

La distribución y dispensación de medicamentos en España

Ricard Meneu

Documento de trabajo 130/2008



Ricard Meneu

Licenciado en Medicina y doctor en Economía por la Universitat de Valencia. Máster en Economía de la Salud y Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Editor jefe de la revista *Gestión Clínica y Sanitaria*. A su experiencia profesional en la administración sanitaria se añade una dilatada trayectoria investigadora, que canaliza a través de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud, de la que es vicepresidente. En los últimos años ha prestado una especial atención a las cuestiones relacionadas con la política farmacéutica, plasmadas en diferentes libros, artículos y participaciones en numerosos foros.

Agradecimientos

Además de a la Fundación Alternativas por encargar la elaboración de este documento, es preciso agradecer las principales ayudas recibidas en los últimos años para la realización de las investigaciones que lo han hecho posible. La Asociación de Economía de la Salud comisionó un informe técnico que materializó la hasta entonces difusa preocupación por el sector. La continuidad de estos trabajos ha sido facilitada por las ayudas de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud y de la Fundación Merck, a través de una beca incondicional a la Universidad Pompeu Fabra. Aunque todos los errores son imputables al autor, su número, sin duda, se ha reducido gracias a las pacientes lecturas, sugerencias y enseñanzas de Beatriz González López-Valcárcel, Jaume Puig i Junoy, Salvador Peiró y Vicente Ortún.

Ninguna parte ni la totalidad de este documento puede ser reproducida, grabada o transmitida en forma alguna ni por cualquier procedimiento, ya sea electrónico, mecánico, reprográfico, magnético o cualquier otro, sin autorización previa y por escrito de la Fundación Alternativas

© Fundación Alternativas

© Ricard Meneu

ISBN: 978-84-92424-13-9

Depósito Legal: M-18479-2008

Contenido

Resumen ejecutivo	5
Introducción y objetivos	7
1. Primera parte: la distribución de medicamentos (y productos sanitarios)	9
1.1 La distribución de medicamentos en España	9
1.2 La regulación de la distribución de medicamentos	15
2. Segunda parte: las cuatro “P”	21
2.1 Planificación	21
2.2 Propiedad	27
2.3 Pago	37
2.4 Prestación profesional	44
3. Conclusiones y propuestas	48
Índice de Tablas y gráficos	52
Bibliografía	53

Siglas y abreviaturas

AF	Atención farmacéutica
BOE	Boletín Oficial del Estado
CGCOF	Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos
COFV	Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia
DM-CCE	Dictamen Motivado de la Comisión de las Comunidades Europeas
FEFE	Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles
OF	Oficina de farmacia
OO FF	Oficinas de farmacia
PRM	Problemas relacionados con los medicamentos
SNS	Sistema Nacional de Salud
TDC	Tribunal de Defensa de la Competencia

La distribución y dispensación de medicamentos en España

Ricard Meneu

En muchos países, España entre ellos, la distribución y dispensación de medicamentos está sometida a una importante regulación pública, que a menudo parece guiada más por intereses sectoriales e indeseables dependencias de senda que por el elusivo concepto de bien común, o por la consecución de los beneficios para la salud a la que el importante contingente de sanitarios implicados en el proceso puede contribuir.

España cuenta con una amplia red de distribución de medicamentos configurada unas 21.000 farmacias, un importante número de servicios farmacéuticos hospitalarios y una fragmentada estructura de distribuidoras que intermedian entre aquéllas y los laboratorios. Este diseño se ha ido consolidando durante el último medio siglo, al tiempo que el sector experimentaba una transformación radical que ha desplazado la elaboración de fármacos desde la práctica artesanal de las boticas hacia su producción industrial en presentaciones ya dispuestas para su consumo. Tal cambio esencial en las responsabilidades y competencias de los distintos actores apenas ha tenido reflejo en el diseño regulatorio vigente, por lo que sus rasgos y características definitorias no se compadecen bien con una realidad sumamente alejada de la que lo configuró.

