

# Estudio de las restricciones reguladoras en el área de la farmacia

Informe Principal

Final

Cliente: Comisión Europea, DG de Mercado Interno y Servicios

ECORYS Netherland BV

Dr. Bjørn Volkerink  
Patrick de Bas  
Nicolai van Gorp

Con la colaboración de:  
Dr. Niels Philipsen (Universidad METRO de Maastricht)

Róterdam, 22 de junio de 2007

ECORYS Nederland BV  
P.O. Box 4175  
3006 AD Rotterdam  
Watermanweg 44  
3067 GG Rotterdam  
The Netherlands

T+31 (0)10 453 88 00

F+31 (0)10 453 07 68

E [netherlands@ecorys.com](mailto:netherlands@ecorys.com)

W [www.ecorys.com](http://www.ecorys.com)

Registration no. 24316726

ECORYS Macro & Sector Policies

T+31 (0)10 453 87 53

F+31 (0)10 452 36 60

# Índice

<b>Prólogo .....</b>	<b>5</b>
<b>Resumen .....</b>	<b>6</b>
Objetivos del estudio .....	6
Contexto político .....	6
Fuentes de información y actividades realizadas .....	7
Perfil de estudio .....	7
Metodología .....	7
Sumario de las conclusiones principales .....	8
El mercado del medicamento .....	8
Regulación .....	10
Rendimiento .....	11
Análisis del impacto de la regulación en el rendimiento .....	14
Extrapolación de los resultados a la UE 25 .....	15
Conclusiones finales .....	16
<b>1. Introducción .....</b>	<b>17</b>
1.1 Objetivo del estudio .....	17
1.2 Contexto político .....	18
1.3 Actividades realizadas .....	18
1.4 Fuentes de información .....	19
1.5 Perfil del informe .....	19
<b>2. El sector de farmacia - marco conceptual .....</b>	<b>20</b>
2.1 Introducción .....	20
2.2 El mercado de los medicamentos .....	20
2.2.1 Tipología de los medicamentos .....	23
2.3 Características del sector de farmacia .....	23
2.3.1 Condiciones básicas .....	24
2.3.2 Estructura .....	26
2.3.3 Conducta .....	27
2.3.4 Rendimiento .....	28
2.4 Regulación del sector de farmacia .....	30
2.4.1 Regulación de la estructura .....	33
2.4.2 Regulación de la conducta .....	37
2.4.3 Regulación del rendimiento .....	41
2.5 Conclusión .....	42
<b>3. El sector de farmacia - información objetiva .....</b>	<b>45</b>
3.1 Regulación del sector de farmacia en los Estados Miembros - actividades realizadas .....	45
3.2 Regulación del sector de farmacia en los Estados Miembros - resultados .....	48
3.3 Cuantificación de la regulación del sector de farmacia en los Estados Miembros - metodología .....	58

3.4 Cuantificación de la regulación del sector de farmacia en los Estados	
Miembros - resultados .....	60
3.5 Rendimiento del sector de Miembros .....	70
3.5.1 Productividad .....	70
3.5.2 Eficiencia en la distribución .....	72
3.5.3 Calidad/Variedad de producto .....	73
<b>4. Análisis cuantitativo .....</b>	<b>75</b>
4.1 Introducción .....	75
4.2 Metodología - Análisis ANOVA .....	75
4.3 Resultados del análisis ANOVA .....	77
4.4 Impacto de un cambio en la regulación en la UE25 .....	78
<b>5. Resumen y conclusiones finales .....</b>	<b>82</b>

## Prólogo

Este informe es el resultado de un estudio que ha sido llevado a cabo por ECORYS Nederland BV en cooperación con Niels Philipsen (Universidad METRO de Maastrich) desde diciembre de 2005 a junio de 2007.

El equipo del proyecto desea agradecer a todos los farmacéuticos, políticos, autoridades nacionales de la competencia y otras organizaciones y expertos que han contribuido a este estudio cumplimentando nuestros cuestionarios, respondiendo a preguntas específicas y aportándonos documentos e información relevantes. También deseamos agradecer al Profesor Leo Sleuwaegen (Universidad de Leuven) por su apoyo durante el proyecto.

También estamos agradecidos por la cooperación constructiva con la Comisión Europea, principalmente la DG de Mercado Interno y Servicios y la DG de Competencia. En particular, deseamos agradecer al Sr. Jean Bergevin (Director de la Unidad), Sr. Salvatore D'Acunto (Vice-director de la Unidad) y su equipo, especialmente a Jan-Willem Verheijden, de la Unidad E2 de Servicios, de la DG de Mercado Interno y Servicios, por sus comentarios y apoyo.

Deseamos hacer hincapié en que los autores asumen la total responsabilidad por el contenido de este informe, y que las opiniones expresadas no necesariamente reflejan la opinión de la Comisión Europea.

# Resumen

## Objetivo del estudio

El informe es el resultado de un estudio que ha sido llevado a cabo para la Comisión Europea, DG de Mercado Interno, por ECORYS Nederland BV, en cooperación con el Dr. Niels Philipsen (METRO) desde noviembre de 2005 a junio de 2007.

El propósito de este estudio es evaluar cómo impactan en la calidad de los servicios de farmacia las diversas reglas que les son aplicables en los diferentes Estados Miembros, y cómo impactan las distintas leyes que regulan a las farmacias en el funcionamiento efectivo del Mercado Interno y, por tanto, en el rendimiento del sector europeo de farmacia en su conjunto.

El estudio se concentra en farmacéuticos comunitarios de la UE-25.

## Contexto político

La mayoría de los Estados Miembros restringen, entre otras cosas, el emplazamiento y el número de farmacias. Usualmente los Estados Miembros y las partes interesadas justifican estas restricciones con el fin de garantizar la independencia del prestador de servicios, la accesibilidad (en particular, en términos geográficos) del servicio, y la calidad y seguridad de la prestación de los servicios de farmacia. La OCDE, en su informe del año 2001 “Reforma de la regulación en Irlanda” respondía a esta lógica. Argumentaba que la creación de un monopolio protegido para subvencionar la actividad no rentable no era la solución correcta. De hecho, el mantenerse frente a los competidores es lo que usualmente estimula la inversión en la mejora de la calidad. Por tanto, según la OCDE, en lugar de eliminar la competencia, se podría encontrar soluciones alternativas en forma de subvenciones transparentes a las farmacias, proporcionadas sobre la base de objetivos de interés público, en el caso de que las actividades no pudiesen ser realizadas de forma comercialmente rentable.

Un estudio realizado por IHS, encargado por la DG de Competencia de la Comisión Europea, sobre el impacto económico de la regulación en el área de las profesiones liberales, encontró una tendencia general al analizar los niveles de rendimiento establecidos según el grado de regulación en cada Estado Miembro de diferentes profesiones (abogados, notarios, contables, auditores, asesores fiscales, arquitectos, ingenieros consultores y farmacéuticos comunitarios).<sup>1</sup> Encontraba que en países con un alto grado de regulación se daban unos volúmenes relativamente altos de ingresos (tarifas) y precios (comparado con el número de profesionales en ejercicio), y viceversa; hay una tendencia hacia la “reestructuración” del mercado en profesiones y países con niveles bajos de regulación, permitiendo la formación de grandes empresas; y hay una correlación negativa entre el grado de regulación y la productividad. Sin embargo, el estudio indica que sería necesario un análisis económico más detallado para medir el poder de estos efectos y su valor estadístico.

---

<sup>1</sup> IHS, *Impacto económico de la regulación en el área de las profesiones liberales en los diferentes Estados Miembros, Regulación de Servicios Profesionales*. Estudio para la Comisión Europea, DG de Competencia, enero 2003.

Este estudio representa una evaluación del impacto de las reglas aplicables a las farmacias en la calidad de los servicios de farmacia en los diferentes Estados Miembros, y sobre el desarrollo del sector de los servicios de farmacia dentro de la UE.

## Fuentes de información y actividades realizadas

El análisis que se presenta en este estudio está basado en las siguientes actividades, que han sido llevadas a cabo para recoger la información relevante sobre los sectores de farmacia de los Estados Miembros de la UE.

- Un estudio de la literatura sobre las relaciones entre regulación y rendimiento en las profesiones liberales, en particular, en el sector de farmacia;
- Recopilación, de fuentes públicas, de la información cuantitativa y cualitativa sobre la regulación y rendimiento del sector de farmacia;
- Se han enviado cuestionarios Web a las organizaciones representativas de la farmacia, políticos, autoridades nacionales de la competencia y organizaciones representativas de los consumidores de cada uno de los 25 Estados Miembros de la UE;
- Reuniones con la DG de Competencia, PGEU, farmacéuticos y cadenas de farmacia.

Se ha preparado una hoja informativa que presenta la información tanto sobre el rendimiento como sobre la regulación de las farmacias en cada uno de los Estados Miembros. Estas hojas informativas de los 25 países están incluidas como Apéndice a este informe.<sup>2</sup> Aunque hemos tratado de reunir una visión global completa y exacta de la regulación y rendimiento del sector en cada Estado Miembro, la cantidad de información que está disponible públicamente es limitada, y el grado de cooperación de las partes interesadas no siempre era óptimo.

## Perfil del estudio

El Capítulo 1 presenta el contexto político bajo el cual ha tenido lugar este estudio, las fuentes de información utilizadas y las actividades realizadas por el equipo de investigación. También presenta la metodología y el perfil del informe. El Capítulo 2 describe las características del sector de farmacia en general. Basándonos en las características identificativas del mercado, nos centramos posteriormente en las razones para regular el sector, desde un punto de vista de teoría económica. El Capítulo 3 proporciona una visión global de la situación actual del sector de farmacia en cada uno de los Estados Miembros. Esta visión contiene tanto información estadística sobre el sector, como sobre la regulación actual en los Estados Miembros. En este capítulo también cuantificamos la regulación y el rendimiento. En el Capítulo 4, analizamos la información cuantificada sobre la regulación y el rendimiento, y presentamos los resultados de nuestro análisis del impacto de la regulación en el rendimiento del sector de farmacia. Adicionalmente, extrapolamos los resultados para calcular el impacto de la desregulación en toda la UE-25. El Capítulo 5 es la conclusión final.

## Metodología

Como marco para describir la regulación en los Estados Miembros, utilizamos el paradigma Estructura-Conducta-Rendimiento. En este paradigma se hace una distinción entre las características relacionadas con la estructura del mercado, las relacionadas con la conducta de

---

<sup>2</sup> Ver Apéndice 6.

los participantes en el mercado, y el rendimiento del mercado en su conjunto. La estructura del mercado está compuesta por, entre otras cosas, la distribución del número y tamaño de las empresas con respecto a la dimensión del mercado, el grado de integración horizontal y vertical, y la presencia o ausencia de barreras a la entrada a las que se enfrentan las nuevas empresas. La conducta hace referencia al comportamiento de las compañías, por ejemplo, política de servicio, actividades de investigación y desarrollo y acciones estratégicas. El rendimiento es medido comúnmente en términos de eficiencia productiva y de distribución.<sup>3</sup> Además, la innovación y la calidad pueden ser consideradas como indicadores de rendimiento. Una descripción completa del modelo SCP se presenta en el Apéndice 1 de este informe.

Según la literatura económica, la estructura del mercado y la conducta de quienes participan en él influyen en su rendimiento. Hemos dirigido un estudio de la literatura para identificar las relaciones (teóricas y empíricas) entre la estructura y conducta por un lado, y el rendimiento por otro. En el estudio de la literatura, principalmente nos centramos en la relativa a las profesiones liberales, especialmente en la literatura sobre el sector de farmacia. Como resultado, identificamos la(s) regulación(es) que habían afectado o podrían afectar al rendimiento. Además, redactamos diversas hipótesis sobre la relación entre la regulación y el rendimiento. Estas hipótesis son presentadas de forma esquemática en el Capítulo 2 (Figura 2.7).

## Sumario de las principales conclusiones

### El mercado del medicamento

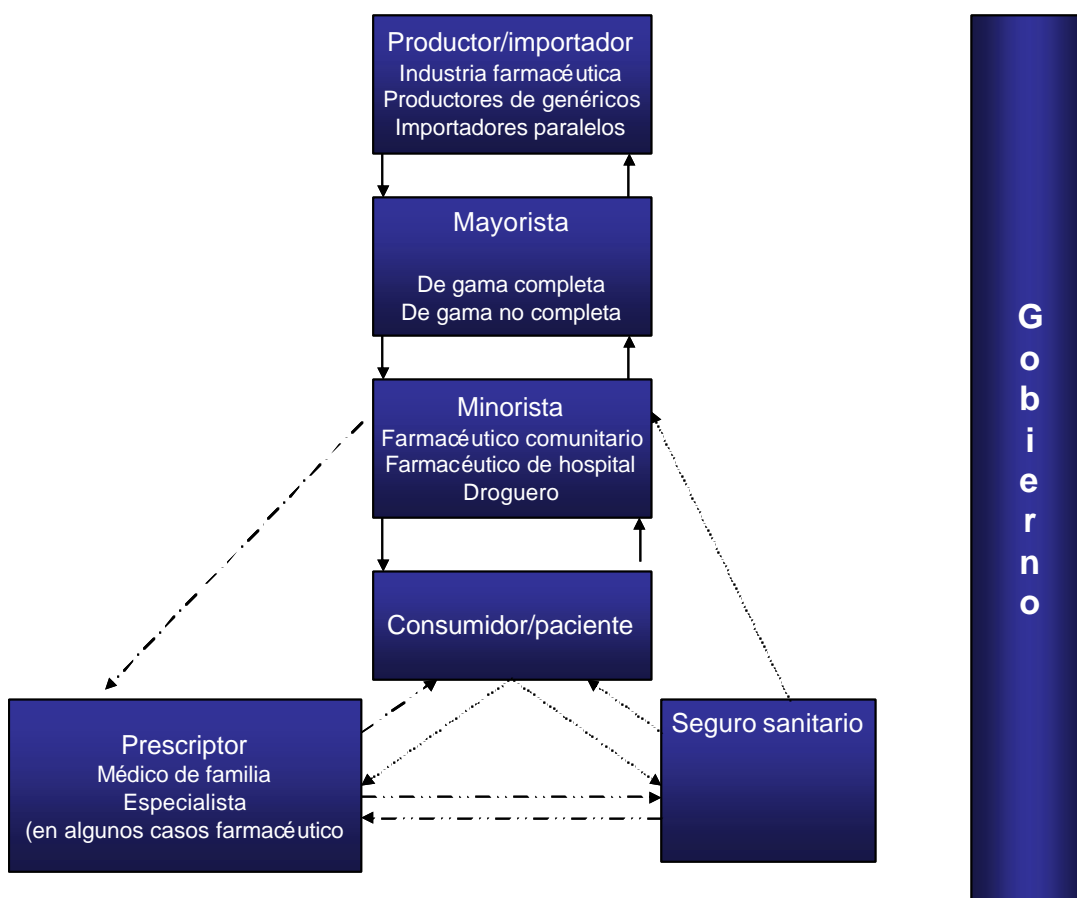
Los farmacéuticos actúan en el mercado de los medicamentos. En la siguiente figura se indica la estructura de dicho mercado.

---

<sup>3</sup> La eficiencia de distribución es un concepto económico que se refiere a la maximización de la suma de los beneficios de los consumidores y productores. En términos no-económicos, esto podría traducirse como la ausencia de beneficios por encima de lo normal.



**Figura 0.1 El mercado del medicamento**



Fuente: Philipsen (2003)

En cuanto a la *producción*, el mercado del medicamento se caracteriza por una inversión elevada en I+D. Esta I+D a menudo está protegida por patentes para los medicamentos desarrollados.

Los *mayoristas* ocupan una posición fuerte en la cadena de suministro, porque los minoristas (como las farmacias comunitarias) no pueden tener todo en su stock. Esto puede ser debido o a un espacio limitado, o a requisitos especiales de almacenaje que pueden llegar a ser muy costosos. Los mayoristas han estado implicados de forma activa en la integración vertical, tanto hacia detrás (con los productores de medicamentos), como hacia delante (con los farmacéuticos comunitarios).

En el *ámbito minorista*, encontramos a los farmacéuticos comunitarios y a los farmacéuticos de hospital. En la mayoría de los países, estos últimos no están autorizados a dispensar medicamentos extramuros (o sea, fuera del hospital). En algunos Estados Miembros, los médicos de familia de áreas remotas también están autorizados a dispensar medicamentos. Finalmente, en algunos Estados Miembros los drogueros están autorizados a vender OTC (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias).

Los *consumidores* de medicamentos dependen mayoritariamente del *prescriptor* para determinar la necesidad de las medicinas y posibilitar el acceso a ellas. Además, las

consecuencias financieras para los consumidores están usualmente limitadas debido a la existencia de un *seguro sanitario* (obligatorio).

## Regulación

El mercado minorista del medicamento tiene numerosas características especiales, que lo diferencian del prototipo de mercado en el paradigma económico. Estas características están descritas en el Capítulo 2. Como resultado de ellas, todos los Estados Miembros han considerado necesario regular el mercado. Sin embargo hay una diferencia importante entre el nivel y tipo de regulación entre los Estados Miembros.

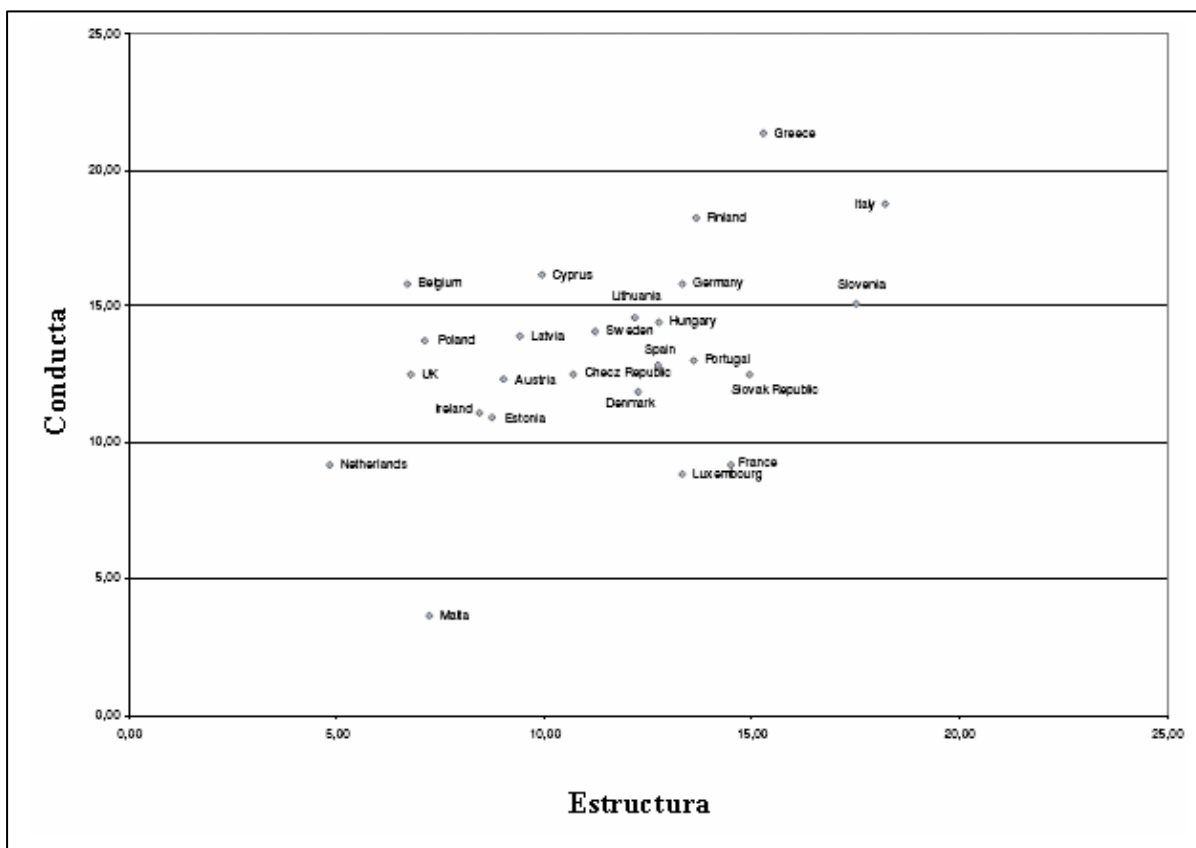
En nuestro informe, hemos clasificado la regulación en 7 subcategorías:

- Regulación académica (por ejemplo, educación obligatoria, limitación del número de estudiantes, duración de las prácticas obligatorias);
- Regulación relativa al registro obligatorio, licencia o pertenencia a un organismo profesional (por ejemplo, requisitos adicionales de prácticas, exámenes y costes anuales);
- Regulación del monopolio profesional de los farmacéuticos (¿Qué no-farmacéuticos están autorizados a dispensar medicinas con receta o Especialidades Farmacéuticas Publicitarias?);
- Requisitos relativos a la propiedad y requisitos operativos (como la posibilidad de asociarse, la posibilidad de poseer múltiples farmacias, y las restricciones en cuanto al emplazamiento en el que se pueda abrir una nueva farmacia);
- Restricciones a la integración horizontal y vertical (con mayoristas, productores, drogueros, etc.);
- Reglas para la práctica (por ejemplo, reglas relativas a las medidas del local, publicidad interior y exterior, la presencia obligatoria de un farmacéutico); y,
- Regulación de precios (tanto de las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias como de las medicinas con receta, y regulación de los márgenes de beneficio).

En las hojas informativas sobre los países que se adjuntan como Apéndice de este informe, se proporciona una visión global completa de la regulación de cada Estado Miembro.

Hemos cuantificado el grado de regulación de cada Estado Miembro. El Capítulo 3 aporta la metodología de la cuantificación. Además de las 7 subcategorías de la regulación enumeradas anteriormente, también hemos analizado dos amplias categorías: “Estructura” y “Conducta”. La “Estructura” está compuesta por las cinco primeras subcategorías anteriormente mencionadas, mientras que “Conducta” está compuesta por las dos últimas. También hemos utilizado una categoría “regulación total” que es la suma de los índices de regulación de la estructura y regulación de conducta. En la siguiente figura proporcionamos una visión global de los índices de regulación de estructura y regulación de conducta de cada uno de los Estados Miembros.

**Figura 0.2 Índice de estructura y conducta (escala: 0-25)**



**Nota:** Un índice mayor significa un mayor grado de regulación. Las cifras están basadas en promedios. Como no se pudo obtener toda la información sobre la regulación, y los índices no están ponderados, los de la figura podrían diferir del grado real de regulación.

## Rendimiento

En la literatura económica han sido desarrollados varios indicadores de rendimiento. Estos son “Producción y eficiencia de distribución”, Progreso e innovación”, “Equidad”, “Variedad de productos (elección) y “Disponibilidad”. Algunos de estos indicadores, como la equidad, tienen una dimensión bastante política; otros, como el progreso, son difíciles de cuantificar. En nuestro estudio, nos hemos centrado en los siguientes indicadores de rendimiento:

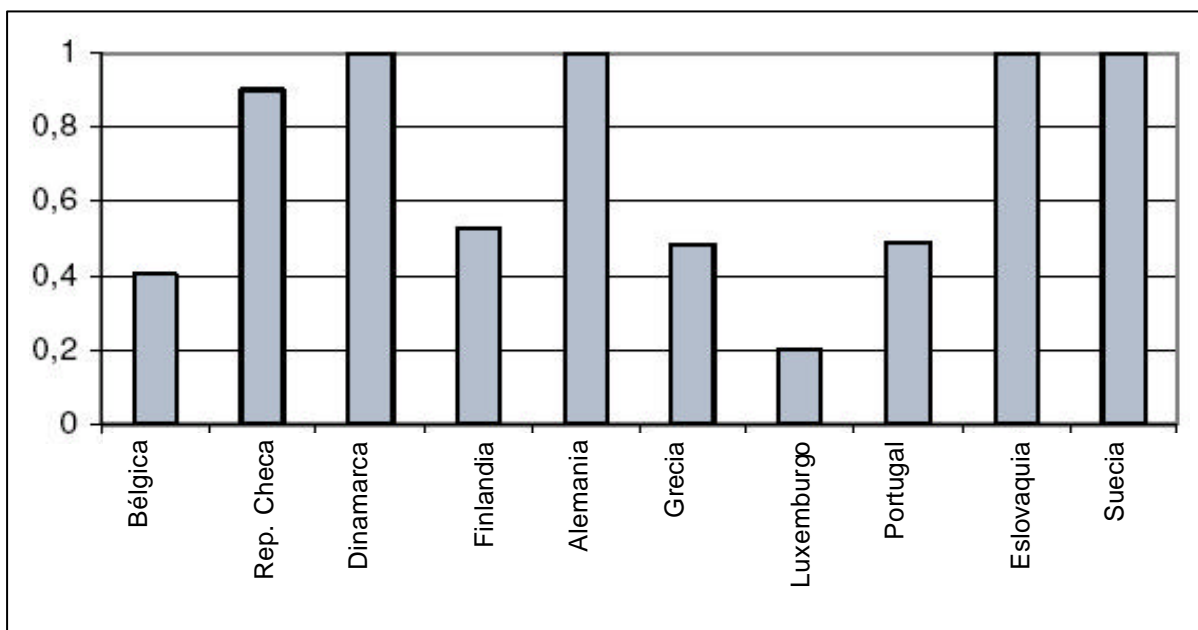
- Productividad;
- Eficiencia de distribución;
- Calidad/Variedad de productos.

### Productividad

Para calcular la productividad hemos medido como ha sido de eficiente la dispensación de medicinas comparándolo con el número de establecimientos [como una Proxy (Variable cuantificada que se usa en regresión lineal para aproximar una variable de la cual no existen mediciones, pero que su comportamiento es muy cercano) del capital utilizado], y el número de empleados (como Proxy de la cantidad de trabajo utilizado). La productividad se calcula mediante el análisis envolvente de los datos (DEA).

Como no estaban disponibles los datos necesarios de todos los Estados Miembros, pudimos estimar la productividad de 10 de ellos, basándonos en los datos del año 2004. El resultado del análisis se muestra en la figura siguiente.

