–254.

Meneu, R. (2006), "La distribución y dispensación de medicamentos", *Gaceta Sanitaria* Vol. 20, pp. 154-159.

Meyer, B. D (1995), "Natural and Quasi-Experiments in Economics", *Journal of Business & Economic Statistics* Vol. 13, No. 2, JBES Symposium on Program and Policy Evaluation (Apr., 1995), pp. 151-161.

ÖBIG (2006), "Surveying, Assessing and Analysing the Pharmaceutical Sector in the 25 EU Member States", Comisión Europea, DG-Competition.

OECD (2001), "Regulatory Reform in Ireland: The Role of Competition Policy in Regulatory Reform".

OCDE (2002), "Competition and Regulation Issues in the Pharmaceutical Industry", *OECD Journal of Competition Law and Policy* Vol.4, No. 3.

OFT (2003), "The Control of Entry Regulations and Retail Pharmacy Services in the UK", Office of Fair Trading.

OFT (2010), "Evaluating the impact of the 2003 OFT study on the Control of Entry regulations in the retail pharmacies market", Office of Fair Trading.

OMC (2014), "Informe sobre el sector farmacéutico", Organización Médica Colegial, Madrid, octubre de 2014.

Padrós, C., J.R. Borrell y L. Fernández-Villadangos (2008), “Restricciones al libre establecimiento de farmacias: lecciones de las recientes sentencias del TJCE y de la experimentación autonómica”, *Anuario de la Competencia* Nº 1, pp. 173-206.

PGEU (2014), Annual Report, Pharmaceutical Group of the European Union.

Popper, K. R. (1959): *The Logic of Scientific Discovery*, Hutchinson & Co, London.

Scott Morton, F. y M. Kyle (2012), “Markets for Pharmaceutical Products”, *Handbook of Health Economics*, Volume 2, 2012 Elsevier B.V.

Schaumans, C. y Verboven F. (2008), “Entry and regulation: evidence from health care professions” *The RAND Journal of Economics*, Volume 39, Issue 4, pp. 949–972.

Scherer, F.M. (2000), “The Pharmaceutical Industry”, *Handbook of Health Economics*, Volume 1B, 2000 Elsevier B.V.

Vogler S. (2014), “Liberalization in the Pharmacy Sector”, Competition Issues in the Distribution of Pharmaceuticals, OECD contribution (2014).

Vogler S., Habimana K. y Arts D. (2014), “Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries”, *Health Policy* 117 (2014), pp. 311–327.

Wooldridge, J. M. (2002), *Econometric Analysis of Cross Section and Panel Data*, Massachusetts Institute of Technology.