El desafío que enfrenta la actuación pública en este campo no consiste tanto en el logro de inmediatos beneficios económicos, sino en la necesidad de avanzar hacia diseños acordes con la moderna configuración del ciclo del medicamento, que se ajusten dinámicamente a las condiciones y cambios del sector en lugar de apelar a imaginarios caducos. Para ello se requiere diseñar incentivos que promuevan las actividades para las que la profesión farmacéutica dispone de valiosos activos específicos, relajando la atención prestada a las sólitas cuestiones propias del menudeo, comunes a muchas otras iniciativas empresariales que pueden sustituir ventajosamente a los actores actuales.

Entre las líneas por las que se entiende debe transitar una reformulación del sector más acorde con la realidad actual de los medicamentos, los principios generales de la circulación de productos y el progresivo aumento de la contribución de estos profesionales a la salud, se destacan:

- Aprovechar los potenciales beneficios de la planificación aplicada, modificando algunos de sus mecanismos y eliminando efectos indeseables. También las oportunidades que brindan la ágil distribución existente –elemento nuclear de la accesibilidad– y las posibilidades de la farmacia virtual.
- Nada obliga a asociar la apertura de una farmacia con su reconocimiento como proveedor del Sistema Nacional de Salud, responsabilidad de los gestores de éste. Cabe, pues, liberalizar la apertura restringiendo el número de centros a “conveniar” en cada demarcación (contratación selectiva).
- Abolir la redundante e ineficaz exigencia de titulación específica para ostentar la propiedad de una oficina de farmacia, al tiempo que se perfeccionan los mecanismos para una garantía efectiva de la actuación profesional en aquellas actividades que la requieran.
- Reconsiderar los pros y los contras de la integración de proveedores desde la perspectiva de la eficiencia del sistema –sus beneficios para los consumidores y los financiadores– y no desde la de las ganancias y pérdidas de algunas de las partes afectadas. Y teniendo presente que los efectos indeseables atribuidos a la integración vertical también son propiciados por la vinculación directa entre la titularidad de una oficina de farmacia y la participación en la distribución mayorista.
- Redefinir los mecanismos de adjudicación de licencias de apertura. Entre la clásica funcionarización nórdica en oficinas de farmacia de propiedad pública y el absoluto *laissez faire*, existen múltiples formas intermedias.
- Sustituir el actual esquema retributivo por sistemas de pago que remuneren en función del valor añadido y que incorporen incentivos deseables, siguiendo las reiteradas recomendaciones internacionales, coincidentes en afirmar que el margen de beneficios o el volumen de ventas no son adecuados para retribuir servicios profesionales, ni tampoco útiles para el control de costes.
- La interesada confusión entre actividad profesional y limitación de propiedad a algunos profesionales lleva a desatender la ineludible redefinición de aquélla. Es preciso contemplar más las necesidades de la demanda que las de la oferta, diseñando sistemas de regulación, actuación y retribución que vinculen las rentas de la dispensación a los beneficios sanitarios que aporta.
- Incrementar la atención prestada a aquellos contenidos socialmente deseables y profesionalmente coherentes no siempre coincidirá con muchas de las ocurrencias sobre una inconcreta “atención farmacéutica” que vienen proponiendo algunos colectivos del sector.
- En síntesis, se requiere un cambio de enfoque que considere de modo integral la aportación de la actuación farmacéutica a la mejora de la salud de la población. En este empeño no debe obviarse que los potenciales beneficiarios de esas modificaciones –el conjunto de la ciudadanía– apenas perciben las futuras ganancias que pueden entrañar algunos cambios, mientras los actuales proveedores tarifican minuciosamente sus posibles pérdidas y pugnan tenazmente contra cualquier modificación. Seguramente se requerirán importantes dosis de pedagogía para lograr que se perciba la ganancia que una farmacia más orientada a sus capacidades profesionales sanitarias puede suponer frente a la actual deriva hacia el mero detallismo.