**Figura 0.3 Productividad del sector minorista de farmacia en los Estados Miembros (año 2004, escala 0-1)**



Fuente: OCDE, Eurostat; cálculos: ECORYS

### ***Eficiencia de distribución***

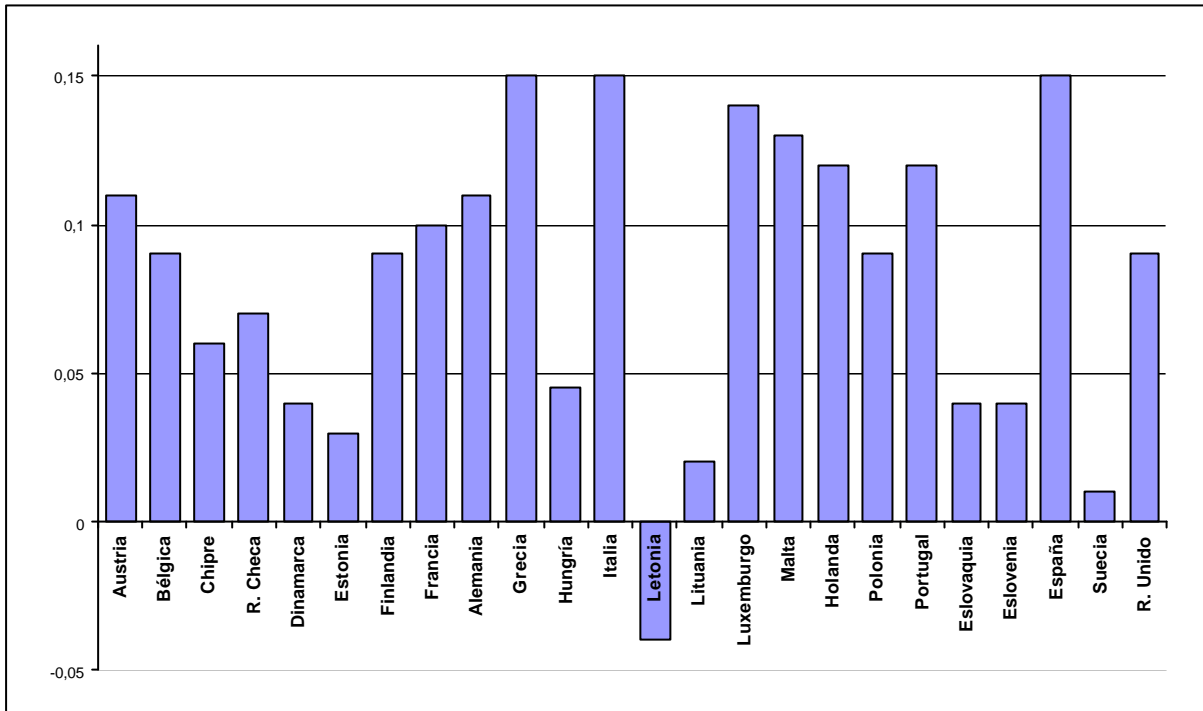
La eficiencia de distribución se consigue cuando la producción de bienes de servicios está optimizada hasta el punto en el que se maximiza el bienestar combinado de consumidores y productores. Como regla general, esto se consigue cuando los beneficios (económicos) por encima de lo normal son igual a cero.

La mejor Proxy disponible para la eficiencia de la distribución es el margen de beneficio de los farmacéuticos.<sup>4</sup> Utilizando los datos de Eurostat para el año 2004, hemos dividido el resultado operativo de los farmacéuticos por su facturación, para llegar al margen de beneficio. Este margen es inverso al grado de eficiencia de distribución: Cuanto mayor sea el margen, menor es el grado de eficiencia de distribución.

En la siguiente figura se muestra el margen de beneficio del sector de farmacia en los diversos Estados Miembros.

<sup>4</sup> Unos márgenes más altos dan lugar a precios más elevados, lo que en cambio, conduce a un menor consumo. Un menor consumo produce una reducción del bienestar de los consumidores y productores, ya que menos consumidores pueden obtener los beneficios del uso del producto. Como la eficiencia de distribución equivale al bienestar combinado de los consumidores y productores, esto está directamente (de forma negativa) relacionado con los márgenes de beneficio.

**Figura 0.4 Margen de beneficio del sector minorista de farmacia en los Estados Miembros (año 2004)**

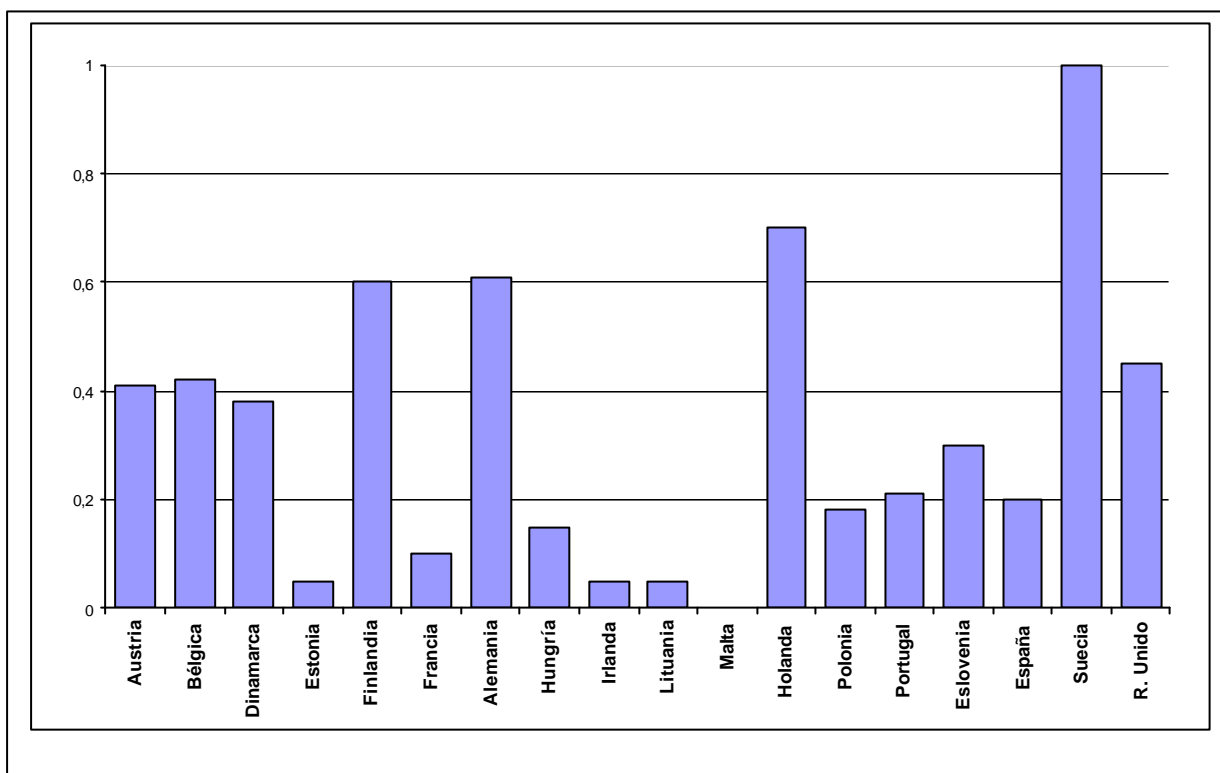


Fuente: Eurostat, cálculos ECORYS.

***Calidad/Variedad de productos***

El tercer indicador de rendimiento que hemos creado es la calidad de los servicios prestados/variedad de los productos. Debido a las limitaciones de disponibilidad de datos, nos centramos en la variedad de servicios prestados. Los más comunes, además de la dispensación de medicinas, son el encargo de medicinas *on-line*, el envío a domicilio, consulta con un farmacéutico, y el suministro de envases de medicinas especializadas. En la figura siguiente se muestra el número de farmacéuticos que ofrecen esos servicios particulares.

**Figura 0.5 Resultados de los análisis de calidad/variedad de los servicios (año 2007; escala 0-1)**



### **Análisis del impacto de la regulación en el rendimiento**

Para determinar el impacto de la regulación en el rendimiento, hemos analizado si se puede encontrar una relación entre el grado de regulación y el rendimiento del sector de farmacia.

Para cada una de las categorías de regulación (regulación total, estructura, conducta, y las 7 subcategorías) hemos clasificado a los países en dos grupos: Estados Miembros con un grado (relativamente) alto y aquellos que tienen un grado (relativamente) bajo de dichos tipos de regulaciones. Posteriormente, investigamos si existía alguna diferencia significativa en cualquiera de los 3 indicadores de rendimiento entre ambos grupos. Este tipo de análisis es denominado análisis de varianza (ANOVA).

Los resultados de nuestro análisis ANOVA se muestran en la tabla de abajo. Cuando el valor de F es superior a uno, las diferencias entre ambos grupos pueden ser consideradas como significativas, lo que significa que se ha identificado una clara relación entre regulación y rendimiento. Estos valores son presentados en letra negrita. El signo que aparece entre paréntesis indica si la regulación y el rendimiento están relacionados de forma positiva (+), o negativa (-). Los resultados completos del análisis se pueden encontrar en el Apéndice 8, Resultados del análisis ANOVA.

**Tabla 0.1 Resultados del análisis ANOVA (valores F y signo)**

	Productividad	Eficiencia de distribución	Calidad / Variedad de Producto
Regulación total	0.0000 (+)	0.0353 (-)	0.8110(+)
Regulación de estructura	<b>3.4001 (-)</b>	<b>3.5123 (-)</b>	0.3195 (-)
Regulación de conducta	0.0265 (-)	<b>1.6952 (+)</b>	<b>1.0449 (+)</b>
Subtotal de educación	0.0006 (-)	0.3530 (+)	<b>1.0335 (+)</b>
Subtotal de Registro	0.1601 (+)	0.7640 (-)	<b>1.4884 (-)</b>
Subtotal de ámbito del Monopolio	0.1204 (+)	0.0033 (+)	0.2312 (+)
Monopolio			
Subtotal de operatividad	<b>3.4001 (-)</b>	<b>3.1509 (-)</b>	0.4444 (+)
Subtotal de integración	0.1136 (-)	0.4053 (-)	0.1426 (+)
Subtotal de Práctica	0.0559 (-)	0.1868 (-)	0.1930 (-)
Subtotal de Precios	0.4880 (+)	0.5481 (-)	<b>1.1868 (+)</b>

Los resultados indican que la productividad está influenciada negativamente por la(s) regulación(es) que establecen restricciones operativas, como son, entre otras, las limitaciones a la propiedad de las farmacias por parte de no-farmacéuticos, requisitos relativos al emplazamiento de las farmacias, y barreras para el acceso a los farmacéuticos de otros Estados Miembros de la UE. La regulación que establece restricciones operativas es también una fuente principal de unos mayores márgenes de los beneficios realizados por el sector de farmacia, lo que significa una eficiencia de distribución menor en comparación con otros países. Estos resultados están en línea con la literatura.

Finalmente, la variedad de servicio, como Proxy para la calidad, está correlacionada de forma positiva con los requisitos académicos y la regulación de precios y márgenes de beneficio. Los requisitos de registro, licencia, y pertenencia obligatoria a una organización profesional están, sin embargo, correlacionadas de forma negativa con la variedad de servicios. Todos estos resultados también están apoyados por la literatura.

### **Extrapolación de los resultados a la UE25**

Sobre la base de los resultados del análisis, podemos estimar el efecto de los cambios de regulación sobre el rendimiento del sector de farmacia en la UE25. Para hacerlo, hemos calculado la diferencia en la regulación media, y la diferencia del rendimiento medio en los Estados Miembros con un alto grado de regulación, y los Estados Miembros con un grado bajo de regulación, para cada una de las subcategorías. Después calculamos el cambio en el rendimiento, asumiendo que el nivel medio de regulación en la UE25 se reduciría al nivel de regulación del Estado Miembro con un nivel más bajo de regulación en dicha subcategoría.

Reduciendo las restricciones operativas del promedio europeo al nivel más bajo encontrado actualmente en la UE25, conduciría a un incremento de la productividad de un 40,1% (puntos porcentuales), lanzando la eficiencia media de un mediocre 54% a un casi totalmente eficiente 94%, y un incremento de la eficiencia de distribución de un 3,2% (puntos porcentuales) reduciendo el nivel medio de beneficio de un 8,1% a un 4,9%.

Aunque las relaciones encontradas entre la regulación y la calidad/variedad de productos eran más débiles que las relaciones encontradas entre la regulación y la productividad, y entre la

regulación y la eficiencia de distribución, también hemos extrapolado los resultados de la desregulación con respecto a la calidad/variedad de productos. Una reducción de la regulación de los requisitos académicos del promedio europeo al grado más bajo de regulación encontrado actualmente dentro de los 25 países de la UE conduciría a una reducción de la gama de servicios de cerca de un 33%; mientras que una reducción similar de los requisitos de registro, licencia y pertenencia a organizaciones profesionales incrementaría la gama de servicios a un 35% aproximadamente. Finalmente, reduciendo la regulación de precios y márgenes de beneficios del promedio europeo hasta el nivel más bajo de la UE, daría lugar a un descenso del 80% de los servicios prestados.

Como estas estimaciones están únicamente basadas en la extrapolación lineal de los resultados obtenidos a partir del análisis ANOVA, se debe tener precaución a la hora de interpretarlas.

### **Conclusiones finales**

El estudio muestra que la relación entre la regulación de las operaciones, consistente en las restricciones a la propiedad para los no-farmacéuticos y los requisitos relativos al establecimiento de nuevas farmacias, entre otras, y la eficiencia productiva y de distribución del sector de farmacia, es particularmente fuerte. Esto apoya a conclusiones previas de la literatura (económica).

Una reducción de las restricciones operativas conduce a un incremento sustancial del bienestar social (como resultado de una reducción de la pérdida del llamado peso muerto) y mejoras significativas de la productividad en la UE. Esto sugiere una necesidad social de más políticas destinadas a eliminar obstáculos a la libertad de establecimiento en el área de los servicios de farmacia. Aunque esta política eleva el bienestar social total, para algunos individuos, más específicamente, para los farmacéuticos, esta política puede conducir a un descenso del bienestar social.

Como los beneficios para la sociedad de la desregulación de los requisitos operativos son mayores que las desventajas para los farmacéuticos individuales, desde una perspectiva social es deseable reformar ciertos elementos restrictivos de la legislación nacional. Sin embargo, una mejora del bienestar de Pareto requeriría que dicha política fuese acompañada por medidas para remediar (parte de) los perjuicios financieros para los farmacéuticos, por ejemplo, mediante esquemas compensatorios. Además, podrían ser necesarias otras medidas para salvaguardar el acceso a las medicinas en áreas remotas, si el mercado no proporciona servicios en dichas regiones.



# 1. Introducción

## 1.1 Objetivo del estudio

Este informe es el resultado de un estudio que ha sido llevado a cabo por la Comisión Europea, la DG de Mercado Interno y Servicios, por ECORYS Nederland BV, en cooperación con el Dr. Niels Philip (METRO) entre diciembre de 2005 y junio de 2007. Los términos de referencia de este estudio estipulan:

*El objetivo de este estudio es evaluar cómo impactan las reglas aplicables a las farmacias en la calidad de los servicios de farmacia en los diferentes Estados Miembros, y cómo impactan las diferentes leyes que regulan las farmacias en el funcionamiento efectivo del Mercado Interno, y por tanto, en el rendimiento del sector de los servicios de farmacia en su conjunto.*

Los objetivos específicos son:

- Proporcionar una información detallada actualizada sobre las reglas y leyes pertenecientes a las farmacias (excepto las reglas sobre publicidad) en los diferentes Estados Miembros, en particular, las reglas relativas al ámbito del monopolio de las farmacias, las aplicables a la apertura de farmacias y al ejercicio de servicios farmacéuticos, las reglas concernientes a la propiedad de la farmacia, y las relacionadas con la fijación de precios;
- Describir la estructura del sector de los servicios de farmacia en 6 Estados Miembros de la UE con diferentes marcos legales en cuanto a los servicios de farmacia;
- Describir la forma en la que las regulaciones aplicables a las farmacias podrían haber ayudado o restringido el desarrollo de servicios de farmacia altamente cualitativos (por ejemplo, en términos de habilidades y cualificaciones de los farmacéuticos, horarios de apertura, cobertura geográfica, prestación de servicios a los ancianos, venta a distancia, etc.), y competitiva (por ejemplo, en términos de márgenes de precios), en los 6 Estados Miembros seleccionados.
- Describir la efectividad de los distintos marcos legales a la hora de conseguir auténticos objetivos de interés general;
- Describir el impacto de las reglas divergentes relativas a la farmacia dentro de la UE sobre la integración del sector de farmacia.

La metodología que hemos aplicado en este estudio nos permitió incluir a más de 6 Estados Miembros en nuestro análisis. Por tanto, lo hemos ampliado al mayor número posible de Estados Miembros en lugar de ceñirnos a 6 como inicialmente se establecía en los objetivos específicos.<sup>5</sup> El cambio en la metodología era parcialmente debido a graves problemas para conseguir que el sector cooperase.

Como al principio del estudio, cuando tuvo lugar la recogida de la mayoría de los datos sobre restricciones reguladoras, la Unión Europea estaba compuesta por 25 Estados Miembros, que son los actuales menos Rumania y Bulgaria, el estudio está limitado a esos 25 países.

---

<sup>5</sup> Ver Capítulo 4 de nuestro análisis. El número de Estados Miembros implicados en el análisis oscila entre 10 (para el análisis de productividad) hasta 24 (para el análisis de eficiencia de distribución).

## 1.2 Contexto político

La mayoría de los Estados Miembros, restringen de distintas formas, entre otras cosas, el emplazamiento y el número de farmacias. Usualmente los Estados Miembros y las partes interesadas justifican dichas restricciones con el fin de garantizar la independencia del prestador de servicios, la accesibilidad (en particular, en términos geográficos) del servicio, y la calidad y seguridad de la prestación de los servicios de farmacia. La OCDE en su informe “Reforma de la Regulación en Irlanda” contestaba a esta lógica en el año 2001.<sup>6</sup> Argumentaba que la creación de un monopolio para subvencionar una actividad no rentable no era la solución correcta. De hecho, mantenerse frente a los competidores es lo que usualmente estimula la inversión en mejora de la calidad. Por tanto, en opinión de la OCDE, en lugar de eliminar la competencia, se podrían encontrar soluciones alternativas en forma de subvenciones transparentes a las farmacias, sobre la base de objetivos de interés público.

Un estudio realizado por IHS, encargado por la DG de Competencia de la Comisión Europea, sobre el impacto económico de la regulación en el área de las profesiones liberales, encontró una tendencia general al analizar los niveles de rendimiento establecidos según el grado de regulación en cada Estado Miembro de diferentes profesiones (abogados, notarios, contables, auditores, asesores fiscales, arquitectos, ingenieros consultores y farmacéuticos comunitarios).<sup>7</sup> Encontraba que en países con un alto grado de regulación se daban unos volúmenes relativamente altos de ingresos (tarifas) y precios (comparado con el número de profesionales en ejercicio), y viceversa; hay una tendencia hacia la “reestructuración” del mercado en profesiones y países con niveles bajos de regulación, permitiendo la formación de grandes empresas; y hay una correlación negativa entre el grado de regulación y la productividad. Sin embargo, el estudio indica que sería necesario un análisis económico más detallado para medir el poder de estos efectos y su valor estadístico.

Este estudio representa una evaluación del impacto de las reglas aplicables a las farmacias con respecto a la calidad de los servicios de farmacia en los diferentes Estados Miembros, y sobre el desarrollo del sector de los servicios farmacéuticos dentro de la UE.

## 1.3 Actividades realizadas

Durante el proyecto, hemos realizado las siguientes actividades:

- Hemos llevado a cabo un estudio de la literatura sobre las relaciones entre la regulación y el rendimiento en las profesiones liberales, en particular, en el sector de farmacia;<sup>8</sup>
- Recogimos, de fuentes públicas, información cuantitativa y cualitativa sobre la regulación y el rendimiento del sector de farmacia;
- Redactamos y difundimos un cuestionario Web a las organizaciones representativas de la farmacia, políticos, autoridades nacionales de la competencia y organizaciones representativas de consumidores en cada uno de los 25 Estados Miembros;<sup>9</sup>

---

<sup>6</sup> OCDE, Asuntos de Competencia y Regulación en la Industria Farmacéutica, febrero 2001

<sup>7</sup> IHS, *Impacto económico de la regulación en el área de las profesiones liberales en los diferentes Estados Miembros, Regulación de Servicios Profesionales*. Estudio para la Comisión Europea, DG de Competencia, enero 2003.

<sup>8</sup> Para un listado de la literatura estudiada, ver Apéndice 3 (“Lista de referencias”)

<sup>9</sup> Para los cuestionarios, ver Apéndice 4 (“Cuestionarios”).

- Hemos tenido reuniones con la DG de Competencia, PGEU y con farmacéuticos;
- Hemos analizado la información recogida;
- En el periodo de reporte, se organizaron dos reuniones entre la DG de Mercado y ECORYS;
- Hemos remitido informes de progreso, un informe interno, un borrador final del informe, y un informe final.

## 1.4 Fuentes de información

Con el fin de llevar a cabo este estudio, hemos reunido datos e información de numerosas fuentes.

Nuestras fuentes de información han sido:

- Legislación primaria y secundaria de los distintos Estados Miembros;
- Páginas Web de farmacéuticos y partícipes del sector de farmacia en los Estados Miembros;
- Respuestas a los cuestionarios enviados a políticos y representantes de la farmacia;<sup>10</sup>
- Reacciones de los políticos y representantes de farmacia a las hojas de cada país que hemos enviado como parte del control de calidad;<sup>11</sup>
- Estudios y artículos.<sup>12</sup>

## 1.5 Perfil del informe

La estructura del resto del informe es la siguiente:

En el *Capítulo 2* investigamos las características del sector de farmacia en general. Esta investigación está realizada principalmente sobre una base teórica. Basándonos en las características del mercado identificadas, nos centramos después en las potenciales razones para regular el sector. Estas razones enumeradas en este capítulo también están basadas en la literatura (económica).

El *Capítulo 3* proporciona una visión global del sector de farmacia en cada uno de los Estados Miembros. Esta visión global contiene tanto información estadística del sector como de la legislación actual en los Estados Miembros.

En el *Capítulo 4* analizamos la información factual sobre regulación y rendimiento, y proporcionamos los resultados de nuestro análisis del impacto de la regulación en el rendimiento del sector de farmacia.

El *Capítulo 5* resume los hallazgos y hace algunas conclusiones finales.

---

<sup>10</sup> Ver Capítulo 1 para más información;

<sup>11</sup> Ver capítulo 1 para los controles de calidad realizados

<sup>12</sup> Ver Apéndice 3 (“Lista de referencias”) para la lista de referencias.

## 2. El sector de farmacia – marco conceptual

### 2.1 Introducción

En este capítulo, investigamos las características del sector de farmacia en general.<sup>13</sup> Como marco analítico para la investigación, utilizamos el paradigma “Estructura-Conducta-Rendimiento”. Este paradigma describe un sector centrándose en las condiciones básicas del mercado, estructura del mercado, conducta de los participantes en el mercado y el rendimiento de éste. Los lectores que no estén familiarizados con el paradigma “Estructura-Conducta-Rendimiento” pueden encontrar una explicación detallada del mismo en el Apéndice 1 (“El Paradigma SCP). El Apéndice 2 (“Regulación de las profesiones: Revisión de la literatura”) da unas ideas generales sobre las razones y las consecuencias de la regulación de las profesiones.<sup>14</sup>

Para abarcar completamente al sector de farmacia, primero nos centramos en el mercado del medicamento en su conjunto, seguido por una descripción de la tipología de los diferentes tipos de medicamentos (Sección 2.2). Después analizamos el mercado de los servicios de la farmacia comunitaria más en profundidad, en términos de *condiciones básicas, estructura, conducta*, y finalmente, *rendimiento* (Sección 2.3).

Después de identificar las características del sector de farmacia, en la Sección 2.4 nos centramos en las posibles razones para regular el sector de farmacia. Para ello, utilizamos la literatura económica disponible sobre la regulación de las profesiones liberales, en particular, la literatura sobre la regulación del sector de farmacia. Se puede encontrar una lista completa de referencias en el Apéndice 3 (“Lista de referencias”).

### 2.2 El mercado del medicamento

Los farmacéuticos son parte activa del mercado de los medicamentos. Este mercado tiene varias características especiales, que lo diferencian del prototipo de mercado en el paradigma económico. Por ejemplo, los consumidores no son completamente responsables de las elecciones realizadas, porque son “asesorados” por los prescriptores de las medicinas (quienes difieren de los vendedores), y porque los consumidores a menudo no pagan completamente las medicinas (haciéndolo en su lugar el seguro sanitario). Además, el gobierno interviene con fuerza en el mercado a todos los niveles de la cadena de suministro. La razón es que todos los niveles parecen estar obstaculizados por “fallos del mercado” que pueden afectar negativamente a la accesibilidad, precio y calidad de las medicinas.

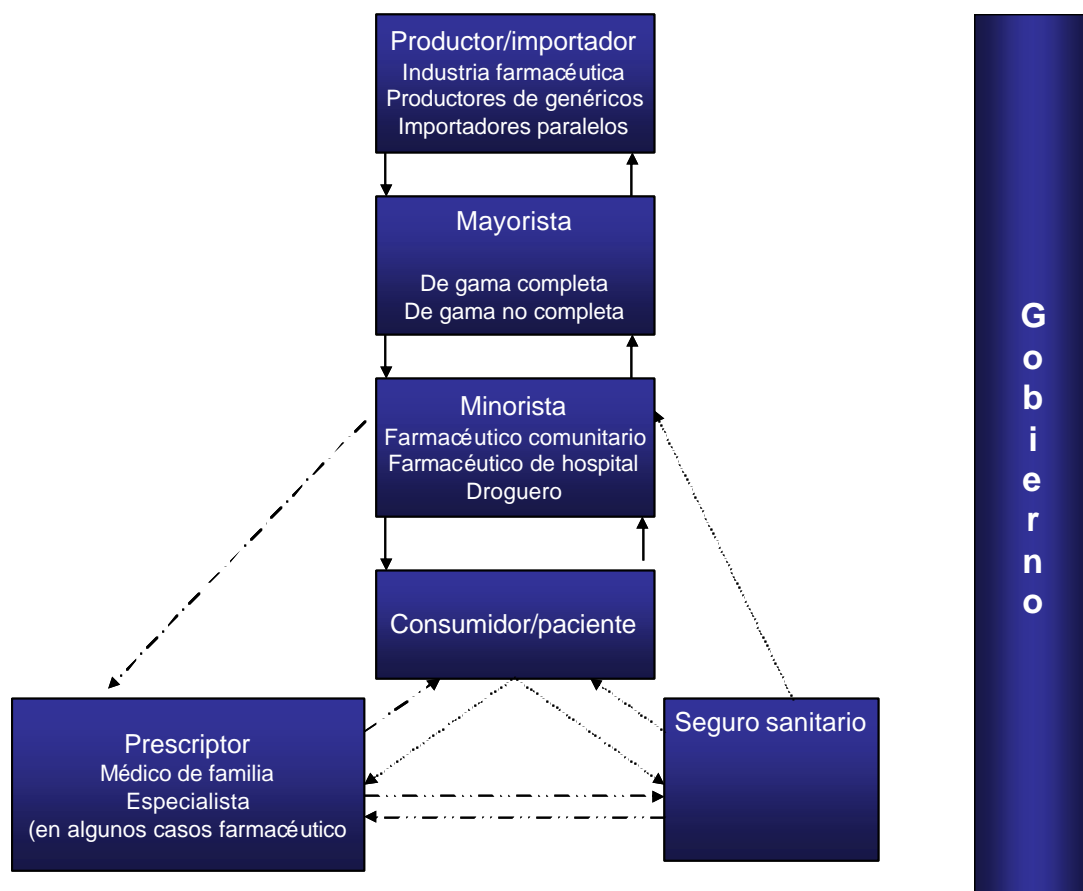
La Figura 2.1 muestra una representación esquemática de la cadena de suministro del mercado del medicamento. Por medio de flechas demuestra como interactúan las distintas partes con las otras.

---

<sup>13</sup> Las características actuales del sector europeo de farmacia se presentan en el Capítulo 3.

<sup>14</sup> Discute más detalladamente la perspectiva de los intereses públicos y privados para regular y explica la regulación por ley, la auto-regulación, la regulación de la calidad, y la regulación de precios.

**Figura 2.1 El mercado del medicamento**



Fuente: Philipsen (2003), p. 48.

En este diagrama, las flechas normales representan un flujo de medicinas, las flechas de puntos representan el flujo de dinero, y las flechas discontinuas simbolizan otras relaciones entre los participantes en el mercado. El gobierno está interactuando con todos los participantes. A continuación debatimos brevemente el nivel de producción, el mayorista y el minorista.

### **Producción**

En el nivel de la producción, el mercado del medicamento se caracteriza por elevadas inversiones en I+D. Estas inversiones, si dan como resultado el desarrollo de nuevas y socialmente valiosas medicinas, están protegidas por los derechos de propiedad intelectual. Naturalmente, con el fin de conseguir un nivel “eficiente” de innovación en el mercado del medicamento, los productores deben poder apropiarse de una parte del valor social de sus invenciones. Sin dichos derechos de propiedad intelectual (llamados patentes), los competidores podrían apropiarse libremente de sus invenciones, y ningún productor de medicamentos desearía asumir el riesgo de invertir en I+D y desarrollar nuevas medicinas.<sup>15</sup> Sin embargo, los pacientes imponen barreras a la entrada mediante la creación de un

<sup>15</sup> Hay que tener en cuenta que las ideas/inventos son bienes públicos (Apéndice 2: “Regulación de las profesiones: Revisión de la literatura”). Sin algún tipo de intervención en el mercado, habría un fallo de éste. En este caso particular, la introducción de derechos de propiedad intelectual es la solución comúnmente encontrada en la práctica. En teoría, que el gobierno subvencionase a los productores de medicamentos o a la producción podría ser otra solución, aunque menos realista.

monopolio temporal para el productor de la medicina. El poder de mercado de los productores en un monopolio puede conducir a niveles de precios ineficientes. En muchos países, el precio recibido por los productores por sus medicamentos está, por tanto, sujeto a regulación de precios (en forma de precios máximos).

### **Mayoristas**

Los mayoristas tienen una posición fuerte en la cadena de suministro, porque los minoristas (tales como los farmacéuticos comunitarios) no pueden tener todo en stock. Esto puede ser debido a una limitación de espacio o porque el almacenaje exige unos requisitos especiales que pueden ser demasiado costosos. Además, la distribución directa de los productores a los establecimientos de farmacia (en algunas ocasiones varias veces al día) podría ser incluso más cara.<sup>16</sup> El mercado mayorista se caracteriza por unos altos niveles de concentración de mercado;<sup>17</sup> particularmente en lo que respecta a los llamados mayoristas de “gama completa”.<sup>18</sup>

Los mayoristas han estado implicados de forma activa en la integración vertical, tanto hacia delante como hacia atrás. La integración hacia detrás hace referencia a la integración con los productores de medicamentos;<sup>19</sup> mientras que la integración hacia delante se refiere a la integración con farmacias comunitarias. Las razones para la integración hacia detrás por los mayoristas están generalmente relacionadas con la reducción de costes y asegurar el suministro.<sup>20</sup> La integración hacia delante está usualmente relacionada con el propósito de establecer una franquicia (por ejemplo, una cadena de farmacias trabajando bajo las mismas fórmulas) con el fin de que el mayorista suministre directamente a los clientes. Los mayoristas son candidatos “adecuados” para asumir esta función, ya que tienen los medios financieros para hacerlo, podrían explotar ciertas sinergias que incrementen la eficiencia técnica (por ejemplo, costes más bajos), y además, podrían ser capaces de reducir los costes de transacción, entrando ellos mismos en el mercado minorista. Adicionalmente, estableciendo una franquicia, se podría explotar la economía de escala (por ejemplo, en publicidad y otros servicios), y las organizaciones podrían ser más flexibles si los farmacéuticos están en nómina. Esto podría incrementar la eficiencia técnica aún más, conduciendo a unos costes más bajos.

El efecto del proceso descrito anteriormente es que el mercado de los productos farmacéuticos es probable que muestre un nivel creciente de concentración. Este incremento de concentración puede reducir la competencia, dando lugar, por ejemplo, a un descenso de la calidad de la competencia. Por otra parte, el control de calidad interno podría incrementar a causa de los estándares de calidad definidos por una cadena de farmacia. Además, si la producción y la distribución están plenamente integradas, puede surgir un conflicto de

---

<sup>16</sup> Philipsen (2003), p. 53

<sup>17</sup> Philipsen (2003, pp 53-54), por ejemplo, encuentra un C4 de un 80% en el Mercado mayorista holandés, y un C4 de un 72% en el mercado mayorista belga. El informe ÖBIG (2006, p. 8) reporta un C3 del 90% en Irlanda. Estos niveles altos de concentración surgen, entre otras causas, por el hecho de que las inversiones para el establecimiento y mantenimiento de una red de suministro son sustanciales. Esto da a los mayoristas una absoluta ventaja en cuanto a los costes, y puede conducir a una economía de escala.

<sup>18</sup> Un mayorista de “gama completa” ofrece todas las medicinas disponibles en un país. Los mayoristas que no son de “gama completa” venden sólo las medicinas más frecuentemente utilizadas.

<sup>19</sup> Particularmente, a los productores de genéricos.

<sup>20</sup> Scherrer & Ross (1990), pp 94-95.



intereses, ya que no se podría garantizar la independencia de los farmacéuticos comunitarios. El Instituto Austriaco de Salud (ÖBIG) argumentaba recientemente que: “[la formación de cadenas de farmacia] es probable que plantee una restricción a la libertad profesional de los farmacéuticos, ya que como empleados, tienen que seguir los objetivos de sus superiores, lo que podría incluir objetivos de facturación y reglas estrictas para los pedidos, procesamiento y promoción de determinados productos seleccionados”<sup>21</sup> Sin embargo, es posible establecer reglas que prevean que una cadena de farmacia tenga una estructura que garantice la independencia de las decisiones farmacéuticas dentro de un grupo.<sup>22</sup>

### **Minoristas**

En el ámbito *minorista*, encontramos farmacéuticos comunitarios y farmacéuticos de hospital. Estos últimos, en la mayoría de los países, no están autorizados para dispensar medicamentos extramuros (o sea, fuera del hospital). En algunos Estados Miembros de la UE, los médicos de familia de áreas remotas están autorizados también a dispensar medicamentos. Finalmente, en algunos Estados Miembros, los drogueros y otros minoristas están autorizados a vender medicamentos para los que no se necesite receta, a los que también se hace referencia como Especialidades Farmacéuticas Publicitarias.<sup>23</sup>

Los *consumidores* de medicinas dependen en su mayoría de un prescriptor que determina la necesidad y posibilita el acceso a la misma. Además, las consecuencias financieras para los consumidores están usualmente limitadas, debido a la existencia de un seguro sanitario (obligatorio).

## **2.2.1 Tipología de los medicamentos**

La figura 2.2 da una visión global de los diferentes tipos de medicamentos. Se pueden discernir diversas categorías: especialidades farmacéuticas (medicinas de marca, a menudo protegida por una patente), medicamentos genéricos y preparaciones propias. Las preparaciones propias son a menudo más caras que las medicinas envasadas. La mayoría de las preparaciones propias hoy en día se limitan a ser las dosis de las medicinas preenvasadas. Además, se pueden distinguir las medicinas sólo dispensables con receta y Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (OTC): La diferencia es que las medicinas OTC pueden ser obtenidas sin necesidad de una receta.

Como resultado de las patentes, si no están reguladas, los precios de los medicamentos podrían ser altos a lo largo de la cadena completa. Para los farmacéuticos esto podría conducirles a unas inversiones sustanciales en stock.<sup>24</sup>

---

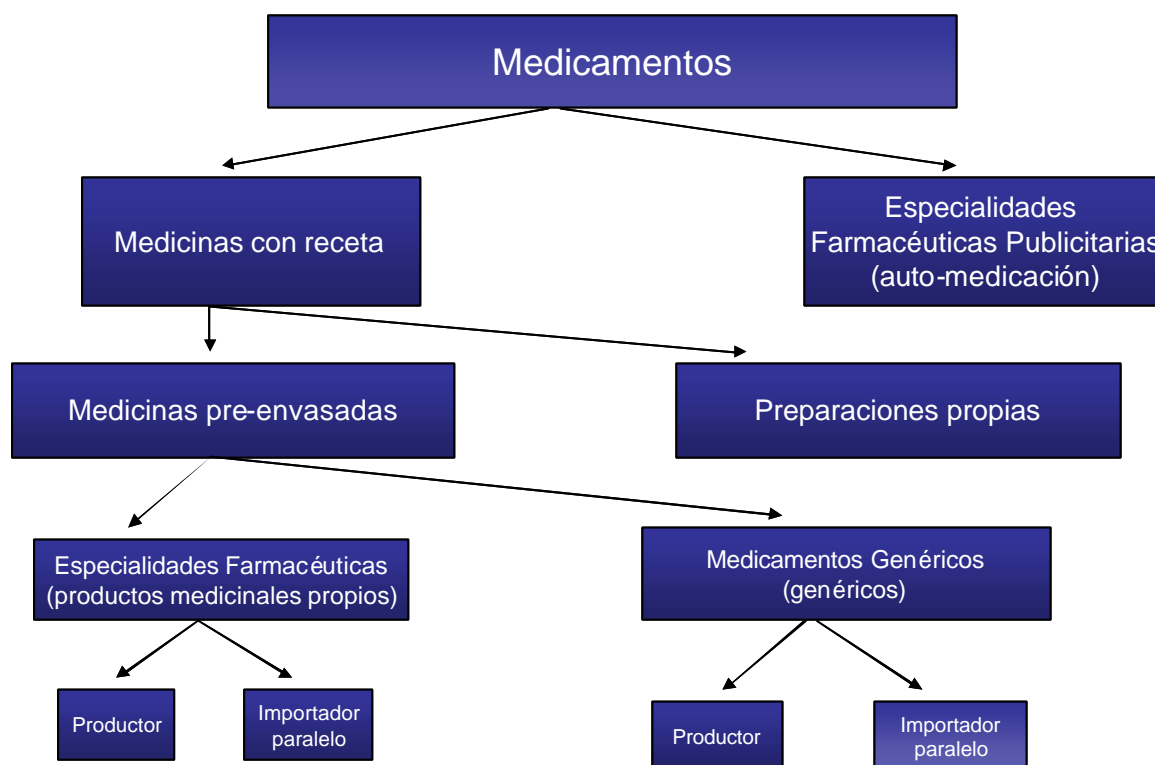
<sup>21</sup> ÖBIG (2006), pp. 131-132. Con respecto a las tendencias de integración en Europa, ver también pp. 89-91 y 104-106 de dicho informe.

<sup>22</sup> Por ejemplo, en el Reino Unido, se requiere un farmacéutico supervisor en la Junta de Directores, y este miembro farmacéutico está capacitado legalmente para todas las decisiones relacionadas con la farmacia que se tomen dentro de la organización.

<sup>23</sup> Sobre este tema, ver también ÖBIG (2006), pp. 86-87. En un número limitado de Estados Miembros, los supermercados están autorizados a vender una selección de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias. Para más detalles, ver Capítulo 1.

<sup>24</sup> El tema del stock obligatorio se abordará más adelante en este capítulo

**Figura 2.2 Clasificación de los medicamentos**



Fuente: Philipsen (2003), página 51.

## 2.3 Características del sector primario

### 2.3.1 Condiciones básicas

Con respecto a la demanda, en el mercado de los servicios farmacéuticos, se consideran importantes las siguientes “condiciones básicas”<sup>25</sup>:

- Problemas de información;
- Disponibilidad de sustitutos (y elasticidad de la demanda);
- Métodos de compra;
- Crecimiento del mercado autónomo.

#### *Asimetría de la información*

Los servicios prestados por los farmacéuticos comunitarios, son “bienes de experiencia”, de los cuales, los consumidores no pueden evaluar de antemano la calidad. La asimetría de la información entre los farmacéuticos y los consumidores podría dar lugar a una degradación de la calidad a causa de una selección adversa.<sup>26</sup> Además, a menudo se requiere una experiencia especializada para determinar el tipo de medicamento que se necesita, por ejemplo, la

<sup>25</sup> Con respecto al suministro, las condiciones que aún no han sido discutidas en la Sección 2.2 no son de particular importancia.

<sup>26</sup> Como los consumidores no pueden reconocer de antemano la buena calidad, los proveedores tienen tendencia a suministrar servicios de baja calidad con el fin de generar ahorro de costes e incrementar sus beneficios (Akerlof, 1970).



experiencia de un médico de familia o un especialista de hospital. En consecuencia, las elecciones sobre el consumo de medicamentos no son normalmente realizadas por el propio consumidor.

### ***Disponibilidad de sustitutos***

Como se indicaba anteriormente, el consumidor individual carece de la experiencia requerida (información) para identificar sustitutos de la mayoría de las medicinas, particularmente, de las que necesitan receta. Esto significa que, a los ojos del consumidor, hay poco sustitutos, o ninguno, de las medicinas que le han sido prescritas. En consecuencia, la demanda de medicinas es menos sensible (al precio) si se compara con una situación en la que el propio consumidor decide si comprar o no una medicina determinada.<sup>27, 28</sup> Este efecto se ve más reforzado aún por el (obligatorio) seguro sanitario (ver abajo).

### ***Métodos de compra***

La demanda de medicinas está influenciada por el grado en el cual las personas experimentan directamente las consecuencias finales de su compra. En el caso de la compra de medicinas, la mayoría de las personas son compensadas (total o parcialmente) por su seguro, y por tanto, no experimentan las consecuencias finales plenas de su compra.<sup>29</sup> Además, en la mayoría de los Estados Miembros de la UE, las personas están obligadas por ley a tener asegurados sus gastos médicos.<sup>30</sup> La OCDE (2001) concluye que la responsabilidad del control de la cantidad y calidad de gasto en medicamentos recae en el asegurador sanitario. En consecuencia, argumenta que se debe conceder a las entidades aseguradoras poderes de control considerables.<sup>31</sup>

La OCDE además concluye que “cuando los consumidores están asegurados contra el precio de los productos farmacéuticos, no tienen incentivo para comprar en la farmacia más barata, y la competencia entre las farmacias no puede basarse en la prestación eficiente y efectiva de los servicios farmacéuticos. En estos casos, es necesario regular los márgenes de beneficio de las farmacias. [...] Alternativamente, sería posible ofrecer el derecho de proveer una red de farmacias en la región”<sup>32</sup>.

---

<sup>27</sup> Entre otras cosas, la elasticidad de la demanda (el grado en el cual la demanda reacciona a los cambios de precios) está determinada por el grado de conocimiento de los consumidores de otros productos sustitutos.

<sup>28</sup> Como las medicinas OTC son compradas usualmente por el propio consumidor, la elasticidad de la demanda es usualmente mayor que la de las medicinas con receta.

<sup>29</sup> OCDE (2001), p. 8

<sup>30</sup> La razón principal para el seguro obligatorio médico radica en el hecho de que hay asimetrías de información entre las compañías aseguradoras y las personas aseguradas, lo que puede provocar selecciones adversas y obstáculos morales. Sin esta obligación de que las personas tengan asegurados sus gastos médicos, el mercado no proporcionaría estos seguros médicos. Para un debate más elaborado, ver por ejemplo Arrow (1963) y Rosen (2005)

<sup>31</sup> El asegurador sanitario puede usar diversos mecanismos para gestionar el gasto farmacéutico, tales como: co-pago y mecanismos de reembolso, formularios (una lista de medicinas reembolsables), control de precios, y controles sobre los médicos prescriptores y los farmacéuticos (guías y presupuestos). Ver OCDE (2001) p. 8

<sup>32</sup> OCDE (2001), p. 10. Sin embargo, el incentivo de los consumidores para prestar atención a los precios ha aumentado considerablemente en los últimos años. En un creciente número de casos, las medicinas no son reembolsadas por completo. En particular, las OTC pueden no ser reembolsadas de ninguna forma a veces, lo que significa que los consumidores tienen un incentivo para reducir el precio de la medicina.

La falta de capacidad de los consumidores para identificar sustitutos apropiados para un medicamento particular, y el hecho de que no notan directamente las consecuencias financieras de su compra hasta ahora, significa que la demanda de medicinas no es muy reactiva a los cambios de precio.

### ***Crecimiento del mercado autónomo***

Además, algunos otros factores tienen una influencia en la demanda de medicamentos, como el envejecimiento de la población, las tasas de natalidad y la salud pública. Debido a estos factores, el número de ciudadanos (mayores) aumentará a lo largo del tiempo, dando lugar a un incremento de la demanda de los servicios de las farmacias comunitarias.<sup>33</sup>

### **2.3.2 Estructura**

Las características estructurales más importantes del mercado de los servicios farmacéuticos son:

- (El grado de) Monopolio profesional;
- Integración horizontal y vertical;
- Barreras para entrar y salir.

### ***Monopolio profesional***

Además de la posibilidad de sustitución de las medicinas, como se describía en la sección anterior de una forma básica, la posibilidad de sustitución entre proveedores (por ejemplo, farmacéuticos comunitarios, médicos que dispensan, drogueros o supermercados), también es relevante. En ciertas situaciones, puede ser útil proporcionar el derecho de dispensar a un limitado número de proveedores (por ejemplo, porque el asesoramiento sobre el uso de los medicamentos requiere un conocimiento especializado)<sup>34</sup>. La posibilidad de sustitución entre proveedores es menos prevalente cuando las medicinas OTC no pueden ser dispensadas por no-farmacéuticos.

### ***Integración horizontal y vertical***

Las farmacias comunitarias también pueden tener incentivos para integrarse horizontalmente; por ejemplo, para obtener economías de escala o de amplio espectro, o para poder obtener otras ventajas (de costes). Puede haber economías de amplio espectro relacionadas con la integración entre farmacias comunitarias y drogueros, o incluso entre farmacias comunitarias y supermercados.

La integración vertical entre médicos de familia (que recetan medicinas) y farmacéuticos comunitarios (que distribuyen las medicinas) puede estar inducida por economías de amplio espectro, tales como las sinergias de emplazamiento, por ejemplo.<sup>35</sup> La integración vertical entre farmacias comunitarias y proveedores mayoristas también ocurre. Como se indicaba anteriormente, los mayoristas son candidatos “adecuados” para asumirlo, ya que tienen los medios financieros para hacerlo. Además, se puede ganar en cuanto a eficiencia debido a la

---

<sup>33</sup> OCDE (2001), p. 26.

<sup>34</sup> Trataremos las razones del monopolio profesional con más detalle en la próxima sección sobre regulación.

<sup>35</sup> Ver OFT (2003) Vol. 1. La OFT analizaba si esas sinergias de emplazamiento podían dar lugar a una concentración de farmacias comunitarias en las cercanías de las consultas de los médicos; no encontraba este resultado.

reducción en los costes de transacción y debido a la explotación de economías de escala (por ejemplo, en publicidad).

### ***Barreras a la entrada y a la salida***

Para abrir una farmacia, se necesita realizar una inversión importante; por ejemplo, inversión en diseño del local y en lograr una base de clientes. Estas inversiones pueden ser barreras considerables a la entrada para los candidatos. Además, la entrada en la profesión puede estar limitada por la regulación.<sup>36</sup> También puede haber barreras para la salida, por ejemplo, inversiones específicas de la profesión, como en un laboratorio.

Ambos tipos de barreras dan lugar a una limitación del número de proveedores de servicios farmacéuticos.

### **2.3.3 Conducta**

Las estrategias de conducta más importantes en el mercado de los servicios farmacéuticos son:

- Estrategia de precios;
- Publicidad;
- Estrategia de emplazamiento;
- Estrategia de calidad.

#### ***Estrategia de precios***

A todos los niveles de la cadena de suministro, los precios de las medicinas pueden estar regulados por diversas razones;<sup>37</sup> para controlar los costes del seguro sanitario (precios máximos); para crear incentivos para la competencia de calidad (precios fijos); o para limitar el exceso de demanda (precios máximos).

Si los precios minoristas de los medicamentos no están regulados, y los consumidores no son completamente reembolsados, el precio podría ser un motivo de competencia. Esto puede ser particularmente cierto en los casos en los que otros medios de competencia (calidad) tienen menos éxito (por ejemplo, en casos en los que los consumidores no pueden evaluar de antemano la calidad)).

#### ***Publicidad***

La publicidad podría incrementar la demanda de medicamentos (y de cualquier producto no farmacéutico) dirigida por empresas de publicidad, y en consecuencia, podría aumentar los beneficios. Sin embargo, las estrategias publicitarias afectan a la rentabilidad de una empresa no sólo de forma directa, sino también indirectamente, mediante la imposición de barreras a la entrada.<sup>38</sup>

En el sector farmacéutico, a menudo está restringida la publicidad. En muchos casos, a las farmacias sólo se les permite “publicitar” sus horarios de apertura. En general, la razón para

---

<sup>36</sup> Sección 2.4 (sobre la regulación del sector de farmacia) analiza las razones para regular la entrada.

<sup>37</sup> El precio de los medicamentos generalmente está compuesto por varios elementos (costes de producción y márgenes a todos los niveles de la cadena de suministro)

<sup>38</sup> Ciertas estrategias, tales como la publicidad o las actividades I+D pueden aportar ventajas absolutas en cuanto a los costes, lo que podría incrementar los costes de penetración en el mercado para nuevos proveedores – ver también Apéndice 1: “El Paradigma SCP”.

restringir la publicidad de las farmacias está basada en el miedo de que ésta degrade la imagen del sector. También podrían surgir problemas prácticos, cuando los competidores dependan entre ellos para proporcionar un servicio 24 horas.

### ***Estrategia de emplazamiento***

Una tercera forma de competencia de los farmacéuticos es el emplazamiento o localización de su local. Sabiendo elegir su localización (según el emplazamiento de otras farmacias, médicos (potenciales) clientes, etc.), los farmacéuticos persiguen maximizar sus beneficios<sup>39</sup>.

El principal problema, desde una perspectiva social, es el asunto relacionado con las áreas remotas. Algunas regiones podrían no tener suficiente demanda de medicinas como para que un farmacéutico pudiese hacer negocio seguro. En estos casos, podrían requerirse reglas adicionales para garantizar el acceso a los medicamentos a los habitantes de dichas regiones.

El desarrollo de Internet y de las farmacias con venta por correo resta importancia a la localización, desde un punto de vista estratégico. También, los problemas relativos al suministro en áreas remotas podrían (parcialmente) ser resueltos mediante estas modalidades.

### ***Estrategia de calidad***

Además de las tres formas de competencia mencionadas anteriormente, un farmacéutico puede también competir en cuanto a calidad. La calidad de los servicios prestados puede consistir en calidad en el área de la práctica farmacéutica, por ejemplo, controlando cualquier interferencia entre nuevas medicinas prescritas y las medicinas que ya están siendo utilizadas.

Como ya se ha indicado, dicha estrategia puede ser bastante difícil en los casos en los que los consumidores no sean capaces de reconocer la calidad de antemano (Akerlof, 1970). En dichos casos, un fabricante puede incluso optar por producir bienes de baja calidad con el fin de ahorrar costes para competir mejor con respecto a los precios.

Sin embargo, para (algunos grupos de) los consumidores, no es completamente imposible conocer la calidad. Especialmente los consumidores ancianos tienen por término medio un nivel alto de consumo de medicinas, y por tanto, pueden tener experiencia con respecto a la calidad ofrecida. Además, si estas experiencias son compartidas con otros, puede empezar a funcionar un efecto en cadena.

## **2.3.4 Rendimiento**

Los indicadores básicos de rendimiento en el paradigma SCP son:

- Eficiencia de distribución;
- Eficiencia de producción;
- Grado de avance tecnológico;
- Calidad y servicio.

### ***Eficiencia de distribución***

La eficiencia de distribución puede medirse mediante los márgenes de beneficio (el beneficio como porcentaje de la facturación) realizados por los proveedores. Generalmente, la presencia de poder de mercado (a menudo resultante de las barreras a la entrada) tiene el potencial de

---

<sup>39</sup> Para el concepto general de competencia en cuanto al emplazamiento, ver Hotelling (1929), pp. 41-47

disminuir el nivel de eficacia de distribución; o sea, es capaz de incrementar los márgenes de beneficio.

### ***Eficiencia de producción***

La eficiencia de producción hace referencia a la cantidad de inversión necesaria para realizar una determinada producción. Traduciendo esto al sector farmacéutico, la eficiencia de producción puede determinarse mediante la cantidad de trabajo e inversión en locales que se requiere para dispensar un cierto número de medicinas. En el caso de poder de mercado, hay menos incentivos para que los interesados se esfuercen en mejorar la eficiencia de producción, debido a la falta de presión de la competencia. Además, las economías de escala y de amplio espectro pueden potencialmente conducir a un ahorro de costes; por tanto, las reglas que limitan la posibilidad de hacerlo potencialmente impiden la mejora de la eficiencia de producción.

### ***Grado de avance tecnológico***

En el sector farmacéutico, el cambio tecnológico es de particular importancia en la fase de producción, y lo es menos en el nivel minorista.

### ***Calidad y servicio***

Los niveles de servicio y calidad son indicadores de cómo funciona un mercado; después de todo, una mayor calidad crea más valor añadido. Se puede considerar que la calidad está relacionada de forma positiva con la intensidad de la competencia. En otras palabras, el poder de mercado puede afectar negativamente a la calidad. Como se indicaba anteriormente, el fallo del mercado en forma de asimetría de información, si no se aborda mediante esquemas apropiados de incentivos, podrían incluso producir unos bajos niveles de calidad no deseados.

Como el núcleo de los servicios prestados por un farmacéutico es la distribución de medicinas, definir el nivel de calidad y servicios no es muy sencillo. Revisando la literatura existente, hemos identificado los siguientes indicadores de calidad:

- Seguridad (número de “correcciones” y número de “accidentes”);
- Gama de productos y servicios;
- Atención personal (ancianos, entrega a domicilio, áreas de consulta y tiempo de consulta, desarrollo de programas personales de medicación y/o desarrollo de envases para el tratamiento de las enfermedades crónicas);
- Horario de apertura;
- Cobertura geográfica y suministro en áreas remotas (que aumentará cuando baje el número mínimo de clientes necesarios para poder operar una farmacia);
- Número de farmacias/farmacéuticos por cada 1.000 habitantes;
- Venta a distancia (farmacias por correo y por Internet);
- Precios.

## 2.4 Regulación del sector de farmacia

En el apartado anterior, identificamos diversas características del sector de farmacia, algunas de las cuales pueden provocar problemas potenciales que podrían requerir una regulación. Para un breve debate sobre las posibles áreas de regulación, ver el Texto 1 más abajo. En el resto de esta sección, nos centramos en cómo influye en el mercado la regulación.

### Texto 1: Justificación para la regulación

En la literatura (académica) económica, han sido discutidas las posibles justificaciones para la regulación, también en el contexto de los servicios profesionales. Generalmente, en esta literatura, se hace una distinción entre dos perspectivas contrapuestas de la regulación: la del interés público y la del interés privado. La primera considera la regulación como un posible remedio al llamado fallo de mercado. O sea, un mercado de servicios profesionales no regulado, podría no producir unos resultados eficientes. La última está menos relacionada con la justificación de la regulación, pero hace hincapié en el riesgo de la conducta dirigida hacia la rentabilidad por parte de grupos de interés a través del lobby o de la auto-regulación.

La perspectiva del interés público argumenta que, en presencia de un fallo de mercado, puede ser necesaria una regulación por parte del gobierno para mejorar el funcionamiento eficiente de los mercados. El fallo de mercado podría suceder de dos formas: Problemas de información (tales como escasez de información o información asimétrica); causas externas (beneficios o costes impuestos por terceras partes); poder de mercado (debido a las economías de escala u otras barreras para la entrada); y bienes públicos (no exclusividad y no rivalidad). En la sección previa, quedaba claro que el mercado de los servicios de farmacia se caracteriza por “asimetrías de información” y “poder de mercado”. Además, las “causas externas” juegan un papel significativo, ya que las consecuencias negativas de un asesoramiento escaso podrían afectar a otras personas distintas del paciente y/o el farmacéutico. El argumento de “bien público” no parece desempeñar un papel importante en el contexto de los servicios profesionales; el coste del uso puede imputarse a quienes hacen uso del producto o servicio.

Stigler (1971) ha formulado una visión del interés privado sobre la razón de ser y el impacto de la regulación, que argumenta que la regulación está comprada por la industria, y está diseñada y gestionada completamente para su beneficio. Declara que cada rama de la industria que tenga el suficiente poder para hacerlo, presionará al gobierno para erigir barreras para la entrada, tales como la formación obligatoria o aprendizaje, requisitos de los productos, impuestos, cuotas de importación, etc. Naturalmente, dichas reglas son favorables a quienes están dentro de un mercado. Asimismo, la prohibición de la publicidad daría lugar a un mercado menos transparente, en el que los precios podrían ser y serían más altos que en un mercado sin prohibiciones de publicidad.

Las dos perspectivas de la regulación indican que hay beneficios, pero posiblemente altos costes asociados con la regulación.

Para obtener una imagen más clara de los efectos directos e indirectos de la regulación, esta sección discutirá el marco regulador que rige el mercado de los servicios farmacéuticos en el contexto de la estructura, conducta y rendimiento. Hemos clasificado la regulación en las siguientes categorías:

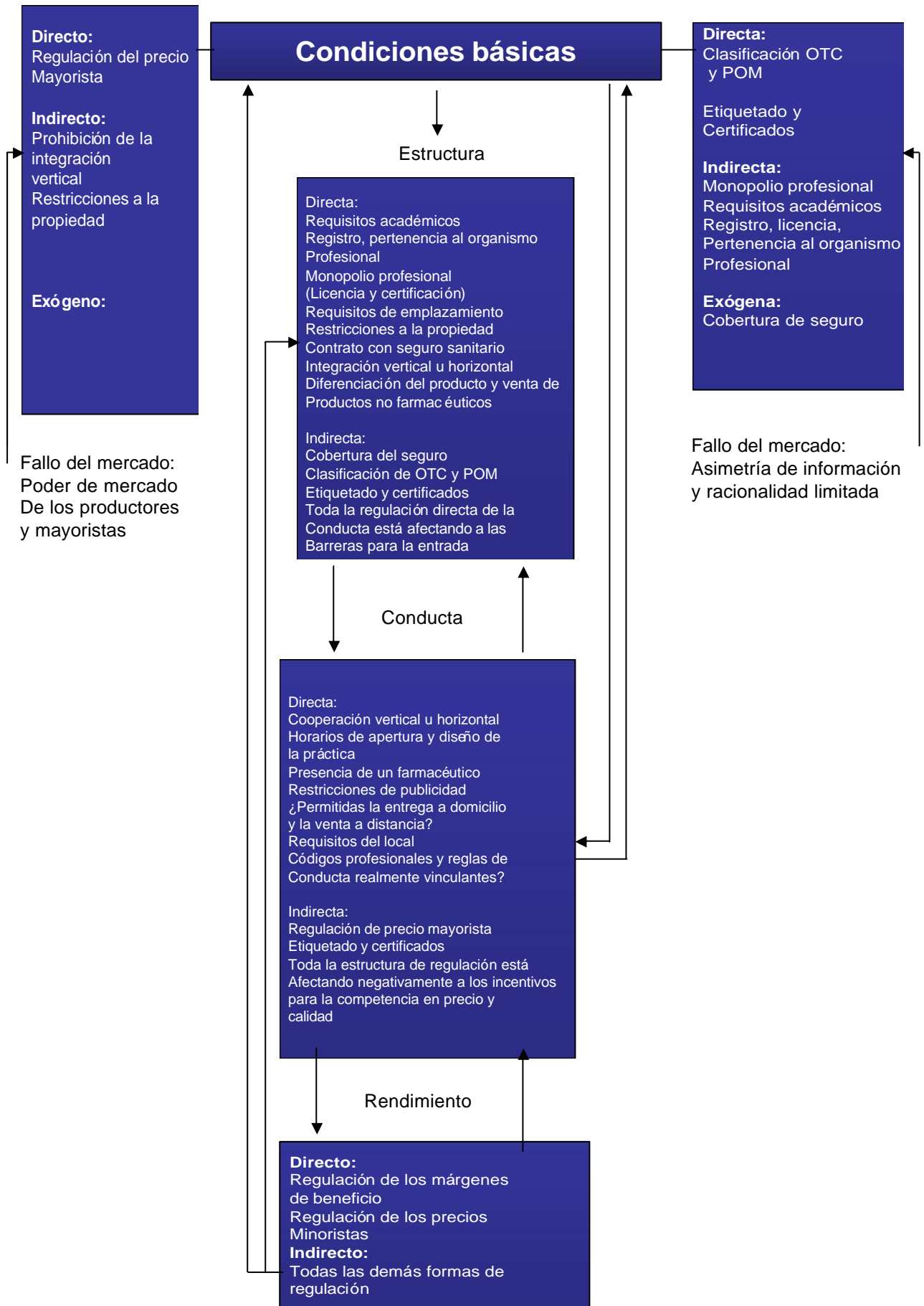
- Requisitos académicos;
- Certificado;
- Registro y protección del título;

- Licencia;
- Presencia de un farmacéutico requerida;
- Prohibición de la integración vertical y/u horizontal (para preservar la independencia);
- Un código (ético) profesional y reglas de conducta.

La Figura 2.3 muestra cómo afecta el marco regulador al mercado de las farmacias comunitarias. Ciertas formas comunes de regulación y auto-regulación son mencionadas como relacionadas con las condiciones básicas y/o estructura, y/o conducta, y/o rendimiento. Se hace una distinción entre, por una parte, la regulación que afecta directamente a cualquiera de los elementos del marco del SCP; y por otra parte la regulación que indirectamente lo hace a través de las relaciones causales en el modelo SCP.



**Figura 2.3 Regulaciones en el mercado de las farmacias**



Fuente: ECORYS



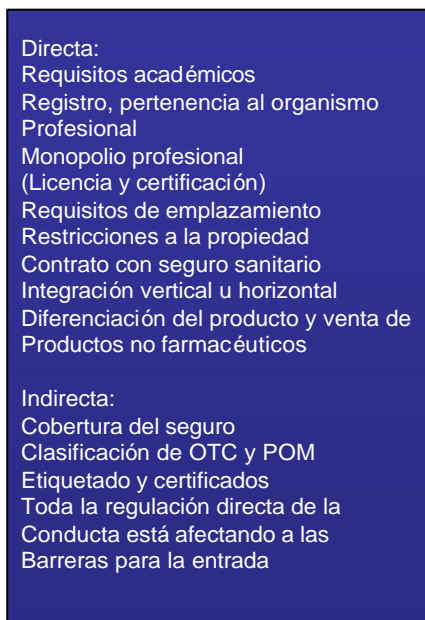
Las diferentes formas de regulación mostradas en la Figura 2.3 son debatidas más detalladamente a continuación. Adicionalmente, se discute cómo afecta el marco regulador a las relaciones causales dentro del marco del SCP (flechas de la Figura 2.3).

La regulación puede ser formulada por el gobierno, por ejemplo, en forma de leyes y decretos, o por asociaciones profesionales. Esta última forma de regulación es denominada auto-regulación. Ésta existe de muchas formas, que difieren en fuerza legal y en su grado de autonomía del gobierno (algunas veces, pueden ser legalmente vinculantes). Los organismos públicos reguladores son usualmente independientes de los intereses que regulan, o al menos, deberían serlo; pero dicha independencia no existe usualmente cuando la auto-regulación es ejercida por las organizaciones profesionales<sup>40</sup>. Además, los esfuerzos para ejercer presión de las organizaciones profesionales podrían conducir con éxito a que la regulación pública sirviese a los intereses privados.

### 2.4.1 Regulación de la estructura

La tendencia de un mercado totalmente no-regulado para producir unos bajos niveles indeficientes de calidad (como resultado de la información asimétrica), y para suministrar mal a las áreas remotas (como resultado de economías de escala y “leapfrogging”)<sup>41</sup> ha dado lugar a algunas formas de regulación que directa e indirectamente afectan a la estructura del mercado, imponiendo barreras para la entrada. Algunos ejemplos son: Obligación de registrarse, la prohibición de integración vertical, regulación de los horarios de apertura, regulación de la localización, etc. La figura 2.4 presenta una visión global de las diversas formas de regulación que (in)directamente afectan a la estructura del mercado.

**Figura 2.4 Regulación de la estructura**



Directa:
Requisitos académicos
Registro, pertenencia al organismo Profesional
Monopolio profesional (Licencia y certificación)
Requisitos de emplazamiento
Restricciones a la propiedad
Contrato con seguro sanitario
Integración vertical u horizontal
Diferenciación del producto y venta de Productos no farmacéuticos
Indirecta:
Cobertura del seguro
Clasificación de OTC y POM
Etiquetado y certificados
Toda la regulación directa de la Conducta está afectando a las Barreras para la entrada

Fuente: ECORYS

<sup>40</sup> Phillipsen (2003), pp. 9 y 35. Para una discusión amplia sobre la auto-regulación, ver Ogus (2000).

<sup>41</sup> La OFT define el “leapfrogging” como el proceso en el que las farmacias se sitúan entre una farmacia existente y una fuente de demanda, como la consulta de un médico de familia (OFT, 2003, Vol. 1, p. 44) El proceso, tal y como se describe en la teoría, dará lugar a que todas las farmacias estén situadas cerca de una fuente de demanda. El “leapfrogging” por tanto, hace referencia a la tendencia de los proveedores a concentrarse uno cerca de otro en un proceso competitivo, que ya ha sido previamente explicado como “Ley de Hotelling” (nota 35).

Cada uno de los tipos de regulación de la figura 2.4 será discutido de forma independiente, excepto la licencia y certificación, ya que estos instrumentos reguladores están relacionados, ya sea con los requisitos académicos, registro en un organismo profesional, o inscripción en un registro público.

### ***Requisitos académicos***

Antes de poder practicar la farmacia, los individuos de todos los Estados Miembros de la UE deben haber recibido una educación universitaria.<sup>42</sup> Además, se requiere una cierta experiencia práctica. Estos requisitos académicos deben garantizar que los servicios farmacéuticos son de un nivel mínimo de calidad determinado. Además, pueden generar el sentimiento de “confianza” entre los consumidores en cuanto a la calidad de los farmacéuticos. Como tales, los requisitos académicos tienen como objetivo abordar los problemas de la información asimétrica (y el tema relacionado de la degradación de la calidad).

Sin embargo, un período educativo demasiado largo y difícil podría limitar la entrada en la profesión. Además, esta entrada podría estar aún más limitada por la restricción de los estudiantes que entren en dicha carrera en particular.<sup>43</sup> Normalmente, estos requisitos están establecidos por regulaciones públicas.

### ***Registro y monopolio profesional***

Las razones que hay para el registro y para el monopolio profesional es el alto grado de conocimiento sobre medicamentos que se requiere. De ahí que también estas formas de regulación aborden el problema de la información asimétrica.

Con respecto a los medicamentos, un consumidor individual carece de la habilidad (información) para identificar sustitutos de la mayoría de las medicinas, especialmente, de las que necesitan receta. Por esta razón, muchas medicinas sólo están disponibles cuando son prescritas por un médico de familia o un especialista. Sin embargo, como la farmacología es un área altamente especializada, no se puede esperar que los médicos tengan un conocimiento pleno de los posibles efectos secundarios cuando se consumen varios medicamentos en combinación. Por ello, los medicamentos con receta sólo pueden ser vendidos por farmacéuticos, a quienes se les ha otorgado este monopolio, junto con la tarea pública de controlar la conducta de los médicos relacionada con la prescripción (control de medicación). La falta de información y los peligros del uso incorrecto de las medicinas son mucho menos importantes en cuanto a las OTC (Especialidades Farmacéuticas Publicitarias); de ahí que éstas se puedan obtener sin receta. Sin embargo, en algunos países, el monopolio para dispensar medicamentos de los farmacéuticos comunitarios, también se extiende a las medicinas OTC.

Para llegar a ser farmacéutico, las personas normalmente tienen que cumplir una serie de requisitos, con el fin de ser registrado como farmacéuticos (comunitarios). Este registro público, así como la protección del título de “farmacéutico”, está destinado a resolver el

---

<sup>42</sup> De acuerdo con la Directiva 2005/36/EC de la UE. Ver también ÖBIG (2006), pp. 91-93.

<sup>43</sup> Las razones para limitar el número de estudiantes puede estar relacionado con el tema de la capacidad física del local de enseñanza, cuando se aplica el llamado “numerus fixus” (por ejemplo, un límite máximo de estudiantes que entren en una carrera); o puede estar relacionado con una selección de calidad, cuando se aplica el “numerus clausus” (por ejemplo, la selección está basada en el rendimiento académico previo).

problema de información, y su intención es crear confianza entre los consumidores.<sup>44</sup> Sin embargo, dichos procedimientos también limitan la entrada en la profesión. En algunos Estados Miembros, los farmacéuticos tienen que pasar por diversos registros antes de ser reconocidos como tales.<sup>45</sup> Una vez registrados, los farmacéuticos disfrutaban de un monopolio profesional en cuanto a la composición y dispensación de medicamentos. En algunos Estados Miembros, este monopolio sólo abarca a las medicinas con receta; en otros, también a las medicinas OTC. Sobre este tema, la OCDE (2001) concluye que “algunos países otorgan a las farmacias un monopolio de venta de productos farmacéuticos sin receta [...] estas restricciones [...] parecen innecesarias.”<sup>46</sup> En algunos Estados Miembros de la UE, las asociaciones de farmacéuticos tienen sus propios registros privados (además del registro público), en el que pueden inscribirse los miembros, por ejemplo, siempre que cumplan ciertas condiciones de formación continuada u otras establecidas mediante auto-regulación.

### ***Requisitos de emplazamiento***

La limitación del acceso a los servicios farmacéuticos afecta de forma adversa a la salud pública, y hay algunas causas externas relacionadas con el descenso de la salud pública. Teniendo en cuenta que las economías de escala y el “leapfrogging” pueden dar lugar a una concentración de establecimientos de farmacia en áreas urbanas, y a la insuficiencia de suministro de servicios farmacéuticos en áreas remotas, podría ser necesaria alguna regulación sobre la localización de las farmacias.<sup>47</sup>

En algunos Estados Miembros, se aplican restricciones geográficas, relativas al número mínimo de pacientes o vecinos residentes a quienes servir, y/o a la distancia mínima con otras farmacias. Estas restricciones, por un lado sirven al objetivo de crear farmacias “financieramente viables”; mientras que por otro lado, dicha regulación está limitando de forma obvia la entrada en el mercado y creando monopolios locales. Esto podría tener un efecto adverso en la calidad de los servicios farmacéuticos. Por ejemplo, la OFT (2003) encontró que<sup>48</sup>:

- Era más probable que las farmacias abriesen antes de las 9 de la mañana si eran las más cercanas a la consulta de un médico de familia, y si había un alto número de farmacéuticos comunitarios por médico de familia en su localidad.
- Era más probable que las farmacias ofreciesen un área de consulta si había más farmacias en los supermercados de la localidad; y
- Era menos probable que la farmacia ofreciese entrega a domicilio si no había ninguna otra en un radio de 5 km.

---

<sup>44</sup> Es necesario recordar que, sin embargo, el nivel de educación no está relacionado positivamente con la calidad de los servicios que se proporcionan en la actualidad. Además, existe el peligro de una sobre-inversión en educación si los farmacéuticos tratan de obtener certificados adicionales o licencias, con el único propósito de indicar unos altos niveles de calidad.

<sup>45</sup> En algunos Estados Miembros, también se requiere por ley la pertenencia a la asociación profesional.

<sup>46</sup> OCDE (2001), p. 11.

<sup>47</sup> Además del peligro de suministro insuficiente en áreas remotas, la OFT argumenta que el “leapfrogging” podría reducir los incentivos para invertir “por miedo a se produzca éste después de la inversión.

<sup>48</sup> OFT (2003), Vol. 1, p. 44.

### ***Restricciones a la propiedad***

Esta categoría de regulación hace referencia a, por ejemplo, limitaciones sobre el número de farmacias que se pueden poseer, y a las reglas sobre la absorción de farmacias. En algunos Estados Miembros de la UE, sólo los farmacéuticos están facultados para ser propietarios de una farmacia. Además, los farmacéuticos, a menudo, sólo pueden poseer una farmacia, o un número muy limitado de ellas. Estas regulaciones impiden, entre otras cosas, la formación de cadenas de farmacia.

Las razones de dichas restricciones no están claramente relacionadas con ninguno de los fallos de mercado referidos en el Texto 1. Estas reglas nacen del miedo de que la separación de la profesión y la propiedad de lugar a incertidumbre con respecto a la responsabilidad en casos de mala conducta o negligencia en una farmacia.<sup>49</sup> Sin embargo, la limitación de las cadenas de farmacia puede limitar gravemente la entrada en el mercado, especialmente cuando es considerable la cantidad de capital financiero para llevar a cabo una absorción.<sup>50</sup> Además, las reglas pueden prever que una cadena de farmacias tenga una estructura que garantice la independencia de las decisiones de farmacia dentro de un grupo. Por ejemplo, en el Reino Unido, se requiere que figure un director farmacéutico en la Junta Directiva, y que tenga capacidad legal para la toma de todas las decisiones de farmacia que se realicen dentro de la organización.

### ***Integración vertical y horizontal***

La integración entre las propias farmacias comunitarias está restringida en algunos Estados Miembros, mientras que en otros está permitida. Las razones para prohibir la integración horizontal y/o la vertical podrían estar relacionadas con la prevención de la formación de cadenas de farmacia, con el fin de prevenir la “libertad profesional de los farmacéuticos”, y para que haya claridad con respecto a la responsabilidad. Con respecto a los cuatro fallos de mercado del Texto 1, se podría argumentar que dicha integración no está permitida con el fin de impedir el poder de mercado (debido a economías de escala).

Sin embargo, si no se permite la integración horizontal o vertical, no se pueden explotar las posibles sinergias ni las economías de escala; esto podría incrementar los costes de producción. Además de bajar la eficiencia productiva, un efecto secundario posible podría ser que el umbral para abrir una farmacia comunitaria (por ejemplo, el número mínimo de potenciales consumidores necesario para abrir una empresa) sea mayor si se prohíbe la integración; más alto comparándolo con una situación en la que los servicios farmacéuticos estuviesen integrados con, por ejemplo, los servicios ofrecidos por un droguero. En consecuencia, podría ser impedida la entrada en el mercado de los servicios farmacéuticos, y el problema del suministro en áreas remotas podría ser más grave.

Además, impidiendo la explotación de economías de amplio espectro, la competencia de productores de bajo coste es menor, lo que eventualmente puede dar lugar a una menor intensidad de competencia en calidad y menores niveles de elección entre la calidad de los servicios;<sup>51</sup> por ejemplo, como se mencionaba anteriormente, la OFT (2003) encontró que era

---

<sup>49</sup> ÖBIG (2006), p. 132.

<sup>50</sup> Incluso si se restringen los precios de la absorción, como en Bélgica, hay numerosas formas de sortear dichas restricciones (Philipsen, 2003, Capítulo 4)

<sup>51</sup> Esto se refiere a la literatura del monopolio no lineal de precio, que fue antes mencionado: Mussa y Rosen (1978) y Maskin y Riley (1984). Como los sustitutos son productos de distinta calidad, un monopolista no puede ofrecer simultáneamente a cada consumidor la calidad más eficiente y obtener

más probable que las farmacias ofreciesen un área de consulta si había farmacias supermercados en la localidad.

Finalmente, desearíamos señalar que la integración vertical puede dar lugar a precios más bajos, ya que previene los aumentos dobles (o incluso triples). El aumento doble del precio causa que la corriente de ventas fabricante/suministrador caiga por debajo del nivel de beneficio máximo integrado. Esto podría crear incentivos para la integración hacia delante de fabricantes/proveedores.<sup>52</sup>

### ***Contratos con seguros sanitarios***

Los contratos con los seguros sanitarios pueden también imponer una barrera al establecimiento de una farmacia. Incluso cuando esos contratos no sean requeridos necesariamente por ley, a menudo es prácticamente imposible operar una farmacia sin ellos, ni incluso sería posible el reembolso de las medicinas. La estructura del mercado se ve afectada porque se crean barreras a la entrada, y se garantiza un poder monopsonico único<sup>53</sup> a las organizaciones aseguradoras.

Relacionado con este tema está la cobertura obligatoria contra los gastos médicos por parte de los consumidores. Esto afecta indirectamente a la estructura del mercado de los servicios de farmacia comunitaria, ya que la demanda de medicamentos será menos elástica (en algunos casos incluso inelástica), dejando algo de poder de mercado a las farmacias comunitarias.

### ***Diferenciación del producto y venta de productos no farmacéuticos***

En algunos Estados Miembros de la UE, las farmacias comunitarias son los únicos establecimientos autorizados a vender productos farmacéuticos. No permitiendo a las farmacias diferenciar su gama de productos, se les impide disfrutar de economías de amplio espectro. Por ello, el análisis que se presentaba antes con respecto a los efectos de dicha prohibición sobre el “valor umbral”, entrada en el mercado farmacéutico y competencia en calidad, también se aplica aquí.

## **2.4.2 Regulación de conducta**

Como la estructura de un mercado lleva a cierta conducta por parte de los protagonistas (y los candidatos), una regulación de la misma también tendrá (indirectamente) efectos en la conducta de los farmacéuticos.<sup>54</sup> Sin embargo, hay muchas formas de regulación que afectan directamente a la conducta. Esto puede ser en forma de ley del gobierno o en forma de auto-regulación. Mientras que los peligros de la búsqueda de rentabilidad por parte de una asociación profesional son generalmente mayores en el caso de la auto-regulación, ésta es

---

también su máximo beneficio, incluso con una tarifa completamente no-lineal. Sin embargo, bajo el supuesto estándar, la calidad para aquellos consumidores que tienen mayor gusto por la calidad está distorsionada hacia abajo. Además, los consumidores con unas preferencias bajas por la calidad pueden ser excluidos por completo del mercado.

<sup>52</sup> Alternativamente, puede ser impuesta una limitación vertical del mantenimiento del precio de reventa, lo que permite a los fabricantes directamente obligar a un minorista a explotar el poder de mercado local. (Ver Cooper et al. P. 5).

<sup>53</sup> En economía, un monopsonio es una forma de mercado con un solo comprador, llamado “monopsonista”, con muchos vendedores. Es un ejemplo de competencia imperfecta, simétrica al caso de un monopolio, en el cual hay sólo un vendedor contra muchos compradores.

<sup>54</sup> Por ejemplo, el monopolio profesional inhibe la entrada en el mercado y en consecuencia, esto puede tener incentivos negativos para las actividades empresariales llevadas a cabo por los farmacéuticos.

probable que de lugar a unas reglas mejor formuladas que las leyes del gobierno, debido a las asimetrías de información entre los profesionales y los funcionarios del gobierno. No hay una clasificación general de qué reglas caracterizan la auto-regulación típica o la regulación pública típica. En algunos Estados Miembros, las reglas y códigos de conducta de la asociación profesional regula ciertas formas de conducta que en otros Estados Miembros son abordadas por la regulación pública.<sup>55</sup>

En todos los Estados Miembros, una o más organizaciones profesionales representan activamente a los farmacéuticos comunitarios. Hasta cierto punto, estas organizaciones profesionales prescriben, por medio de “reglas de conducta” más o menos vinculantes, cómo deben funcionar las farmacias<sup>56</sup>. En el caso de auto-regulación, es importante considerar cómo son de vinculantes esas reglas. Si no es obligatoria la pertenencia a ese organismo profesional, y las reglas no son vinculantes, su efecto podría ser menor que cuando las reglas son menos estrictas, pero vinculantes para todas las farmacias. En el caso de regulación pública, se puede esperar que las reglas sean vinculantes por definición.

Más adelante se discuten las formas de regulación de la conducta que comúnmente se aplican a los farmacéuticos comunitarios (ya sean impuestas por la asociación profesional o por el gobierno).<sup>57</sup>

La figura 2.5 representa una visión global de todas las regulaciones que directa o indirectamente afectan a la conducta dentro del mercado de los servicios de farmacia comunitaria.

---

<sup>55</sup> Por ejemplo, en el Reino Unido, los requisitos relativos al diseño del local (como espacio físico, señales exteriores, señales interiores, etc.) están establecidos en el código profesional de la asociación farmacéutica. (ver Sección 3 del Código Ético de la Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña- RSPGB); mientras que en Holanda, unos requisitos similares están establecidos en el Decreto de Publicidad de la Medicación (*Reclamebesluit Geneesmiddelen*)

<sup>56</sup> Usualmente, también se diseña un llamado “código profesional” (al que también se hace referencia como código ético, código de conducta o normas profesionales), para garantizar una conducta ética. Los códigos éticos pueden ser impuestos por las asociaciones/corporaciones para servir como una herramienta de gestión para el establecimiento y articulación de los valores corporativos/asociativos, responsabilidades, obligaciones, y ambiciones éticas de una organización y la forma en la que ésta funciona. Proporciona una guía para los empleados/miembros sobre cómo manejar situaciones que plantean un dilema entre cursos de acción alternativos correctos, o cuando se enfrentan a la presión de considerar lo que es correcto y lo que es erróneo.

<sup>57</sup> La discusión sobre la regulación de precios será pospuesta hasta la próxima sección, que trata del “rendimiento de la regulación”



## Figura 2.5 Regulación de la conducta

Directa: Cooperación vertical u horizontal Horarios de apertura y diseño de la práctica Presencia de un farmacéutico Restricciones de publicidad ¿Permitidas la entrega a domicilio y la venta a distancia? Requisitos del local Códigos profesionales y reglas de Conducta realmente vinculantes?
Indirecta: Regulación de precio mayorista Etiquetado y certificados Toda la estructura de regulación está Afectando negativamente a los incentivos para la competencia en precio y calidad

Fuente: ECORYS

### *Cooperación vertical u horizontal*

Las razones para la prohibición de la cooperación vertical/horizontal son similares a las razones para no permitir la integración vertical/horizontal. También, el análisis de las consecuencias del proceso competitivo es bastante similar al análisis de la integración vertical y/u horizontal descrita anteriormente.

### *Horarios de apertura, diseño del local y presencia de un farmacéutico*

Generalmente, en la ejecución de los deberes profesionales, están presentes algunas restricciones. Dichas reglas pueden variar desde unas condiciones laborales estándar a un orden obligatorio para el espacio interior (por ejemplo, requerimiento de un área de consulta), la cantidad de medicinas requeridas en stock (por ejemplo, todos los medicamentos que puedan ser recetados deben estar presentes en todo momento), estándares sobre horarios de apertura y niveles de servicio, y la presencia permanente de un farmacéutico requerida.

Estas regulaciones obviamente persiguen mantener un cierto nivel de calidad; por eso tratan de compensar las consecuencias negativas del poder de mercado y asimetría de información con respecto a la calidad<sup>58</sup>. Sin embargo, también pueden crear barreras a la entrada, por las siguientes razones:

- El almacenaje de medicinas requiere una gran inversión (hundida);
- Los acuerdos obligatorios sobre el espacio interior limitan la elección de locales apropiados y su emplazamiento;
- Horarios de apertura demasiado prolongados, en combinación con la presencia obligatoria de un farmacéutico puede incrementar el valor del umbral y disminuir la disponibilidad de los servicios farmacéuticos en áreas remotas:

<sup>58</sup> En este punto, ver también ÖBIG (2006), pp. 99-101.

- Los horarios restringidos de apertura podrían limitar la posibilidad de cubrir los costes elevados<sup>59</sup>.

### ***Restricciones de publicidad***

A menudo se aplican restricciones para anunciar una oficina de farmacia y para anunciar los precios de las medicinas. La primera es usualmente parte de la auto-regulación (haciendo referencia a la “conducta ética” de los farmacéuticos); mientras que la última mayoritariamente es consecuencia de una regulación pública. Dichas restricciones para la publicidad incrementan más que disminuir la asimetría de la información entre los farmacéuticos y los consumidores, y además restringen la competencia entre las farmacias, por ello se debe tener buenas razones para hacerlo.

### ***Envío a domicilio, venta por correo y farmacias de Internet***

Podría esperarse que muchas características del e-comercio incrementasen la competencia. Por ejemplo, la competencia entre vendedores tenderá a ser más fuerte si los costes de búsqueda, y los transaccionales son más bajos; y cuando los compradores tienen una amplia posibilidad de elegir entre proveedores.<sup>60</sup> Hasta cierto punto, estos argumentos no se aplican totalmente al mercado de las oficinas de farmacia, ya que la regulación de precios y tarifas limita el grado hasta el cual puede tener lugar competencia en el precio (ver la sección siguiente).

Philipsen (2003), sin embargo, menciona que las farmacias de Internet (así como las que venden por correo, y los servicios de envío a domicilio) podrían tener algunas ventajas adicionales para los consumidores:

- Los precios, especialmente para las medicinas OTC, podrían ser más bajos;
- Los medicamentos sensibles a la privacidad (como anticonceptivos, productos para la incontinencia, inhibidores del SIDA), pueden ser encargados con un mayor anonimato;
- Los usuarios crónicos de medicamentos no tienen que ir a la farmacia cada vez que tienen que repetir su prescripción<sup>61</sup>.

Además, las farmacias de venta por correo y las tiendas de Internet normalmente forman un área de competencia que requiere menos inversión hundida, incluso cuando la distribución pueda ser dirigida desde una farmacia comunitaria. Naturalmente, todavía se requiere la prescripción de un médico o especialista para obtener medicinas sólo dispensables con receta en una farmacia de venta por correo o por Internet.

La venta a larga distancia de medicinas, normalmente disminuye la posibilidad de control de la medicación por parte de un farmacéutico.<sup>62</sup> En consecuencia, en algunos Estados Miembros de la UE los medicamentos sólo pueden ser vendidos en un establecimiento de farmacia físico. Llevada a este extremo, la prohibición de la venta a distancia de medicamentos (como la venta por correo y las farmacias de Internet) también prohíbe la entrega a domicilio (como el caso de Austria, por ejemplo).

---

<sup>59</sup> Generalmente, sin embargo, los horarios obligatorios se refieren más a menudo a un número mínimo de horas que a uno máximo.

<sup>60</sup> OFT (2000), p. 48

<sup>61</sup> Philipsen (2003), pp. 55-57

<sup>62</sup> Por otro lado, las farmacias de Internet a menudo tienen la obligación legal de llevara cabo un control antes de poder suministrar cualquier POM (medicina con receta).



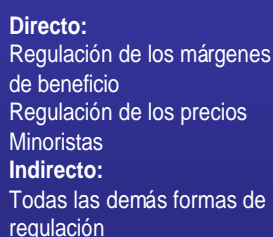
Sin embargo, la venta a distancia de medicamentos no excluye por sí misma la supervisión por parte de un farmacéutico. Veán, por ejemplo, la decisión de la Corte Europea de Justicia en el caso *DocMorris*, donde la Corte concluía que no hay razón para prohibir la venta de medicinas sin receta por correo<sup>63</sup>.

### 2.4.3 Regulación del rendimiento

El “rendimiento” del mercado farmacéutico puede ser medido tanto en términos de calidad como de precio. La calidad en este contexto, se refiere a la calidad de los servicios farmacéuticos (en particular: asesoramiento a médicos y pacientes, control de la medicación, servicios de seguimiento de las interacciones entre medicinas, monitorización de la terapia) y la accesibilidad de los servicios farmacéuticos (por ejemplo, número de farmacias, y la disponibilidad de los servicios farmacéuticos en áreas remotas). Los precios hacen referencia a las tarifas de los farmacéuticos y al precio de los medicamentos.

Por supuesto, todas las formas de regulación, como se discutía en las secciones anteriores, tienen un efecto indirecto en el rendimiento. Sin embargo, aquí discutiremos solamente la forma de regulación que influye directamente en el rendimiento, y que no ha sido tratada todavía: la regulación de los precios. Esto también se describe en la Figura 2.6 abajo.

#### Figura 2.6 Regulación del rendimiento



Directo:  
Regulación de los márgenes de beneficio  
Regulación de los precios  
Minoristas  
Indirecto:  
Todas las demás formas de regulación

Fuente: ECORYS

#### ***Regulación de los precios minoristas***

El precio minorista que se aplica a una medicina normalmente se compone de varios elementos:<sup>64</sup> El precio de coste del productor, un margen de beneficio para el productor, un margen de beneficio para el mayorista (si éste actúa), y finalmente, un margen de beneficio para el farmacéutico. Los precios pueden estar regulados en cada una de las etapas de la cadena de suministro, con el fin de permitir la corrección del poder de mercado ostentado por los productores de medicamentos y los mayoristas. La mayor parte de la regulación de precios se aplica a las especialidades farmacéuticas (o medicamentos que están protegidos por derechos de propiedad intelectual) – ver Figura 2.2 arriba). Sin embargo, los precios de los genéricos pueden también estar regulados.<sup>65</sup> Además, es también importante el reembolso por parte del seguro sanitario, lo que asimismo está regulado por ley.

<sup>63</sup> Corte Europea de Justicia, *Deutscher Apothekerverband v 0800 DocMorris*, 11 de diciembre de 2003, Caso C 322/01.

<sup>64</sup> Excluimos el IVA de nuestro debate.

<sup>65</sup> Ver, por ejemplo, ÖBIG (2006, pp. 24, 41) para las regulaciones que se aplican en Holanda y Noruega respectivamente. Ver también Capítulo 1

Aunque la regulación de precios está clasificada como “regulación de rendimiento”, nosotros mencionaríamos de nuevo que también afecta a la conducta; determinando el “modo” de competencia: Si los farmacéuticos comunitarios, como resultado de la regulación de precios, no tienen posibilidad de estar implicados en la competencia de los mismos, se centrarán en la competencia de calidad.

### ***Regulación de los márgenes de beneficio***

Los farmacéuticos usualmente reciben una tarifa relacionada con el número de transacciones que realizan. Más específicamente: Reciben una tarifa fija o un porcentaje fijo sobre el precio del medicamento por cada medicina con receta dispensada. Se supone que esta tarifa fija reembolsa a los farmacéuticos su prestación de servicios farmacéuticos. Sin embargo, el hecho de que el reembolso esté relacionado con el número de prescripciones y no en la prestación de servicios farmacéuticos ha sido criticado por algunos autores.<sup>66</sup> Rara vez se regulan los márgenes de las Especialidades Farmacéuticas Publicitarias (OTC).

La presencia de esquemas de incentivos en algunos Estados Miembros puede tener también una influencia en los beneficios de los farmacéuticos, en lo que se refiere a la dispensación de medicinas con receta. Esto es, en algunos Estados Miembros, como Holanda, la sustitución por parte de los farmacéuticos de medicamentos más caros por otros más baratos (genéricos o importaciones paralelas), es posible siempre que los médicos prescriban con el nombre de la sustancia activa y no bajo el nombre de marca.

## **2.5 Conclusión**

La justificación principal para la regulación es consecuencia del fallo de mercado llamado “asimetría de la información”. Efectivamente, hay una asimetría de información entre los farmacéuticos y sus clientes, lo que puede dar lugar al problema de la “selección adversa”, y de ahí a la degradación de la calidad. Es necesario algún tipo de intervención en el mercado (como la regulación de la calidad), ya sea por parte del gobierno o por medio de algún organismo de auto-regulación, con el fin de subsanar este fallo de mercado. Adicionalmente, la ausencia de algún tipo de regulación de la calidad podría ser un problema externo en el mercado farmacéutico (efectos adversos para la salud o terceras partes en el caso de servicios de baja calidad)<sup>67</sup>.

Relacionado con esta discusión sobre el fallo del mercado, por supuesto es necesario controlar cualquier (abuso de) poder de mercado, por ejemplo, productores de medicamentos, empresas mayoristas y/o seguros sanitarios. Mientras que la ley de competencia es el instrumento principal para hacerlo, la presencia del poder de mercado puede también explicar hasta cierto

---

<sup>66</sup> Para un análisis crítico de la tarifa fija/margen fijo, ver Philipsen (2003), quien argumenta que idealmente, se desearía tener un sistema de remuneración que considerase a los farmacéuticos independientemente de las tareas desempeñadas en el área de la asistencia farmacéutica, como el asesoramiento a los médicos (en las llamadas consultas fármaco-terapéuticas) y los pacientes por un lado, y por las tareas de distribución por otro.

<sup>67</sup> Algunas veces, el carácter de “bien público” de la asistencia sanitaria, es utilizado como justificación adicional para la regulación. Sin embargo, estrictamente hablando, el problema de la conducta libre del “bien público” y la prestación insuficiente de servicios farmacéuticos (ver también Apéndice 2: “Regulación de las profesiones: Visión global de la literatura económica) no parece ser importante en la práctica. Por tanto, no lo trataremos en esta discusión. Lo mismo pasa con el problema de “generación de demanda” que resulta en obstáculo moral (agente principal del problema).

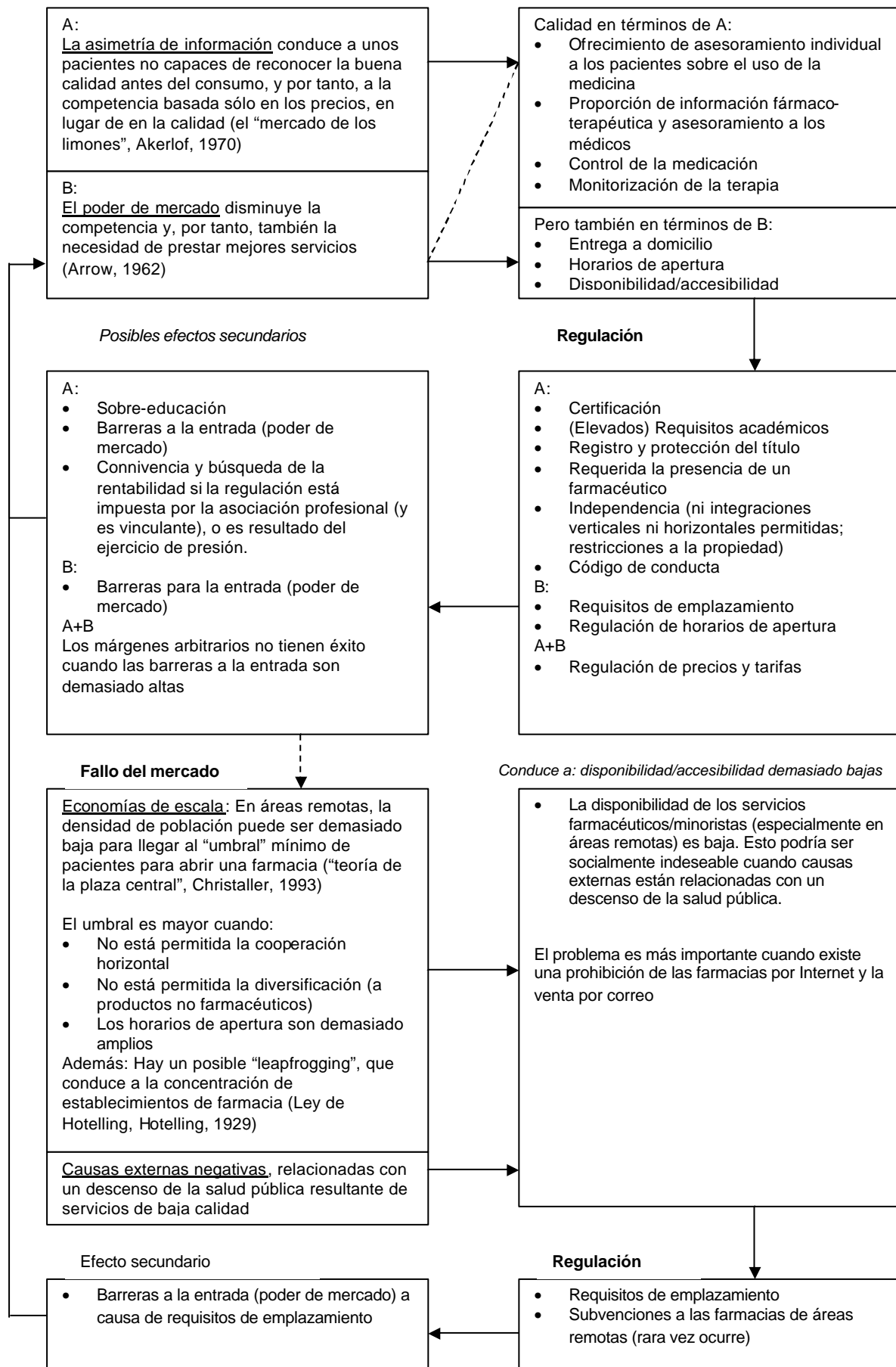
punto la regulación de precios (específica del sector) de los medicamentos y los márgenes de beneficio.

La Figura 2.7 proporciona una visión esquemática de los argumentos presentados anteriormente. Muestra las formas principales de fallo de mercado que pueden aparecer en el mercado farmacéutico, así como la regulación comúnmente diseñada por los Estados Miembros de la UE para tratar los problemas resultantes de él. Además, la Figura muestra los posibles efectos secundarios de dicha regulación.

### **Figura 2.7 Fallos de mercado: Efectos, regulaciones y efectos secundarios**

**Fallo del mercado**

*Conduce a: peor calidad*



### 3. El sector de farmacia – información factual

#### 3.1 Regulación del sector de farmacia en los Estados miembros – actividades realizadas

Para obtener información sobre la regulación de farmacia en los Estados Miembros, hemos realizado las siguientes actividades:

- Hemos analizado documentos legales;
- Recogido información de fuentes públicas;
- Dirigido un cuestionario Web a los políticos y organizaciones representativas de las organizaciones farmacéuticas (PROs);<sup>135</sup>
- Contactado con los políticos nacionales, PROs, autoridades de la competencia y organizaciones representativas de los consumidores, para información adicional.

Enviamos cuestionarios a más de 100 organizaciones. En el Apéndice 5 figura una lista completa de las organizaciones contactadas. En la Tabla 3.1 de abajo, hemos enumerado las organizaciones representativas de la farmacia, y los políticos que han cooperado sin el cuestionario. Sólo han sido incluidos quienes han contestado a más de un 20% del cuestionario.

**Tabla 3.1 Respuesta a los cuestionarios por parte de los políticos o PROs (sólo figuran quienes han contestado a un 20% o más del cuestionario)**

País	Organización	% de preguntas contestadas
Austria	Österreichische Apothekerkammer	96%
Hungría	Ministerio de Sanidad	96%
Alemania	Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände	83%
Letonia	Ministerio de Sanidad	83%
Estonia	Unión de Farmacéuticos Estonios	78%
Francia	Conseil Central de l'Ordre des Pharmaciens d'officine	78%
Portugal	Instituto Nacional de Productos farmacéuticos y medicinas	78%
Chipre	Organización Farmacéutica Pan-Chipriota	70%
Reino Unido	Departamento de Sanidad - PPRS	70%
Dinamarca	Asociación Farmacéutica Danesa	65%
Italia	Ministero della Salute - Direzione generale dei farmaci e dei dispositivi medici	65%
Eslovenia	Ministerio de Sanidad	57%
Bélgica	Algemene Pharmaceutische Bond – Asociación Farmacéutica belga	52%
Dinamarca	Agencia Danesa de Medicinas	52%
Irlanda	Unión Farmacéutica Irlandesa	52%
Bélgica	Orde der Apothekers	48%
Alemania	Bundesministerium für Gesundheit	48%
Portugal	Associação Nacional das Farmácias	48%
Estonia	Agencia Estatal de Medicinas	43%
Grecia	Ministerio de Sanidad	43%
Reino Unido	Real Sociedad Farmacéutica de Gran Bretaña	43%

<sup>135</sup> El cuestionario se presenta en el Apéndice 4 ("Cuestionarios")

R. Checa	Cámara Checa de Farmacéuticos	35%
Lituania	Ministerio de Sanidad	35%
Suecia	Apoteket AB	35%

El estudio de IHS y el estudio posterior de la Comisión Europea tuvieron unas tasas bajas de respuestas similares.

### **Controles de calidad**

Hemos enviado los borradores de las hojas de países a los políticos y PROs para que llevaran a cabo controles de calidad.<sup>136</sup> Además, las hojas de países han sido enviadas a la Agrupación Farmacéutica de la Unión Europea (PGEU) y a la Red Europea de la Competencia (ECN) para un control similar.

La mayoría de las organizaciones revisaron las hojas de país y las devolvieron, con correcciones en algunos casos. Si estas correcciones eran importantes, las reenviamos de nuevo para un control final.

La tabla 3.2 da una visión global de los controles de calidad que hemos realizado con las hojas de país.

**Tabla 3.2 Controles de calidad realizados de las hojas de país hasta el 4 de octubre de 2006**

País	¿Hoja de país enviada?	A	¿Recibida Respuesta?	¿Revisada La hoja de país enviada?	A	¿Recibida respuesta?
Austria	Sí	- Ministerio de Sanidad - Cámara de Farmacéuticos	Sí	Sí	- Ministerio de Sanidad - Cámara de Farmacéuticos	Sí
Bélgica	Sí	- Association Pharmaceutique Belge - Belgian Competition Authority	Sí	Sí	- Association Pharmaceutique Belge	Sí
Chipre	Sí	- Ministerio de Sanidad - Autoridad de Competencia	Sí	No		
Rep. Checa	Sí	- Oficina para la Protección de la Competencia - Lekarnici (Association) - SUKL (State Institute for Drug Control)	Sí	No		
Dinamarca	Sí	- Ministerio de Sanidad - Apotekerforeningen - DKMA	Si	No		
Estonia	Sí	- Estonian Pharmacists Association	Sí	No		

<sup>136</sup> Los políticos y PROs de España y Grecia no han sido contactados para realizar el control de calidad, ya que dichas organizaciones rehusaron cooperar.

Finlandia	Sí	- National Agency for Medicines - Autoridad finlandesa De la competencia	Sí	No		
Francia	Sí	- Ordre des Pharmaciens	Sí	No		
Alemania	Sí	- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände - Ministerio de Sanidad	Sí	Sí	- Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände - Ministerio de Sanidad	Sí
Grecia	No*					
Hungría	Sí	- Ministerio de Sanidad - Autoridad húngara de La competencia	Sí	No		
Irlanda	Sí	- Pharmaceutical Society of Ireland - Irish Pharmaceutical Union	Sí	No		
Italia	Sí	- Ministerio de Sanidad	No			
Letonia	Sí	- Autoridad Letona De la Competencia	Sí	No		
Lituania	Sí	Ministerio de Sanidad	No			
Luxemburgo	Si	- Ministerio de Sanidad	No			
Malta	Si	- Ministerio de Sanidad	Si	No		
Holanda	Si	-KNMP - Ministerio de Sanidad	Si	No		
Polonia	Si	- Ministerio de Sanidad	No			
Portugal	Si	- Associação Nacional das Farmácias - Instituto Nacional da Farmácia e do Medicamento (Infarmed)	Si	No		
Eslovaquia	Si	- Ministerio de Sanidad	No			
Republica Eslovenia	Si	- Ministerio de Sanidad	Si	No		
España	No*		Si			
Suecia	Si	- Apoteket		Sí	- Ministerio de Sanidad - Apoteket - Autoridad de Competencia	No
Reino Unido	Si	- Departamento de Sanidad	Si	Sí	- Departamento de Sanidad	Si
* Cooperación rehusada						

**Nota:** Las hojas de país revisadas sólo se enviaron en los casos en los que las adiciones y/o correcciones a la primera fuesen importantes.

Para 16 países, las actividades realizadas han dado lugar a una visión global casi completa de la regulación, lo que significa que más del 95% de ésta fue identificada y comprobada por las partes implicadas de dichos países. En cinco países fue difícil obtener una visión global completa de la regulación, ya que las partes interesadas rehusaron participar. Además, los textos legales no estaban disponibles en un idioma fácilmente accesible. Para estos países no conseguimos obtener el 95% de la regulación. Estos son: Dinamarca, Grecia, Italia, Lituania, y la República de Eslovaquia. De ellos sólo las hojas de país de Grecia y la República de Eslovaquia están completas en menos de un 75%,

### **3.2 Regulación del sector de farmacia en los Estados Miembros – resultados**

La información de los regímenes reguladores de los distintos Estados Miembros está enumerada en las hojas de país y en el Apéndice 6 de este informe. La Tabla 3.3 proporciona una visión global del ámbito de la regulación en cada uno de los Estados Miembros. La leyenda de la Tabla 3.3 se da en la Tabla 3.4.



**Tabla 3.3 Visión global de la regulación en el área de las farmacias en los Estados Miembros**

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK
Educación																									
Duración total de la educación	5.5	5.0	n r	5.0	5.0	5.0	5.0	6.0	5.0	6.0	6.0	6.0	5.5	5.0	55	n r	5.0	6.0	5.0	55	55	5.0	5.0	5.0	5.0
Duración de la educación (excluyendo prácticas obligatorias)	5	4.5	n.r.	4.5	4.5	4.5	4.5	4.83	4	5	54.5	5	5	4.5	5	n.r.	4.5	5.5	4.5	5	5	4.5	4.5	4.5	4
Duración de la práctica obligatoria	6	6	n.r.	6	6	6	6	14	12	12	6	12	6	6	6	n.r.	6	6	6	6	6	6	6	6	12
¿Limitación del número de estudiantes?	413	no	n.r.	300	207	90	100	2990	2650	300	320	85	?	50	?	n.r.	no	no	no	889	no	135	no	200	no
¿Formación continua obligatoria?	0	0	0	20	0	0	0	0	40	0	20	0	?	0	24	?	0	6	?	24	y	80	0	0	0
¿Registro, licencia o pertenencia obligatoria?																									
¿Registro, licencia o pertenencia obligatoria?	R.M	R	R.M	R.M	no	R	L	R.M	L.M	R.L. M	R.L. M	R	R.M	R	L	R.L	R	R	R.L. M	R.L. M	M	M	R.M	L	R.M
Diploma/requisitos educativos	Y	Y	Y	Y	n.r.	Y	Y	Y	Y	N	Y	Y	?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	?	?	Y	Y	Y
Práctica (duración en meses)	N	N	Y	N	n.r.	N	N	N	N	Y	N	Y	?	Y	N	N	N	N	N	N	?	?	N	N	N
Examen	N	N	Y	N	n.r.	N	N	N	Y	Y	N	N	?	N	Y	N	N	N	N	N	?	?	N	N	Y
Declaración de buena conducta	Y	N	N	N	n.r.	N	N	Y	Y	N	N	N	?	Y	N	Y	N	N	Y	N	?	?	N	Y	N
Requisitos de idioma/otros	N	N	N	N	n.r.	N	N	N	Y	N	N	N	?	N	N	Y	N	N	Y	N	?	?	N	N	N
Limitaciones de nacionalidad/residencia obligatoria	N	N	N	N	n.r.	N	N	Y	Y	N	N	N	?	N	N	Y	Y	N	N	N	?	?	N	N	N
Costes/año	?	122	17	60	n.r.	0	0	423	150	300	41	404	?	4	0	0	12	0	5	218	?	?	?	0	387

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK
<b>Ámbito del Monopolio</b>																									
POM: ¿Farmacia comunitaria?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
POM: ¿Farmacia de hospital?	Y	N	Y	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
POM: ¿Otras farmacias?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
POM: ¿Otras profesiones médicas ?	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y
OTC: ¿Farmacia comunitaria?	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y	Y
OTC: ¿Farmacia de hospital?	Y	N	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
OTC: ¿Otras farmacias?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N
OTC: ¿Otras profesiones médicas ?	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	Y	N	Y	N	Y	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	Y
OTC: ¿Drogueros?	Y	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	Y	N	Y	N	N	N	N	Y
OTC: ¿otras tiendas?	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	Y	N	N	N	N	N	Y	Y	N	N	N	N	N	Y
Requisitos adicionales? (licencia, educación, Gama mínima de productos)	N	n r	n r	n r	P	n r	n r	n r	E	n.r.	N	?	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	n.r.	L	N	E	?	n.r.	n.r.	n.r.	E
<b>Requisitos operativos</b>																									
¿Restricciones Operativas?	M	N	p	N	P	N	P	P	P	P	0	N	PS	PS	N	P	N	N	N	P	N	PS	M	S	0
Permitida la propiedad de más de 1 farmacia?	M	U	M	U	U	U <sup>70</sup>	3c	5c	3c	N	Mc	U	N	2c	U	N	U	U	U	N	3c	U	N	n.r.	U
¿Restricciones a la forma empresarial?	A	PL	A	PL	PL	PL	PL	PL	A	PL	A	PL	?	PL	PL	A	PL	PL	PL	PL	S	A	S	n.r.	PL
¿Cambios de localización libres?	Y	Y(5)	N	N	N	Y	N	Y(5)	Y	Y	N	Y	Y	N	Y	Y	Y	Y	Y	?	?	N	Y(3)	n.r.	Y
¿Permitidas las farmacias de Internet; POM?	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	N	?	N	?	Y	Y

¿Farmacias de Internet permitidas: OTC?	N	N	N	N	Y	N	N	N	Y	N	Y	Y	N	Y	N	N	N	Y	N	N	?	N	?	Y	Y	
	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK	
Nº mínimo de clientes	N	2500	N	N	?	3000	N	2500	N	?	5000	N	4500		N	5000	N	N	N	4000	N	5000	2800	n.r.	N	
Requisitos geográficos	N	N	N	N	?	1000	S	N	N	?	275	N	200	N	N	N	N	N	N	500	N	400	250	n.r.	N	
Ltd. no pharms	N	N	N	N	?	N	N	N	N	N	S	N	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	n.r.	N	
Test de necesidades económicas	Y	N	N	N	?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	n.r.	N	
Contrato con seguro	N	N	N	N	?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	Y	N	n.r.	N	
Otros	Y	N	N	N	?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	S	N	Y	N	n.r.	N	
Barreras para farmacéuticos de otros países de la UE																										
Cláusula de 3 años	S	N	N	N	N	N	N	S	S	?	S	N	N	N	N	N	N	N	N	N	?	N	N	N	S	
Requisito de idioma	S	N	S	N	N	N	N	N	N	?	S	N	N	N	N	S	S	N	S	S	?	S	N	S	N	
Otros	N	N	N	N	N	N	N	S	N	?	N	N	Y	Y	N	N	N	S	N	N	?	N	N	N	N	
¿Puede operar una farmacia sin contrato con un asegurador?																										
Legalmente	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S	S	N	S	S	N	S	S	S	S	?	N	N	n.r.	S	
Económicamente	S	S	S	S	N	N	N	S	S	N	N	N	N	N	S	N	Y	S	S	S	?	N	N	n.r.	N	
Asociación horizontal/fusión (integración)																										
¿Otras farmacias?	Yc	Yc	S	S	N	S	N	S	S	?	Yc	S	?	Yc	S	S	S	S	S	N	N	N	N	n.r.	S	
¿Drogueros?	Yc	Yc	S	S	N	S	N	S	N	N	?	S	?	Yc	N	S	S	S	S	N	N	N	N	n.r.	S	
¿Mayoristas?	Yc	S	N	N	N	N	N	N	N	?	N	S	N	S	N	?	S	S	S	N	N	N	N	n.r.	N	
¿Fabricantes?	Yc	S	N	N	N	N	N	N	N	?	N	S	N	S	N	?	S	S	N	N	N	N	N	n.r.	N	
¿Compañías de seguros?	Yc	S	S	N	S	S	N	N	N	?	S	S	N	S	N	?	n.r.	S	S	N	N	N	N	n.r.	S	
¿Médicos de familia?	Yc	S	S	N	N	N	N	N	N	?	S	Yc	N	S	N	N	N	N	S	N	N	N	N	n.r.	S	
Local																										
¿Horarios de apertura?	F	U	F	U	?	U	U	U	F	Min	F	Min	Max	U	U	U	U	U	?	Max	?	Min	U	U	Min	

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK
Diseño del local ¿Espacio?	S	N	S	S	N	S	S	S	S	?	S	N	N	S	S	S	N	N	S	S	?	S	S	S	S
Diseño del local ¿Publicidad?	S	S	N	S	N	S	N	S	N	S	S	N	S	S	S	S	S	S	N	S	N	N	N	S	S
Diseño del local Exterior?	S	S	S	S	N	N	N	S	N	?	S	N	S	S	S	S	S	N	N	S	?	S	N	S	N
Diseño del local: ¿Interior?	S	S	N	S	N	N	N	S	N	?	N	N	N	N	S	S	N	N	N	S	?	N	N	S	N
Diseño del local: ¿Estanterías?	N	S	N	S	N	N	S	S	N	?	N	N	N	N	S	N	N	N	S	N	?	S	N	S	S
Diseño del local ¿Almacenaje?	N	S	S	S	N	S	S	S	S	?	S	N	N	S	S	N	S	N	S	S	?	S	N	S	S
¿Es obligatoria la presencia de un farmacéutico?	S	S	S	S	S	N	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	S	N	S
¿Stock? ¿Permitida la venta de productos no farmacéuticos?	S	S	S	N	S	T	S	N	S	?	N	N	T	T24	?	N	N	N	S	T24	?	T24	S	S	N
¿Prestación de servicios de diagnóstico?	L	L	L	U	L	L	L	L	L	L	L	U	U	L	?	L	L	Y	N	L	?	L	U	L	U
¿Se requiere el registro del consumidor: POM?	S	S	S	S	S	S	S	S	S	?	S	S	S	?	?	N	S	?	S	S	?	N	S	S	S
¿Se requiere el registro del consumidor OTC?	N	N	N	N	N	N	N	N	N	?	N	N	?	N	?	N	N	?	N	N	?	N	N	S	N
	N	N	N	N	N	N	N	N	N	?	N	N	?	N	?	N	N	?	N	N	?	N	N	N	N
Regulación de precios																									
¿Regulado el precio de POM?	M	M	M	M	F	M	F	M	F	F	M	F	F	M	M	M	N	M	M	M	M	F. M	F	F	F
¿Regulado el precio de OTC?	M	M	M	M	N	M	F	N	N	F	M	N	F	M	M	M	N	N	M	N	M	N	N	F	N
Regulado margen de beneficio?	N	Mp	Mp	Mp	?	Mf. Mp	F. D. Mp	?	Mf	?	Mf. Mp	D.Mp	?	Mf. Mp	?	N	N	D	?	Mf	?	D. Mf	F. Mp	N	Mp

La Tabla 3.4 contiene la leyenda de la Tabla 3.3 y las puntuaciones de la regulación cuando la cuantificamos. Se da más información sobre la metodología de la cuantificación de la regulación en la Sección 3.3.

**Tabla 3.4. Leyenda y puntuación de la regulación en los Estados Miembros**

Categoría	Respuestas	Puntuación en escala 0-1
Duración	Años	Normalización del nº de años
Duración de la educación (excl. Práctica obligatoria)*	Años	N.a.
Duración de la práctica obligatoria	Meses	N.a.
Limitación del número de estudiantes?	Número máximo de plazas	Normalización de habitantes/número de plazas
¿Formación continuada (efectiva) obligatoria?	(Horas/año)	Normalización de horas/año
Registro, licencia o pertenencia Obligatoria?	(R, L, M, ninguna)	N.a.
Diploma/requisitos académicos	Sí/no	Sí = 1, no = 0
Práctica (duración en meses)	Sí/no	Sí = 1, no = 0
Examen	Sí/no	Sí = 1, no = 0
Declaración de buena conducta	Sí/no	Sí = 1, no = 0
Requisito de idioma/otro	Sí/no	Sí = 1, no = 0
Limitaciones de nacionalidad/ Residencia obligatoria	Sí/no	Sí = 1, no = 0
Costes/año	Sólo cuota anual	Normalización de la cuota anual
Monopolio profesional para medicinas con receta?		
¿Farmacéuticos comunitarios?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Farmacéuticos de hospital?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Otros farmacéuticos?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Otras profesiones médicas?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Monopolio profesional de OTC?		
¿Farmacéuticos comunitarios?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
Farmacéuticos de hospital?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Otros farmacéuticos?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Otras profesiones médicas?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Droguerías?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Otros establecimientos?	Sí/no	Sí = 0, no = 1
¿Requisitos adicionales? (licencia, educación, gama mínima de producto)	Licencia (L)	1
	Educación (E)	1
	Gama mínima de productos (P)	1
	Ninguna	0
¿Restricciones sobre la propiedad de las farmacias?	Sólo el Estado (S)	1
	Sólo Farmacéuticos (P)	0.83

Categoría	Respuestas	Puntuación en escala 0-1
¿Está permitida la propiedad de más de una farmacia?	<i>Farmacéuticos y gobierno (local) sólo (PS)</i>	0.67
	<i>Las mayoría de las acciones las deben tener farmacéuticos (M)</i>	0.50
	<i>Uno de los propietarios debe ser farmacéutico (O)</i>	0.33
	<i>Un farmacéutico debe ser el director (PM)</i>	0.17
	<i>Sin restricciones (N)</i>	0
	<i>Si, ilimitada(U)</i>	0
	<i>Máximo ... sucursales (sin condiciones) (#)</i>	0.2
	<i>Máx. .... sucursales (con condiciones: [condición]) (#C)</i>	0.4
	<i>Minoría de acciones de la primera farmacia (sin condiciones) (M)</i>	0.6
	<i>Minoría de acciones de la primera farmacia (con condiciones : [condición]) (MC)</i>	0.8
¿Hay restricciones sobre la forma empresarial de las farmacias ?	<i>No(N) Está permitid; Sólo para los médicos (S)</i>	1 1
	<i>S y Asociaciones (A)</i>	0.66
	<i>A personas jurídicas /empresas privadas (P)</i>	0.33
¿Localización libre para el cambio de propiedad? ¿Requisitos para el emplazamiento de las farmacias?	<i>P and Legal person /private company with limited liability (PL) Yes/yes (after # years.)/no</i>	0 Sí = 0, yc = 0.5, no = 1
Nº mínimo de clientes +	<i>Sí (número de clientes)/no</i>	Normalización del nº de clientes, no = 0
Categoría	<i>Respuestas</i>	Puntuación en escala 0-1
Requisitos geográficos +	<i>Si (distancia en metros)/no</i>	Normalización de la distancia, no = 0
Limitado número de farmacias+	<i>Si (número de farmacias)/no</i>	Normalización de la inversa del Número de farmacias, no = 0

Test de necesidades económicas	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
Contrato con seguro	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
Otros	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
Existen barreras para los farmacéuticos De otros países de la UE?		
Cláusula de los 3 años	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
Requisito de idioma	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
Otros	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
¿Están permitidas las farmacias de Internet? ¿Medicinas con receta?	<i>Si/no</i>	Sí = 0, no = 1
¿Están permitidas las farmacias de Internet? ¿OTC?	<i>Si/no</i>	Sí = 0, no = 1
Está permitida la cooperación de los farmacéuticos con otras profesiones?		
Asociaciones/fusiones horizontales Con otras farmacias	<i>Si/si con condiciones (yc)/no</i>	Sí= 0, yc = 0.5, no = 1
Asociaciones/fusiones horizontales Con droguerías	<i>Si/si con condiciones (yc)/no</i>	Sí = 0, yc = 0.5, no = 1
Asociaciones/fusiones verticales con mayoristas?	<i>Si/si con condiciones (yc)/no</i>	Si = 0, yc = 0.5, no = 1
Asociaciones/fusiones verticales con productores	<i>Si/si con condiciones (yc)/no</i>	Si = 0, yc = 0.5, no = 1
Asociaciones/fusiones verticales con aseguradores?	<i>Si/si con condiciones (yc)/no</i>	Si = 0, yc = 0.5, no = 1
Asociaciones/fusiones verticales con Médicos de Familia?	<i>Si/si con condiciones (yc)/no</i>	Si = 0, yc = 0.5, no = 1
Se puede operar una farmacia sin contrato con un seguro?		
Legalmente	<i>Si/no</i>	Si = 0, no = 1
Económicamente	<i>Si/no</i>	Sí = 0, no = 1
Horarios de apertura	<i>No regulado (u)</i>	0
	<i>Mínimo de horas (min)</i>	0.33
	<i>Máximo de horas(max)</i>	0.66
	<i>Fijo (f)</i>	1
Diseño del local Espacio?	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0
Diseño del local: Publicidad?	<i>Si/no</i>	Sí = 1, no = 0

<b>Categoría</b>	<b>Respuestas</b>	<b>Puntuación escala 0-1</b>
Diseño del local: Exterior?	<i>Si/no</i>	Si = 1, no = 0
Diseño del local: Interior?	<i>Si/no</i>	Si = 1, no = 0
Diseño del local: Estanterías?	<i>Si/no</i>	Si = 1, no = 0
Diseño del local: Almacenaje?	<i>Si/no</i>	Si = 1, no = 0
Se requiere la presencia de un farmacéutico?	<i>Si/no</i>	Si = 1, no = 0
Stock?	<i>Stock mínimo (s)</i>	1
	<i>Entrega a tiempo (t; duración)</i>	0.5
	<i>No regulación(n)</i>	0
Diferenciación de productos/servicios		
Permitida la venta de Productos no farmacéuticos?	<i>Si, ilimitada(u)</i>	0
	<i>Si, limitada (l)</i>	0.5
	<i>No</i>	1
Prestación de servicios de diagnóstico?	<i>Si/no</i>	Yes = 0, no = 1
Requerida la identificación del consumidor: POM?	<i>Si/no</i>	Yes = 1, no = 0
Requerido registro del consumidor: OTC?	<i>Si/no</i>	Si = 1, no = 0
Regulados los precios de las POM?	<i>Fijo (f)</i>	1
	<i>Máximo (m)</i>	0.5
	<i>No regulado (n)</i>	0
Regulados los precios de OTC?	<i>Fijo (f)</i>	1
	<i>Máximo (m)</i>	0,5
	<i>No regulado (n)</i>	0
Regulados los márgenes de beneficio?	<i>Fijo (f)</i>	1
	<i>Cuota (d)</i>	1
	<i>Margen absoluto fijo de la medicina (mf)</i>	1
	<i>Porcentaje de la medicina (mp)</i>	1
	<i>No regulado (n)</i>	0



Si evaluamos la regulación en los distintos Estados Miembros, podemos observar numerosas diferencias significativas.

La duración total de la educación varía entre cinco y seis años, y todos están en línea con la Directiva 2005/36/EC que estipula una educación de al menos cuatro años de formación teórica y práctica a tiempo completo, y un período de seis meses de prácticas en una farmacia.<sup>70</sup> En la mayoría de los Estados Miembros la duración de las prácticas obligatorias es de seis meses; sólo unos pocos Estados Miembros requieren 12 meses de prácticas obligatorias. En Francia, éstas son aún más largas, consistiendo en 12 meses y 10 semanas en total.

Casi todos los Estados Miembros requieren o registro, o licencia, o pertenencia a una organización profesional de farmacéuticos que sea activa dentro de su territorio. La excepción más notable es Dinamarca, que no tiene ningún requisito de registro o licencia. Para los países que tienen registro obligatorio, licencia y/o pertenencia a la organización profesional, el requisito más común es, además de los requisitos académicos obligatorios, una declaración de buena conducta, lo cual es obligatorio en 7 de los 21 Estados Miembros. Los requisitos generales relativos al idioma ya sea para el registro, licencia, o pertenencia a la organización profesional, sólo <sup>71</sup> están explícitamente establecidos en dos de los 21 Estados Miembros. Estos Estados son Alemania y Luxemburgo.

Hay un monopolio profesional para las medicinas con receta en todos los Estados Miembros. En 7 de ellos, los médicos también están autorizados a prescribir (Nota del Traductor: ¿dispensar?) medicinas en áreas remotas, en las que no haya ninguna farmacia a una distancia razonable. En 7 Estados Miembros el monopolio profesional para las medicinas OTC se extiende a los droguerías y/u otras tiendas. Este grupo de Estados Miembros se solapa parcialmente, pero no es idéntico al grupo de Estados que han limitado el monopolio profesional para las medicinas con receta.

En cuatro Estados Miembros, los gobiernos locales pueden ser propietarios de farmacias. En Suecia, el derecho a ser propietario de farmacias es exclusivo del gobierno; en Italia, Lituania y la República de Eslovaquia, tanto los farmacéuticos como el gobierno pueden poseer una farmacia. Otros 12 Estados Miembros requieren que el farmacéutico desempeñe una función en la propiedad de la farmacia, mientras que sólo 9 Estados Miembros no ponen ninguna restricción sobre quién puede ser propietario de una farmacia.<sup>72</sup>

En 20 de los 24 Estados Miembros se puede poseer más de una farmacia (menos en Suecia). Sólo en 11 de estos Estados Miembros es ilimitada la propiedad múltiple. En los otros, hay o restricciones sobre el número de farmacias que uno puede tener, o la propiedad está restringida a participaciones minoritarias en las farmacias posteriores a la primera.

10 Estados Miembros no ponen ninguna restricción sobre la localización de nuevas farmacias. En todos los demás, hay requisitos para su emplazamiento. Las restricciones más

---

<sup>70</sup> Directiva 2005/36/EC del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 sobre el reconocimiento de las cualificaciones profesionales.

<sup>71</sup> Estos requisitos son para todos los farmacéuticos, nacionales o extranjeros. Algunos países establecen requisitos adicionales de idioma sólo para extranjeros.

<sup>72</sup> No se incluyen las restricciones a la integración horizontal o vertical.

comunes están relacionadas con un número mínimo de clientes requeridos, y una distancia mínima entre farmacias.

Todavía hay algunas barreras para los farmacéuticos que desean abrir una farmacia en otros Estados Miembros de la UE. Cinco Estados Miembros aún tienen la cláusula de los 3 años, lo que significa que un farmacéutico con título “extranjero” no pueden abrir una nueva farmacia, y sólo pueden ser dueños de una que tenga más de tres años de antigüedad. Estos Estados Miembros son Austria, Francia, Alemania, Hungría, y Reino Unido. Además, 9 Estados Miembros tienen requisitos explícitos de idioma para farmacéuticos “extranjeros”.

La mayoría de los Estados Miembros permiten la cooperación horizontal. Tanto las participaciones en otras farmacias, como la integración con droguerías están permitidas en la mayoría de los casos. La integración vertical, sin embargo, no se permite en general. Siete Estados Miembros permiten que los farmacéuticos y los mayoristas se integren; mientras que solamente seis Estados Miembros permiten la integración entre los farmacéuticos y los productores.

Se permite generalmente a los farmacéuticos vender productos no-farmacéuticos. En siete Estados Miembros no hay restricciones legales en cuanto a los productos vendidos; 15 Estados Miembros limitan los productos que se pueden vender en una farmacia a los productos relativos a la salud. Solamente en Polonia, no se permite a los farmacéuticos vender ningún producto no-farmacéutico.

Con respecto a la regulación de precios, solamente en Malta el gobierno no los regula; todavía, los precios son fijados por el mayorista. El resto de los Estados Miembros tienen precios regulados para las medicinas con receta. En alrededor de la mitad de los casos, los precios son fijos, mientras que en la otra mitad se fijan los precios máximos. Una situación muy distinta se puede observaren las OTCs. 10 Estados Miembros no tienen precios regulados para ellas, mientras que otros 10 Estados Miembros sólo establecen sus precios máximos.

### **3.3 Cuantificación de la regulación del sector de farmacia en los Estados Miembros – Metodología**

El alcance de la regulación en la tabla 3.3 se ha transformado en una escala de 0 a 1, donde 0 está “relativamente no regulado/sin restricciones” y 1 indica “regulado relativamente/restrictivo”. La tabla 3.4 es una especie de leyenda de la tabla 3.3, explicando las diversas respuestas en la tabla 3.3. Además, la tabla 3.4 indica cómo éstos se transforman en indicadores cuantitativos; abajo se explica mas detalladamente.

#### ***Puntuaciones numéricas***

La mayor parte de las categorías de la tabla 3.3 son preguntas sobre si existe o no una cierta regulación. Las respuestas a estas preguntas se pueden formular como “sí” o “no”. La transformación de estas respuestas a la escala de 0 a 1 es directa.

Un cierto número de preguntas tienen respuestas numéricas. Ejemplos de estas preguntas son la duración de la educación, el coste anual por año de registro, licencia o pertenencia a una organización profesional. En estos casos, hemos normalizado esos números usando la siguiente fórmula:

$$S_n = (\text{value} - \text{avg}) / \text{sd}$$

Donde:

$S_n$  = puntuación normalizada

Value = Valor listado en la Tabla 3.3

Avg = Porcentaje de entradas en la categoría

Sd = Desviación estándar de las entradas de esa categoría

Para transformar estos resultados en una escala de 0 a 1, hemos utilizado la siguiente fórmula:

$$\text{Puntuación} = (S_n - S_{n,\text{min}}) / (S_{n,\text{max}} - S_{n,\text{min}})$$

Donde:

$S_n$  = Puntuación normalizada

$S_{n,\text{min}}$  = el valor más bajo de  $S_n$  en las entradas de la categoría

$S_{n,\text{max}}$  = el valor más alto de las entradas de la categoría

### ***Puntuaciones cardinales***

Otra categoría de preguntas tiene múltiples respuestas no numéricas. Ejemplos de este tipo de cuestiones son las “restricciones a la propiedad”, “restricciones a la forma empresarial” y “horarios de apertura”. Los resultados de estas categorías de preguntas son tratados como datos ordinales, lo que significa que los hemos ordenado desde los más restrictivos hasta los menos restrictivos. Después, hemos aplicado una escala de Likert para transformar los resultados en puntuaciones, puntuando el resultado menos restrictivo como 0, el segundo menos restrictivo como 1, dividido por el número de respuestas de la categoría, menos 1, la siguiente respuesta menos restrictiva como 2 dividido por el número de respuestas de la categoría menos 1, etc. Así, la escala de Likert da un valor 0 al resultado menos restrictivo, y un valor de 1 al más restrictivo.

### ***Factores de ponderación y agrupación***

Hemos usado factores de ponderación para calcular las puntuaciones globales del grado de regulación. Toda elección de factor de ponderación es arbitraria, y por tanto, hemos decidido no utilizar ninguno.<sup>73</sup> En consecuencia, esto podría llevar a influencias extremas de ciertos grupos de regulaciones en la puntuación global. Por ejemplo, al incorporar seis categorías de regulación en el diseño del local habría dado a esta categoría una influencia particularmente fuerte a esta regulación en la puntuación de la regulación de “local”. Para evitar estos extremos, hemos agrupado algunas regulaciones similares en subcategorías, en la puntuación de la regulación.

### ***Observaciones omitidas***

Como hay algunas observaciones omitidas, esto puede dar lugar a una discrepancia entre las puntuaciones calculadas de la regulación y el grado de regulación actual. Para reducir esta discrepancia, hemos calculado las puntuaciones en (sub) categorías de regulación tomando

---

<sup>73</sup> Al dejar que todas las puntuaciones cuenten por igual es una forma de ponderación también. Como, sin embargo, no teníamos ninguna indicación para los factores de ponderación, decidimos elegir la opción más neutral, que era que cada puntuación tuviese un peso igual en el cálculo de las puntuaciones globales.

los promedios. El efecto de esta operación es que los valores omitidos están sustituidos por el grado medio de regulación en esa (sub) categoría. Pensamos que en el método que hemos utilizado, la discrepancia entre las puntuaciones calculadas sobre la regulación y el grado actual de regulación son más bajos que si hubiésemos usado métodos alternativos.<sup>74</sup>

### **3.4 Cuantificación de la regulación del sector de farmacia en los Estados Miembros – Resultados**

Aplicando las puntuaciones de la Tabla 3.3 se obtienen los siguientes resultados (Ver tabla 3.5) sobre la estructura y conducta de los diversos Estados Miembros. Como se ha mencionado previamente, un número alto representa un alto grado de regulación.

En la Tabla 3.5, las líneas sombreadas más oscuras representan los subtotales por categoría. Los promedios de las subcategorías se muestran en unas líneas más claras.

---

<sup>74</sup> Un método alternativo hubiera sido calcular justo la suma de las categorías. Sin embargo, esto sería igual a puntuar las observaciones omitidas como un 0; por tanto (erróneamente) considerándolo como “no regulado”.

**Tabla 3.5 Visión global de la regulación del área de farmacia en los Estados Miembros**

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK	
<b>Educación</b>																										
Duración total de la educación	0.5	0		0	0	0	0	1	0	1	1	1	0.5	0	0.5		0	1	0	0.5	0.5	0	0	0	0	0
¿Limitación del nº De estudiantes?	0.20	0.200		0.55	0.35	0.54	1.00	0.22	0.47	0.62	0.48	0.91		0.84			0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.07	0.00	0.82	0.00	0.00
¿Formación continuada obligatoria?	0.00	0.00	0.00	0.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.0	0.00	0.25	0.00		0.00	0.30		0.00	0.08		0.30		1.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Promedio de educación	0.23	0.00	0.00	0.27	0.12	0.18	0.33	0.41	0.32	0.54	0.58	0.64	0.50	0.28	0.40		0.00	0.36	0.00	0.27	0.25	0.36	0.00	0.27	0.00	0.00
¿Registro, licencia o pertenencia a una asociación obligatoria?																										
<b>Registro</b>																										
Licencia o Miembro asociado obligatorio?																										
Título/requisitos académicos	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00			1.00	1.00	1.00	1.00
Práctica (duración en meses)	0.00	0.00	1.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00		1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			0.00	0.00	0.00	0.00
Examen	0.00	0.00	1.00	0.00		0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00		0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00			0.00	0.00	1.00	0.00
Declaración de Buena conducta	1.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00		1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00			0.00	1.00	0.00	0.00
Requisito de idioma/otro	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	0.00			0.00	0.00	0.00	0.00
<b>Limitaciones de</b>																										
Nacionalidad/Residencia obligatoria	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00			0.00	0.00	0.00	0.00
Coste/año		0.29	0.04	0.14		0.00	0.00	1.00	0.35	0.71	0.10	0.96		0.01	0.100	0.100	0.03	0.100	0.01	0.51				0.00	0.00	0.91
Promedio registro	0.33	0.18	0.43	0.16		0.14	0.14	0.57	0.76	0.39	0.16	0.42		0.43	0.29	0.57	0.29	0.14	0.43	0.22			0.17	0.29	0.42	0.00

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK	
Ambito del monopolio																										
POM (Medicinas con receta)																										
POM: Farmacias?	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
POM: Far. Hospital?		1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
POM: Otras Farmacias?		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
POM: Otras profesiones médicas?	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
<i>Promedio POM</i>	0.25	0.75	0.50	0.75	0.50	0.75	0.75	0.50	0.50	0.50	0.75	0.50	0.75	0.50	0.75	0.75	0.75	0.25	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.75	0.50
Medicinas OTC																										
OTC: Farmacias?	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
OTC: Far. Hospital?		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
OTC: Otras Farmacias		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
OTC: Otras profesiones médicas?	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
OTC: Droguerías?		1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
OTC: Otras tiendas?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00
Requisitos adicionales ? (licencia. educación. Gama mínima)	0.00				1.00				1.00		0.00							1.00	0.00	1.00						1.00
<i>Promedio OTC</i>	0.29	0.83	0.83	0.83	0.71	0.83	0.83	0.67	0.43	0.67	0.71	0.33	0.83	0.67	0.83	0.83	0.83	0.14	0.57	0.71	0.83	0.83	0.83	0.83	0.83	0.43
Ámbito medio del monopolio (POM+OTC)	0.27	0.79	0.67	0.79	0.61	0.79	0.79	0.58	0.46	0.58	0.73	0.42	0.79	0.58	0.79	0.79	0.79	0.20	0.66	0.73	0.79	0.79	0.79	0.79	0.79	0.46

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	SW	UK
Restricciones de Propiedad?	0 50	0 0 0	0 83	0 0 0	0 83	0 67	0 83	0 0 83	0 83	0 83	0 33	0 0 0	0 67	0 67	0 0 0	0 83	0 0 0	0 100	0 0 0	0 83	0 0 0	0 67	0 50	1 00	0 33
De más de una farmacia permitida?	0 60	0 600	0 60	0 600	0 600	0 600	0 40	0 40	0 40	1 00	0 80	0 00	1 00	0 0	0 00	1 00	0 00	0 00	0 00	1 00	0 40	0 00	1 00		0 00
Restricciones a la Forma empresarial? Libre localización?	0 0 66	0 0	0 66	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 66	0 0	0 66	0 00		0 00	0 00	0 66	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	0 66	1 00		0 00
	0 00	0 50	1 00	1 00	1 00	0 00	1 00	0 50	0 00	0 00	1 00	0 00	0 00	1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00			1 00	0 50		0 00
Farmacias de Internet																									
Farmacias de Internet Permitidas: POM?	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	0 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	1 00	0 100	1 00	1 00		1 00		0 00	0 00
Farmacias de Internet Permitidas: OTC?	1 00	1 00	1 00	1 00	0 00	1 00	1 00	1 000	0 0 0	1 00	0 0 0	0 0 0	1 0 0	0 0 0	1 0 0	1 0 0	1 0 0	0 000	1 00	1 00		1 00		0 00	0 00
Promedio de Internet	1 00	1 00	1 00	1 00	0 50	1 00	1 00	1 00	0 00	1 00	0 50	0 50	1 00	0 50	1 00	1 00	1 00	0 00	1 00	1 00		1 00		0 00	0 00
Requisitos sobre el emplazamiento de las farmacias																									
Nº mínimo clientes	0 00	0 50	0 00	0 00		0 60	0 00	0 50	0 00		1 00	0 00	0 90		0 00	1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	0 56		0 00
Requisitos geográficos	0 00	0 00	0 00	0 00		1 00		0 00	0 00		0 28	0 00	0 20	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 50	0 040	0 40	0 25		0 040
Nº ldo. De farmacias	0 00	0 00	0 00	0 00		0 00	0 000	0 000	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 000	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00		0 00
Test de necesidades económicas	1 00	0 00	0 00	0 00		0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00		0 00
Contrato con seguro	0 00	0 00	0 00	0 00		0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	0 00		0 00
Otros	1 00	0 00	0 00	0 00		0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	0 00	1 00	0 00		0 00
Promedio de emplazamiento	0 33	0 08	0 00	0 00		0 27	0 00	0 08	0 00	0 00	0 21	0 00	0 35	0 00	0 00	0 17	0 00	0 00	0 00	0 38	0 00	0 57	0 14		0 00
Barreras a farmacéuticos de Otros países de la UE																									
Cláusula 3 años	1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	1 00		1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00		0 00	0 00	0 00	1 00
Requisito De idioma	1 00	0 00	1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00	0 00		1 00	0 00	0 00	0 00	0 00	1 00	1 00	0 00	1 00	1 00		1 00	0 00	1 00	0 00

	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	sw	UK																																																					
Otras	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00		0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00																																																					
Promedio de barreras	0.67	0.00	0.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.67	0.33		0.67	0.00	0.33	0.33	0.00	0.33	0.33	0.33	0.33	0.33		0.33	0.00	0.33	0.33																																																					
Puede una farmacia operar sin contrato con un seguro sanitario?																																																																														
Legalmente	0.0.0	0.0.0	0.0.0	0.0.0	0.0.0	0.0.0	0.0.0	0.0.0	0.000	1.0.0	0.00	0.00	1.0.0	0.00	0.00	1.0.0	0.00	0.00	0.00	0.000		1.00	1.00		0.00																																																					
Económicamente	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00		1.00	1.00		1.00																																																					
Promedio seguro	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.50	0.50	0.00	0.00	1.00	0.50	0.50	1.00	0.50	0.00	1.00	0.00	0.50	0.00	0.00		1.00	1.00		0.50																																																					
Promedio requisitos operativos	0.47	0.20	0.55	0.25	0.40	0.30	0.47	0.44	0.28	0.55	0.58	0.13	0.62	0.43	0.13	0.62	0.17	0.10	0.17	0.51	0.35	0.65	0.59	0.44	0.15																																																					
Asociación/fusión horizontal (integración)																																																																														
Otras farmacias?	0.50	0.50	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00		0.50	0.00		0.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		0.00																																																					
Droguerías?	0.50	0.50	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00		0.00		0.50	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		0.00																																																					
Mayoristas?	0.50	0.500	1.00	1.00	1.00	0.500	1.00	1.00	1.00		1.00	0.00	1.00	0.00	1.00		0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00																																																					
Productores?	0.50	0.500	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	0.00	1.00	0.00	1.00		0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00																																																					
Compañías de seguros?	0.50	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	1.00		0.500	0.00	1.00	0.00	1.00			0.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		0.00																																																					
Médicos de Familia?	0.50	0.500	0.500	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00		0.100	0.50	1.00	0.100	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		0.00																																																					
Promedio Asociación/fusión	0.50	0.17	0.33	0.67	0.83	0.33	1.00	0.67	0.83	1.00	0.50	0.08	1.00	0.17	0.83	0.33	0.20	0.17	0.17	1.00	1.00	1.00	1.00		0.33																																																					
Local																																																																														
Horas apertura?	1.00	0.00	1.00	0.00		0.00	0.00	0.00	1.00	0.33	1.00	0.33	0.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.66		0.33	0.00	0.00	0.33																																																					
Se requiere presencia																																																																														
De farmacéutico?	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00																																																					
Stock?	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00		0.00	0.00	0.50	0.50		0.00	0.00	0.00	1.00	0.50		0.50	1.00	1.00	0.00																																																					
Diseño del local																																																																														
Diseño del local Superficie?																																																																														
	1.00	0.100	1.00	1.00	0.100	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	0.100	0.100	1.00	1.00	1.00	0.100	0.100	1.00	1.00		1.00	1.00	1.00	1.00																																																					
<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>AT</th> <th>BE</th> <th>CY</th> <th>CZ</th> <th>DK</th> <th>EE</th> <th>FI</th> <th>FR</th> <th>GE</th> <th>GR</th> <th>HU</th> <th>IRL</th> <th>IT</th> <th>LT</th> <th>LH</th> <th>LU</th> <th>MT</th> <th>NL</th> <th>PL</th> <th>PT</th> <th>SK</th> <th>SL</th> <th>ES</th> <th>sw</th> <th>UK</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Diseño del local</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>																												AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	sw	UK	Diseño del local																									
	AT	BE	CY	CZ	DK	EE	FI	FR	GE	GR	HU	IRL	IT	LT	LH	LU	MT	NL	PL	PT	SK	SL	ES	sw	UK																																																					
Diseño del local																																																																														



Publicidad?	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00
Diseño																									
Local: Exterior?	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	0.00	0.00	1.00		1.00	0.00	1.00	0.00
Diseño del local:																									
Exterior?	1.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00		0.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00		0.00	0.00	1.00	0.00	
Diseño																									
Local: Estanterías?	0.00	1.00	0.00	1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00		1.00	0.00	1.00	1.00
Diseño del local																									
Local: Almacenaje?	0.00	1.00	1.00	1.00	0.00	1.00	1.00	1.00	1.00		1.00	0.00	0.00	1.00	1.00	0.00	0.00	0.00	1.00	1.00		1.00	0.00	1.00	1.00
<i>Promedio diseño</i>	0.67	0.83	0.50	1.00	0.00	0.50	0.50	1.00	0.33	1.00	0.67	0.00	0.33	0.67	1.00	0.67	0.50	0.17	0.50	0.83	0.00	0.67	0.17	1.00	0.67
Diversificación																									
Venta de productos																									
No farmacéuticos																									
Permitida?	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50	0.50		0.50	0.50	0.00	1.00	0.50		0.50	0.00	0.50	0.00
Prestación de																									
Servicios diagnóstico?	0.00	1.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.00	0.00		0.00	0.00	0.00		1.00	0.00		0.00	0.00		1.00	0.00	0.00	0.00	
<i>Promedio</i>																									
<i>Diversificación</i>	0.25	0.75	0.25	0.00	0.25	0.25	0.25	0.75	0.25	0.50	0.25	0.00	0.00	0.50		0.75	0.25	0.00	0.50	0.25		0.75	0.00	0.25	0.00
Registro del consumidor																									
Requerido registro Del consumidor POM?	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	1.00	0.00
Requerido registro Del consumidor: OTC?	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	0.00	0.00
	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00		0.00	0.00		0.00		0.00	0.00		0.00	0.00		0.00	0.00	0.50	0.00
<b>Promedio de local</b>	<b>0.65</b>	<b>0.60</b>	<b>0.63</b>	<b>0.33</b>	<b>0.45</b>	<b>0.21</b>	<b>0.46</b>	<b>0.46</b>	<b>0.60</b>	<b>0.71</b>	<b>0.49</b>	<b>0.22</b>	<b>0.50</b>	<b>0.44</b>	<b>0.67</b>	<b>0.40</b>	<b>0.29</b>	<b>0.23</b>	<b>0.60</b>	<b>0.54</b>	<b>0.50</b>	<b>0.54</b>	<b>0.36</b>	<b>0.46</b>	<b>0.33</b>

Regulación de precio																									
Precio de POM regulado?	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	0.50	1.00	0.50	1.00	1.00	0.50	1.00	1.00	0.50	0.50	0.50	0.00	0.50	0.50	0.50	0.50	1.00	1.00	1.00	1.00
Precio de OTC regulado?	0.50	0.50	0.50	0.50	0.00	0.50	1.00	0.00	0.00	1.00	0.0	0.00	1.00	0.0	0.0	0.0	0.00	0.00	0.50	0.00	0.50	0.00	0.00	1.00	0.00
Márgenes de beneficio reg.?	0.00	1.00	1.00	1.00		1.00	1.00		1.00		1.00	1.00		1.00		0.00	0.00	1.00		1.00		1.00	1.00	0.00	1.00
Promedio de regulación de precios	0.33	0.67	0.67	0.67	0.50	0.67	1.00	0.25	0.67	1.00	0.67	0.67	1.00	0.67	0.50	0.33	0.00	0.50	0.50	0.50	0.50	0.67	0.67	0.67	0.67

Nota: 1 representa completamente regulado, 0 representa no-regulado

Al analizar las puntuaciones, se pueden hacer varias observaciones.

La puntuación más alta en educación es para Irlanda, ya que este país tiene la más larga duración de la educación total -6 años- y permite sólo un número relativamente pequeño de estudiantes en el proceso educativo cada año. Una puntuación baja para educación la tiene Dinamarca, que combina una duración corta de la educación total -5 años- con un alto número de estudiantes a quienes se permite entrar en el proceso educativo cada año.

Las puntuaciones más altas en registro, licencia y pertenencia a un organismo profesional es para Alemania, que tiene bastantes requisitos para obtener una licencia y para ser miembro de la organización profesional. La puntuación más baja la tienen varios Estados Miembros, quienes aparte de los requisitos académicos obligatorios, no tienen ninguna limitación significativa adicional de registro, licencia, y pertenencia a una asociación profesional, y no tienen ningún coste adicional, o éste es muy pequeño, por esos conceptos. Estos países son: Bélgica, República Checa, Estonia, Finlandia, Hungría, Holanda y España.

Para el ámbito del monopolio profesional, hay 13 Estados Miembros con una puntuación de 0,79. Éstos han otorgado a los farmacéuticos el monopolio exclusivo de la dispensación tanto de medicinas con receta como de OTC, excluyendo por tanto a cualquier otra organización para la dispensación de medicinas<sup>75</sup>. La puntuación más baja con respecto al monopolio profesional es para Holanda, donde no-farmacéuticos están autorizados a dispensar OTC, y donde los médicos y farmacéuticos de hospital están también autorizados para dispensar medicinas con receta.<sup>76 77</sup>

Analizando los requisitos operativos, se pueden observar puntuaciones altas en Italia, Luxemburgo y Eslovenia, estando todos ellos por encima de 0,6 en cuanto a la regulación de la operatividad. Para Eslovenia especialmente, los requisitos para el emplazamiento de las farmacias eran muy altos en comparación con otros Estados Miembros, con un promedio de 0,57 contra un promedio de la UE25 de 0,11. Las puntuaciones más bajas eran para Bélgica, Irlanda, Lituania, Malta, Holanda, Polonia, y el Reino Unido. Ninguno de estos países tiene restricciones en cuanto a la propiedad de las farmacias ni en cuanto a su localización.

Hay seis Estados Miembros que tienen una puntuación de 1 en regulación con respecto a la integración (horizontal y vertical)<sup>78</sup>. Esto significa que los farmacéuticos de esos países no están autorizados a integrarse con ninguna otra organización. Irlanda tiene la puntuación más baja en esta categoría; sólo la integración entre un farmacéutico y un médico de familia está sujeta a la condición de que el farmacéutico no esté en el área de práctica del médico de familia. También Bélgica, Letonia, Holanda, y Polonia presentan puntuaciones bajas en cuanto a la regulación de la integración.

---

<sup>75</sup> En algunos casos, otras organizaciones pueden dispensar también medicinas, siempre en presencia de un farmacéutico. Ver, por ejemplo, los supermercados en Italia. Como se requiere la presencia de un farmacéutico, la situación aún puede considerarse como monopolio de los farmacéuticos.

<sup>76</sup> Las OTC pueden ser dispensadas siempre que la distancia hasta la farmacia más próxima, médico dispensador o drugstore esté a 3 kilómetros o más. Entonces se puede conceder una licencia para dispensar una gama restringida de OTC como una excepción. En la práctica, esto raramente ocurre.

<sup>77</sup> Las medicinas con receta pueden ser dispensadas siempre que no haya farmacia ni en esa comunidad ni en la adyacente.

<sup>78</sup> También Grecia tiene una puntuación de 1 en integración (horizontal y vertical), pero esto está basado solamente en una observación, y hay mucha incertidumbre al respecto.

La puntuación de Lituania, Austria y Chipre en cuanto al local son altas, todas por encima de 0,6. Las altas puntuaciones de Austria y Chipre se deben fundamentalmente a un alto grado de regulación de los horarios de apertura, de la presencia de un farmacéutico, requisitos de stock, y de regulación del diseño del local. La puntuación de Lituania es especialmente alta en cuanto a la regulación del diseño del local. Un grado similar de regulación podemos encontrar en República Checa, Francia y Suecia. Se encontraron puntuaciones bajas en Estonia, Irlanda y Holanda.

Como ya se ha mencionado en la Sección 3.2, casi todos los Estados Miembros regulan los precios o beneficios. Esto también se refleja en las puntuaciones de la regulación de precios, con casi todos los países teniendo una puntuación entre 0,5 y 1. Además de Chipre, donde los precios están establecidos por los mayoristas, las puntuaciones más bajas las consiguen Austria y Luxemburgo, quienes no regulan los márgenes de beneficio, y solamente establecen precios máximos para las medicinas con receta y OTC.

Las puntuaciones de las diversas categorías de regulación están clasificadas en dos categorías: Regulación de la estructura del mercado, regulación de la conducta de los participantes en el mercado. La estructura está compuesta por la regulación relativa a la educación, registro, ámbito del monopolio, operatividad u diferenciación. La conducta está compuesta por la regulación relativa a la práctica y a la fijación de precios. En la tabla 3.6 se da la puntuación media de cada Estado Miembro con respecto a la estructura y conducta, en una escala de 0 a 25. La regulación total (la tercera columna de la Tabla 3.6) se calcula mediante la suma de de la regulación de la estructura y la conducta, con un máximo de 50. Además, se da el grado de cumplimentación de la regulación por cada país, definido como el número de celdas completadas en la Tabla 3.3 dividido por el número total de celdas.

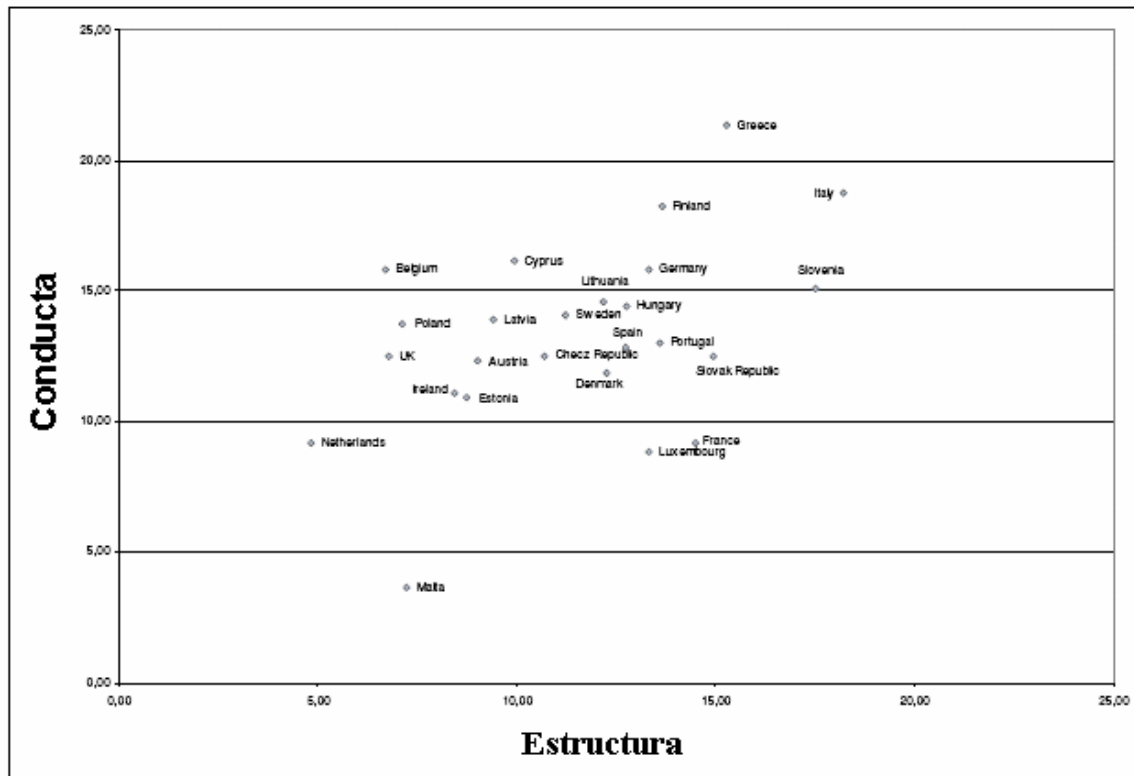
**Tabla 3.6 Puntuaciones sobre la regulación de los diversos Estados Miembros (Escala Estructura y Conducta: 0-25, Escala Total: 0-50)**

País	Estructura	Conducta	Total	Grado de cumplimentación
<b>IT</b>	18,2	18,7	36,9	76.2%
GR	15,3	21,3	36,6	68.3%
SL	17,5	15,1	32,6	100.0%
<b>FI</b>	13,7	18,2	31,9	100.0%
GE	13,3	15,8	29,1	100.0%
SK	14,9	12,5	27,4	52.4%
<b>HU</b>	12,8	14,4	27,2	92.1%
<b>LH</b>	12,2	14,6	26,8	88.9%
<b>PT</b>	13,6	13,0	26,6	98.4%
CY	9,9	16,1	26,1	100.0%
ES	12,7	12,8	25,6	95.2%
SW	11,2	14,1	25,3	98.4%
<b>DK</b>	12,3	11,9	24,1	87.3%
<b>LU</b>	14,5	9,2	23,7	96.8%
<b>LT</b>	9,4	13,9	23,3	98.4%
CZ	10,7	12,5	23,2	100.0%
BE	6,7	15,8	22,5	100.0%
FR	13,3	8,9	22,2	98.4%
AT	9,0	12,3	21,3	85.7%
PL	7,1	13,8	20,9	82.5%
EE	8,8	10,9	19,7	100.0%
IRL	8,4	11,1	19,5	98.4%

UK	6,8	12,5	19,3	98,4%
NL	4,8	9,2	14,0	95,2%
MT	7,2	3,6	10,9	88,9%

Las puntuaciones medias de la estructura, conducta y la regulación total son 11,30, 13,27 y 24,57, respectivamente. Las puntuaciones de Estructura y Conducta de cada Estado Miembro se representan gráficamente en la figura 3.1 abajo.

**Figura 3.1 Puntuaciones de estructura y Conducta**



En la tabla 3.7 se dan algunas estadísticas descriptivas sobre las puntuaciones de la Tabla 3.5 y la Tabla 3.6

**Tabla 3.7 Estadística descriptiva de la puntuación de la regulación (Escala Total, Estructura y Conducta = 0-25, resto = 0-1)**

Regulación	Media	Puntuación más alta	Puntuación más baja	Desviación estándar
Total	24.67	36.94	10.89	6.05
Estructura	11.38	18.21	4.84	3.50
Conducta	13.29	21.34	3.65	3.59
Subtotal para Educación	0.26	0.64	0.00	0.20
Subtotal para Registro	0.33	0.76	0.14	0.17
Subtotal para ámbito Del monopolio	0.66	0.79	0.20	0.18
Subtotal para Operatividad	0.38	0.65	0.10	0.18
Subtotal para Integración	0.59	1.00	0.08	0.35
Subtotal para práctica	0.47	0.71	0.21	0.14
Subtotal para precio	0.60	1.00	0.00	0.23

### 3.5 Rendimiento del sector de farmacia en los Estados Miembros

Los indicadores de rendimiento, como los define el paradigma básico SCP son: “Producción y eficiencia de distribución”, “Progreso e Innovación”, “Equidad”, “Variedad de Producto (elección)” y “Disponibilidad”<sup>79</sup> algunos de estos indicadores, como la equidad, tienen una dimensión bastante política; otros indicadores, como el progreso, son difíciles de cuantificar.

Debido a las restricciones en los datos disponibles, nos vimos forzados a sustituir algunos de los indicadores de rendimiento, basándonos en la disponibilidad de los datos con un denominador común en un número sustancial de Estados Miembros. Como indicadores de desarrollo de nuestro estudio, hemos seleccionado:

- Productividad
- Eficiencia de distribución
- Calidad/Variedad de producto

#### 3.5.1 Productividad

La productividad fue medida realizando un DEA (Análisis Envoltente de Datos). En el siguiente cuadro de texto se explica el análisis DEA.

##### DEA (Análisis Envoltente de Datos)

DEA es un análisis diseñado para medir determinados niveles de eficiencia. La técnica está basada en la programación lineal, y permite medir la productividad en el caso de que múltiples entradas y salidas hagan difícil la comparación.

La definición básica de eficiencia es:

$$\text{Eficiencia} = \text{Salidas/entradas}$$

<sup>79</sup> Ver también Capítulo 2.

En el caso de una entrada única, la medida de la eficiencia es muy simple. En el caso de múltiples entradas y/o salidas, es más difícil medir la eficiencia. Si se usan ponderaciones para las entradas y las salidas, la eficiencia puede ser definida como:

Eficiencia = suma ponderada de salidas / suma ponderada de entradas.

Un problema es que esto asume que se aplicará un conjunto de pesos a todas las unidades. Esto inmediatamente plantea el problema de cómo se pueden obtener esos pesos comunes acordados.

DEA tiene en cuenta la posibilidad de que las unidades puedan valorar las entradas y las salidas de forma distinta. En este análisis, cada unidad está autorizada a adoptar un conjunto de pesos de forma que la muestre más favorable que las demás unidades. Para cada unidad los pesos se eligen para maximizar la eficiencia de la misma, con la restricción de que la eficiencia de todas las demás unidades con el mismo peso sean iguales o más pequeñas que 1 (ó 100%)

Se puede encontrar una información más elaborada sobre el análisis DEA en libros sobre medición de la productividad, por ejemplo Coelli, T., D.S. Prasada Rao, en G.E. Battese, *An introduction to efficiency and productivity analysis*, Dordrecht: Kluwer academic publishers, 1998.

En nuestro análisis, hemos medido cómo ha sido de eficiente la dispensación de medicinas, comparándola con el número de establecimientos (como sustituto del capital utilizado), y el número de empleados (como sustituto de la cantidad de trabajo utilizada). Aunque el número de establecimientos y el número de empleados están lejos de ser las variables ideales para utilizarlas para determinar la eficiencia, la falta de datos disponibles no nos dejaba otra opción.

Nuestra fórmula clave para el análisis de la productividad es:

$$P = U / (a*O + b*E)$$

Donde

P = Productividad

U = Número de dosis diarias de medicinas dispensadas anualmente

O = Número de establecimientos

E = Número de empleados

A, b = Variables

La productividad máxima de cada Estado Miembro se halla maximizando P para ese Estado Miembro específico, variando a y b, con las restricciones:

a > 0;

b > 0;

c >  $P \leq 1$  (Para cada Estado Miembro)

La Tabla 3.8 presenta la información que utilizamos en el análisis. Como la realización de este análisis requiere un conjunto completo de datos para cada entrada, sólo podemos llevar a cabo un DEA para los siguientes 10 Estados Miembros: Bélgica, República Checa, Dinamarca, Finlandia, Alemania, Grecia, Luxemburgo, Portugal, Eslovaquia, y Suecia.

El resultado del análisis DEA se muestra en la Tabla 3.8. Los resultados completos del análisis se pueden encontrar en el Apéndice 7.

**Figura 3.8 Resultados del análisis DEA para la productividad**

	BE	CZ	DK	FI	GE	GR	LU	PT	SK	SW
Uso de										
Medicinas	2822.7	4123.0	1634.3	1858.7	24242.3	4387.6	81.7	2318.3	2111.3	4319.0
Establecimientos	5230.0	2279.3	323.0	802.0	21392.0	8869.0	82.0	2684.0	1389.0	900.0
Empleados / farmacia	3.4	6.4	16.2	9.9	8.3	2.1	9.4	5.0	1.2	12.5
P	<b>0,4033</b>	<b>0,8998</b>	<b>1,0000</b>	<b>0,5276</b>	<b>1,0000</b>	<b>0,4870</b>	<b>0,1970</b>	<b>0,4897</b>	<b>1,0000</b>	<b>1,0000</b>

Fuente: OCDE, base de datos sanitarios 2006 (Uso de medicinas), Eurostat (establecimientos, empleados), cálculos de ECORYS (DEA)

### 3.5.2 Eficiencia de distribución

Para determinar la eficiencia de distribución, hemos utilizado el margen de beneficio de las farmacias como un sustituto. El margen se calcula dividiendo el resultado operativo por la facturación en euros. Para los dos hemos utilizado datos de Eurostat. El margen calculado se presenta en la Tabla 3.9.

**Tabla 3.9 Eficiencia de distribución (cifras de 2004)**

País	Resultado operativo	Facturación (Euro)	Margen de beneficio
Austria	227,304	2,085,495	0.109
Bélgica	82,562	950,172	0.087
Chipre	12,531	206,634	0.061
República Checa	28,561	469,260	0.061
Dinamarca	175,542	4,487,616	0.039
Estonia	25,581	708,372	0.036
Finlandia	231,671	2,375,312	0.098
Francia	131,576	1,275,854	0.103
Alemania	157,059	1,519,260	0.103
Grecia	24,140	162,656	0.148
Hungría	35,451	808,147	0.044
Italia	205,798	1,376,224	0.150
Letonia	-6,667	163,667	-0.041
Lituania	4,726	246,908	0.019
Luxemburgo	368,293	2,641,463	0.139
Malta	35,500	295,000	0.120
Holanda	259,296	2,322,748	0.112
Polonia	30,928	334,710	0.092

País	Resultado operativo	Facturación (Euro)	Margen de beneficio
Portugal	113,227	964,344	0.117
Eslovaquia	6,623	136,501	0.049
Eslovenia	10,484	220,161	0.048



España	94,154	629,958	0.149
Suecia	44,889	3,884,333	0.012
Reino Unido	100,172	1,078,818	0.093

El margen medio de beneficio de 8,1%. La gama de márgenes de beneficio es amplia, con un margen máximo próximo al 15% que se obtiene en España, Italia, Grecia, y una pérdida calculada del 4% en Letonia. La amplitud de la gama también está expresada en el alto valor de 4,90 de la desviación estándar.

### 3.5.3 Calidad/Variedad de productos

Una cuestión importante es cómo medir la calidad de los servicios prestados por los farmacéuticos. Una posibilidad sería haber utilizado el número de “prescripciones erróneas” y/o el número de accidentes que son parcialmente resultado de los errores de un farmacéutico. Estas cifras, sin embargo, no están disponibles.<sup>80</sup>

Otro indicador de rendimiento es el grado de variedad de los productos. A este fin, hemos estimado el nivel medio de servicios proporcionados por los farmacéuticos. El más común, además de dispensar medicinas, es el servicio de petición online de medicinas, entrega a domicilio, consultas con el farmacéutico, y la proporción de envases de medicación especializada. Para tener una idea de hasta qué punto se ofrecían estos servicios, realizamos una búsqueda en Internet. Por cada Estado Miembro, seleccionamos al azar al menos 50 farmacias, y establecimos controles para determinar si se prestaban o no uno o más de estos servicios.<sup>81</sup> Los resultados se presentan en la Tabla 3.10 en términos de fracciones de farmacias que ofrecían esos servicios.

<sup>80</sup> Las cifras de accidentes con la medicación, y las cifras del número de muertes causadas por las medicinas, están disponibles; pero era imposible disgregar las cifras sobre muertes causadas por medicinas que fueron prescritas erróneamente por un farmacéutico por un lado, y los suicidios u otras muertes relacionadas con el uso de las medicinas por otro.

<sup>81</sup> La selección fue realizada mediante la búsqueda en las Páginas Amarillas de los farmacéuticos con página Web. Aunque hay un ligero riesgo de una selección poco fiable utilizando estos métodos, el hecho de que fuese el mismo para todos los Estados Miembros hace que presenten una fiabilidad similar en la selección, lo que significa que aún puede hacerse una comparación significativa.

**Tabla 3.10 Resultados de la investigación de la calidad/variedad de los productos**

País	Pedido on-line	Entrega a domicilio	Consultas	Envases de medicación	Promedio
Austria	0.5667	0.0000	0.6000	0.5667	<b>0.4333</b>
Bélgica	0.8333	0.2667	0.4000	0.3333	<b>0.4583</b>
Chipre					
Rep. Checa					
Dinamarca	0.2800	0.4800	0.2000	0.4400	<b>0.3500</b>
Estonia	0.0690	0.0345	0.0345	0.0345	<b>0.0431</b>
Finlandia	0.0000	0.6563	0.9688	0.9375	<b>0.6406</b>
Francia	0.0000	0.0667	0.1333	0.2667	<b>0.1167</b>
Alemania	0.8000	0.6333	0.5333	0.6333	<b>0.6500</b>
Grecia					
Hungría	0.0000	0.0000	0.4333	0.0333	<b>0.1167</b>
Irlanda	0.0500	0.0000	0.0500	0.0500	<b>0.0375</b>
Italia					
Letonia					
Lituania	0.0476	0.0000	0.0922	0.0032	<b>0.0358</b>
Luxemburgo					
Malta	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	<b>0.0000</b>
Holanda	0.5667	0.8000	0.8000	0.6000	<b>0.6917</b>
Polonia	0.2500	0.3125	0.1250	0.0000	<b>0.1719</b>
Portugal	0.1250	0.0000	0.5000	0.2500	<b>0.2188</b>
Eslovaquia					
Eslovenia	0.0000	0.0000	0.8667	0.3667	<b>0.3083</b>
España	0.0000	0.0000	0.6923	0.1538	<b>0.2115</b>
Suecia	1.0000	1.0000	1.0000	1.0000	<b>1.0000</b>
Reino Unido	0.2333	0.6333	0.5333	0.6000	<b>0.5000</b>

Fuente: Búsqueda Web de ECORYS.

## 4. Análisis cuantitativo

### 4.1 Introducción

El objetivo principal de este estudio es determinar el impacto de la regulación del rendimiento en el sector farmacéutico. En el capítulo anterior hemos identificado y cuantificado las diferentes formas de regulación en los Estados miembro y hemos identificado y cuantificado los indicadores de rendimiento. En este capítulo, nos centramos en el análisis y la interpretación de la correlación entre regulación y rendimiento.

### 4.2 Metodología – análisis ANOVA

Para determinar la medida en la que afecta dicha regulación al rendimiento del sector farmacéutico, hemos usado un análisis ANOVA<sup>82</sup>. Con esta forma de análisis es posible determinar si determinados subgrupos de un conjunto de observaciones tienen características similares. En el cuadro de texto siguiente encontrará más información sobre el análisis ANOVA.

#### Análisis ANOVA

El análisis de variancia (ANalysis Of VAriance) es un método general para estudiar las relaciones de los datos muestreados. La base de ANOVA es la división de las sumas de los cuadrados en interclase (SSb) e intraclase (SSw). El análisis (unidireccional) se calcula en tres etapas; en primer lugar, se calcula la suma de los cuadrados para todas las muestras, seguido por los casos intraclase e interclase. Estos cálculos se usan a través de la estadística Fisher para analizar la hipótesis de nulidad. La hipótesis de nulidad manifiesta que no hay diferencias entre las medias de las diferentes clases, sugiriendo que la variancia de las muestras intraclase debe ser idéntica a la de las muestras interclase (dando como resultado la capacidad de no discriminación de interclase). Sin embargo, debe destacarse que los grupos de muestras pequeñas producirán fluctuaciones aleatorias debido a la asunción de una distribución normal.

#### Paso 1: calcular la suma de los cuadrados en todas las muestras

La suma total de los cuadrados se define como:

$$SS_1 = \sum_{i=1}^S \sum_{j=1}^D (d_{ij} - GM)^2,$$

Donde

$d_{ij}$  es la muestra para la clase  $i$ th y el punto de datos  $j$ th,

$D$  es el número de puntos de datos,

$S$  es el número de clases, y

$GM$  es la media  $(= 1/(S D) \sum_{i=1}^S \sum_{j=1}^D d_{ij})$

#### Paso 2: Determinar la suma de los cuadrados para el caso intraclase y para el caso interclase.

La suma de los cuadrados para el caso intraclase se define como:

---

<sup>82</sup> El tipo de análisis más evidente sería un análisis de regresión. Sin embargo, este tipo de análisis requiere altas demandas de cuantificación de los datos que se utilizan. Dado que el número de observaciones es limitado, los datos disponibles no están totalmente completos y no tenemos ningún factor de ponderación fiable para crear indicadores compuestos (véase también la sección 3.3), un análisis de regresión es menos apropiado que el análisis ANOVA, que tiene demandas inferiores en cuanto a los datos requeridos

$$SS_w = \sum_{i=1}^S \sum_{j=1}^D (d_{ij} - M_i)^2, \text{ and}$$

$$SS_b = \sum_{i=1}^S D (M_i - GM)^2.$$

Donde

Mi es la media de la clase ith  $(= 1/D \sum_{j=1}^D d_{ij})$

### Paso 3: Evaluación de la hipótesis de nulidad

Para comprobar la hipótesis de nulidad se utiliza la estadística Fisher. Esta estadística se deriva de la suma de cuadrados para el caso intraclase y para el caso interclase y de los grados de libertad de ambas clases. Si el valor de la estadística F es (significativamente) mayor que 1, es probable que exista dicha diferencia entre la media de las clases.

Además de la estadística F, pueden comprobarse los resultados para el significado estadístico. Esto se realiza con la ayuda del valor P, que es la probabilidad de que una variedad asumiera un valor mayor que, o igual que el valor observado estrictamente por casualidad.

En cualquier manual estadístico encontrará información más elaborada sobre el análisis de la variancia, por ejemplo: Hubert M. Blalock Jr., *Social Statistics [Estadísticas Sociales]*, 2ª edición revisada 1988, páginas 336 a 379.

El análisis ANOVA es una forma de análisis descriptiva, que muestra coincidencias en las características de las observaciones. No explica cómo ni por qué están interrelacionadas estas características. Estas relaciones se analizan con la ayuda del estudio bibliográfico que hemos realizado, véase el Capítulo 2.

Para la regulación, en nuestro análisis hemos utilizado la puntuación para:

- Regulación total;
- Regulación de estructura;
- Regulación de conducta;
- Subtotal de formación;
- Subtotal de registro;
- Subtotal de alcance del monopolio;
- Subtotal de funcionamiento;
- Subtotal de integración;
- Subtotal de práctica;
- Subtotal de precios.

Para el rendimiento, hemos utilizado las puntuaciones para:

- Productividad;
- Margen de beneficios;
- Calidad / variedad de productos.

Para cada categoría de regulación, hemos clasificado las observaciones que tienen una puntuación tanto para la regulación como para el rendimiento, desde la puntuación más alta a la más baja en este aspecto de regulación específico. A continuación, hemos dividido el conjunto de observaciones por mitades. En los casos donde se ha producido un número impar

de observaciones, hemos incluido la puntuación media del grupo, que tenía una puntuación más próxima a la puntuación media<sup>83</sup> ..

Después de dividir el grupo de observaciones completo en dos grupos, hemos realizado la prueba ANOVA en las puntuaciones del rendimiento.

### 4.3 Resultados del análisis ANOVA

En esta sección, presentamos los resultados del análisis ANOVA. Hemos tomado las puntuaciones para la regulación, tal como se presentan en la sección 3.4 y se ha analizado si están relacionadas con la puntuación del rendimiento, según se indica en la sección 3.5. En la Tabla 4.1, se presentan las estadísticas F de los análisis. Las estadísticas F en la Tabla 4.1 son mayores que 1, lo que indica una relación entre la regulación y el rendimiento, se presentan en negritas. También hemos incluido un signo para indicar si la relación es positiva o negativa.

Los valores P se presentan entre corchetes. El valor P es la probabilidad de que una variedad asuma un valor mayor o igual que el valor observado estrictamente por casualidad. Por ejemplo, para la estadística F para “operación”, los valores P para productividad y para eficacia de asignación son 0,10 y 0,09, respectivamente; con un 10% y 9% de probabilidad de que el valor hallado sea el resultado de una casualidad. Los valores P hallados en el análisis ANOVA son relativamente altos en comparación con los intervalos de significancia estadística “normales” del 1% o 5%, debido al número limitado de observaciones que estaban disponibles para nuestro análisis.

En el Apéndice 8 encontrará los resultados completos del análisis.

**Tabla 4.1 Valores de la estadística F, (signo) y [valor P] del análisis ANOVA**

	Productividad	Eficiencia de asignación	Calidad / Variedad de producto
Regulación total	0,0000 (+) [0,99]	0,0353 (-) [0,85]	0,8110 (+) [0,38]
Regulación estructura	<b>3,4001 (-) [0,10]</b>	<b>3,5123 (-) [0,07]</b>	0,3195 (-) [0,58]
Regulación conducto	0,0265 (-) [0,87]	<b>1,6952 (+) [0,21]</b>	<b>1,0449 (+) [0,32]</b>
Subtotal de formación	0,0006 (-) [0,98]	0,3530 (+) [0,56]	<b>1,0335 (+) [0,32]</b>
Subtotal de registro	0,1601 (+) [0,70]	0,7640 (-) [0,39]	<b>1,4884 (-) [0,24]</b>
Subtotal del alcance del monopolio	0,1204 (+) [0,74]	0,0033 (+) [0,95]	0,2312 (+) [0,64]
Subtotal de operación	<b>3,4001 (-) [0,10]</b>	<b>3,1509 (-) [0,09]</b>	0,4444 (+) [0,51]
Subtotal de integración	0,1136 (-) [0,75]	0,4053 (-) [0,53]	0,1426 (+) [0,71]
Subtotal de práctica	0,0559 (-) [0,82]	0,1868 (-) [0,67]	0,1930 (-) [0,67]
Subtotal de precios	0,4880 (+) [0,51]	0,5481 (-) [0,47]	<b>1,1868 (+) [0,29]</b>

Ahora nos centramos en la interpretación de los resultados del análisis. La productividad se ve influida negativamente por los tipos de regulación que imponen *restricciones operativas*; incluyendo una limitación de la propiedad de las farmacias por parte de no farmacéuticos, requisitos de ubicación de las farmacias y barreras para entrar a los farmacéuticos de otros estados miembros de la UE. El mismo tipo de regulación es también la principal fuente de unos márgenes de beneficios mayores obtenidos por el sector farmacéutico, que igualan una eficacia de asignación menor en comparación con otros países. Para estas dos relaciones,

<sup>83</sup> Si la puntuación media no podía ser atribuible al grupo con una alta regulación o al grupo con una regulación baja de este modo, es decir la puntuación directamente superior e inferior a la media era igual a la puntuación media, buscamos el grupo (valor alto o valor bajo) que tenía un valor más próximo al valor medio y añadimos todas las observaciones con el valor medio a dicho grupo.

hemos encontrado una estadística F alta y valores P bajos, lo que significa que la relación es muy fuerte. El impacto negativo de la regulación que impone restricciones operativas sobre la productividad y la eficacia de asignación está en línea con los hallazgos de la bibliografía (económica). Los requisitos de ubicación y las restricciones de propiedad pueden limitar (severamente) la entrada al mercado; las barreras de entrada van asociadas generalmente con niveles de productividad más bajos y niveles de eficacia de asignación más bajos<sup>84</sup>.

También hemos encontrado una relación positiva entre unos requisitos educativos más altos y una calidad/variedad de producto. Esta relación también se encuentra en la bibliografía. Los requisitos de formación deben garantizar que los servicios farmacéuticos tengan un determinado nivel de calidad mínimo<sup>85</sup>. La relación que hemos encontrado, a pesar de que es estadísticamente significativa, es relativamente débil en comparación con otras relaciones que hemos hallado<sup>86</sup>.

Finalmente, hemos encontrado una correlación positiva entre la variedad de productos y la regulación de los precios y los márgenes de beneficio. La estadística F y el valor P para esta relación indican una relación débil. Esta relación también se encuentra en la bibliografía: en ausencia de posibilidades para competir en precios, los incentivos para competir en calidad y / o servicio son elevados<sup>87</sup>. Los altos requisitos respecto a registro, licencias y afiliación obligatoria de una organización profesional están correlacionados negativamente con la extensión de la variedad de productos. La estadística F baja, que apenas supera el umbral de 1 y el valor P relativamente alto; indican que la relación, aunque significativa, no es muy fuerte. La bibliografía económica indica que los procedimientos de registro pueden limitar la entrada en la profesión, limitando con ello la competencia y reduciendo de este modo el incentivo de la competencia del servicio<sup>88</sup>.

#### 4.4 Impacto de un cambio en la regulación en el UE25

En base a los resultados del análisis, hemos estimado los efectos de los cambios en la regulación sobre el rendimiento del sector farmacéutico en el UE25. Sin embargo, se requiere precaución, dado que se utiliza una extrapolación lineal directa para estimar el impacto al nivel de la UE.

El efecto de una reducción en las restricciones de operación es un aumento en la productividad y la eficacia de asignación. En la Tabla 4.2 presentamos los resultados del análisis ANOVA para la relación entre la regulación de la operación y la productividad. En el Apéndice 8 se presentan los resultados completos.

**Tabla 4.2 Resultados del análisis operativo – productividad**

Grupo	Regulación media	Productividad media
Regulación alta	0,5180	0,5403
Regulación baja	0,2962	0,8606

<sup>84</sup> Véase la sección 2.4.1.

<sup>85</sup> <sup>86</sup> Véase la sección 2.4.1.

<sup>86</sup> La estadística F para esta relación es relativamente baja, sólo supera el umbral de 1 por un pequeño margen, y el valor P de esta relación es relativamente alto, con una probabilidad del 30% de que el resultado del análisis sea un resultado de la casualidad.

<sup>87</sup> Véase la sección 2.4.3.

<sup>88</sup> Véase la sección 2.4.1.

El grado de regulación medio del grupo que se ha cualificado como “altamente regulado” en la regulación de la operación es 0,5180; mientras que la puntuación sobre la regulación para el grupo con un grado de regulación de la operación bajo es 0,2962. La puntuación de la productividad para cada uno de estos grupos es 0,5403 y 0,8608, respectivamente. Si calculamos la relación (lineal) entre la regulación operativa y la productividad, encontramos un coeficiente de -1.444<sup>89</sup>.

Por término medio, esto significa que una reducción de la regulación con 0,1 puntos produce un aumento de la productividad de 0,144 puntos.

Transponiendo esto a la UE25, encontramos una puntuación media de la regulación de la operación en la UE25 de 0,38<sup>90</sup>. El valor más bajo puede encontrarse en los Países Bajos, con una puntuación de 0,10. Reduciendo la media de la UE25 a la puntuación más baja encontrada dentro de la UE25 se llegaría a una reducción de la regulación de operación de 0,28 puntos. Asumiendo una relación lineal, esto es igual a un aumento de la productividad de 0,40 puntos<sup>91</sup>. Para el grupo de los países “altamente regulados” en nuestro análisis ANOVA, un aumento de la productividad de 0,40 puntos significaría que su productividad media aumentaría de 0,54 a 0,94. En otras palabras, su eficacia aumentaría de mediocre a casi totalmente eficaz.

La Tabla 4.3 presenta los resultados del análisis ANOVA entre la regulación de las restricciones operativas y la eficacia de asignación (margen de beneficio)<sup>92</sup>.

**Tabla 4.3 Resultados del análisis de operación – eficacia de asignación**

Grupo	Regulación media	Eficiencia de asignación media (margen de beneficio)
Regulación alta	0,5415	0,0981
Regulación baja	0,2432	0,0642

El efecto de una reducción en la regulación del nivel UE25 medio al nivel del Estado miembro menos regulado sobre la eficacia de asignación, medido como la ganancia en términos de márgenes de beneficio reducidos para los farmacéuticos es de 0,032 puntos en total<sup>93</sup>. En otras palabras, dicha reducción de la regulación reduciría el margen de beneficio de los farmacéuticos en un 3%. Tomando el grupo de países “altamente regulados” como un ejemplo, una reducción del margen de beneficio en un 3% reduciría su margen de beneficio del 9,8% al 6,6%.

Expresado como porcentaje del margen de beneficios actual, la reducción en el margen de beneficio sería ligeramente superior al 30%. Para la UE25 la reducción en la regulación daría como resultado una reducción del margen de beneficio de los farmacéuticos del 8,1% al 4,9%.

<sup>89</sup> El coeficiente se calcula según la fórmula: [ Rendimiento (alto) - Rendimiento (bajo) ] / [ Regulación (alta) - Regulación (baja) ]. <sup>90</sup> El coeficiente se calcula según la fórmula: [ Rendimiento (alto) - Rendimiento (bajo) ] / [ Regulación (alta) - Regulación (baja) ]. En el caso de la regulación de la operación y de la productividad, esto da como resultado [0.5403-0.8606]/[0.5180-0.2962] = -1.444.

<sup>90</sup> Véase la Tabla 3.7 para obtener una visión general y las puntuaciones más bajas de la regulación en la UE25.

<sup>91</sup> Calculado multiplicando 0,28 por -1,444.

<sup>92</sup> Véase el Apéndice 8 para obtener los resultados completos.

<sup>93</sup> Calculado multiplicando el coeficiente, [0.0981-0.0642]/[0.5415-0.2432], con la reducción en la regulación de la media de la UE25 a un mínimo, [0.38-0.1], obteniendo un total de 0,032.



Hemos calculado el impacto previsto de la desregulación en la UE 25 en los casos en los que el grado medio de la regulación se reduce para igualar el grado de regulación de los Estados miembro menos regulados. Los resultados de estos cálculos se indican en la Tabla 4.4. Se han eliminado el impacto de una reducción general de la regulación total, la regulación de la estructura en general y la regulación de conducta en general para evitar un recuento doble.

**Tabla 4.4 El impacto de la desregulación en la UE25 (en puntos)**

	<b>Productividad</b>	<b>Eficiencia de asignación</b>	<b>Calidad/ variedad de producto</b>
Subtotal de formación	-	-	<b>-0,111</b>
Subtotal de registro	-	-	<b>+0,130</b>
Subtotal del alcance del monopolio	-	-	-
Subtotal de operación	<b>+0,401</b>	<b>+0,032</b>	-
Subtotal de integración	-	-	-
Subtotal de práctica	-	-	-
Subtotal de precios	-	-	<b>-0,274</b>

Anteriormente, hemos elaborado ya los resultados para desregular las restricciones de operación.

Ahora nos centraremos en los resultados más detallados.

La puntuación media del alcance de servicio dentro de la UE25 es de 0,333<sup>94</sup>. Una reducción en los requisitos de formación reduciría el nivel de servicio a 0,222, lo que significaría una reducción de la media de servicio de 1,3 que se proporciona actualmente, a una media de casi 0,9 servicios después de la desregulación.

Al reducir los requisitos de registro, la puntuación de los servicios proporcionados aumenta a 0,463. Traduciendo esto en nivel de servicio, significa que el nivel de servicio actual aumentaría de la media de servicio de 1,3 que se ofrece actualmente a una media de casi 2 después de la desregulación.

Un cálculo similar para la desregulación de las normas sobre precios muestra una reducción extrema en el nivel de servicio de los farmacéuticos. El nivel de servicio se reduciría de 0,333, lo que es igual a 1,3 servicios de media por farmacéutico, a 0,059, que iguala una media de 0,2 servicios por farmacéutico.

Dado que estas estimaciones anteriores se basan en la extrapolación lineal de los resultados del análisis ANOVA, una vez más destacamos que debemos ser prudentes en la interpretación de los resultados.

<sup>94</sup> Dado que hemos definido la gama de servicios por el número de servicios proporcionados de los cuatro servicios definidos por nosotros, por término medio un farmacéutico ofrece 1,3 servicios.



## 5. Resumen y conclusiones finales

En este estudio hemos analizado el impacto de la regulación en el rendimiento de las farmacias comunitarias. Para este análisis hemos recopilado una visión global casi completa de la regulación del sector de farmacia en la UE. Esta información ha sido complementada con tres indicadores económicos (productividad, eficiencia de la distribución y calidad/gama de producto). Realizamos un análisis ANOVA sobre esta información (cuantificada) para identificar si se podía encontrar una relación entre la regulación y el rendimiento del sector. La literatura sugiere una clara relación (negativa) entre el grado de regulación de las farmacias y su rendimiento.

El análisis empírico ha revelado que varias hipótesis que han sido sugeridas en la literatura lo apoyan. En particular, hemos encontrado una fuerte relación negativa entre los requisitos operativos (especialmente las restricciones en cuanto a la propiedad por parte de no-farmacéuticos, requisitos de emplazamiento de las farmacias y barreras para el acceso de farmacéuticos de otros Estados Miembros de la UE), y productividad. También se identificó una fuerte relación negativa entre los requisitos para la operatividad y el rendimiento. Se encontraron relaciones menos fuertes entre los requisitos académicos y el rango de producto, regulación de precios y rango de producto, y entre los requisitos de registro y la gama de productos.

Estas barreras a la libertad de establecimiento (Artículo 43 del Tratado de la CE) en el área de los servicios de farmacia dan lugar a unos costes sociales significativos. En particular, una reducción de la regulación relativa a la propiedad de las farmacias, su emplazamiento, y la entrada de farmacéuticos de otros Estados Miembros de la UE, podrían producir un aumento sustancial del bienestar social (una reducción de la llamada pérdida de peso muerto). Además, de los efectos sobre el bienestar social, una reducción de la regulación relativa a los obstáculos para la libertad de establecimiento mejoraría significativamente la productividad en la UE, dando lugar, por tanto, a un crecimiento económico. Una reducción de los requisitos para operar permitiría que nuevos farmacéuticos y personas de otros Estados Miembros desarrollasen sus actividades y ofreciesen servicios al otro lado de las fronteras. Esto garantizaría, al mismo tiempo que son respetadas las libertades fundamentales provistas por el Tratado de la Comunidad Europea, tales como la libertad de establecimiento en otro Estado Miembro.

Parece ser necesaria una política destinada a eliminar obstáculos a la libertad de establecimiento en el área de los servicios de farmacia. Un proceso que fomentase las reformas cada Estado Miembro individual tendría efectos positivos tanto en el rendimiento como en la productividad. Para algunos grupos individuales, sin embargo, la desregulación podría tener consecuencias negativas. Por ejemplo, una reducción de los requisitos de emplazamiento y propiedad podría influir negativamente en las posibilidades de que los farmacéuticos jubilados vendiesen sus farmacias. También podría verse presionado el acceso a las medicinas en algunas áreas remotas.

Como los beneficios de la desregulación son mayores para la sociedad que las desventajas para los farmacéuticos individuales, desde una perspectiva social hay una clara necesidad de reformar ciertos elementos de la legislación nacional relativa a la farmacia. Sin embargo, una mejora del bienestar según el diagrama de Pareto, requeriría que dicha política fuese acompañada por medidas para remediar (parte de) los costes financieros para los farmacéuticos, por ejemplo, a través de esquemas de compensación. De esta forma se maximizan los beneficios para la sociedad y se solucionan ampliamente los inconvenientes financieros para grupos específicos. Además podrían ser necesarias medidas adicionales para salvaguardar el acceso a las medicinas en las áreas remotas si el mercado no proporcionase medicinas en dichas regiones.