Introducción y objetivos

España cuenta con una amplia red de distribución de medicamentos configurada por más de 20.000 oficinas de farmacia (OO FF), un importante número de servicios farmacéuticos hospitalarios y una fragmentada estructura de cooperativas de distribución que intermedian entre aquéllas y los laboratorios. En diferentes artículos y documentos recientes se han descrito los principales rasgos de la distribución de medicamentos española, su regulación y financiación (Puig-Junoy y Llop-Talaverón, 2004; Meneu, 2002, 2005 y 2006; y Puig-Junoy, 2004). La organización resultante se ha ido consolidando durante el último medio siglo, un periodo en el que el sector –uno de los más dinámicos y competitivos de la economía mundial– ha experimentado una transformación radical que ha desplazado la elaboración de fármacos desde la práctica artesanal de las boticas hacia su producción industrial en presentaciones ya dispuestas para su consumo por el usuario final.

Este cambio esencial en las responsabilidades y competencias de los distintos actores apenas ha tenido reflejo en el diseño regulatorio vigente, por lo que sus principales rasgos y sus características definitorias no se compadecen bien con una realidad sumamente alejada de la que lo configuró. Durante siglos las actividades de producción y distribución de medicamentos eran una y la misma, hasta que el desarrollo industrial del sector supuso su definitiva separación. Hay algo profundamente errado en mantener para la distribución de medicamentos una regulación que fue concebida básicamente para una actividad que hoy es inexistente o sumamente marginal. Hasta tal punto ha llegado a ser residual la producción de remedios por las OO FF, que una clarificadora sentencia del Tribunal Supremo¹ dictaminó la procedencia de un precepto que configura la dispensación de algunas fórmulas magistrales “como un derecho y no como un deber de los farmacéuticos”. En consecuencia, es preciso abordar una actualización del marco regulatorio que abandone dependencias de senda cada vez más divergentes de los nuevos roles que desempeñan en la actualidad los diferentes actores relacionados con la medicación.

La justificación de la intervención de los poderes públicos procede del logro de los fines que la sociedad considera deseables, y no de la mera articulación de conceptos grandilocuentes que pueden enmascarar incumplimientos, incompetencias, rémoras o privilegios. En el intento de reconfigurar la normativa vigente, es previsible esperar la oposición de quienes

1 Sentencia de 11 de junio de 1999. RCA 258/1995. Disponible en: http://www.der.uva.es/constitucional/verdugo/1999_6395.html#11-6-1999.

perciban pérdidas en sus intereses, por lo que la tentación de evitar el conflicto y mantener el *statu quo* es grande, a despecho del incumplimiento que supongan con las obligaciones inherentes a la intervención pública. La visibilidad de la preocupación por el incremento del gasto farmacéutico hace olvidar a menudo que lo que para unos es gasto, siempre es ingreso para otros. La regulación de la distribución y dispensación de medicamentos se ha convertido en un ámbito en el que los diferentes actores pugnan por atraer la atención del regulador hacia sus particulares posiciones, buscando incrementar su proporción en el reparto, desatendiéndose progresivamente la aportación de valor de cada uno de ellos a la mejora de la salud de la población.

Para contribuir a una cabal comprensión del sector que permita redefinir políticas públicas más adecuadas a los fines pretendidos, el presente documento revisa el funcionamiento y la regulación del sistema de distribución de medicamentos, buscando identificar aquellos rasgos en los que el despliegue normativo, los incentivos presentes o los usos prevalentes no resultan acordes con sus características actuales. Para ello se realiza una descripción inicial de los principales actores de la distribución y el marco vigente de su actuación, seguido de unas consideraciones generales sobre la regulación. A continuación se contemplan las principales variables sobre las que pivotan las actuaciones públicas y los debates sobre ellas, que pueden epigrafarse bajo cuatro grandes “P”: 1) Planificación; 2) Propiedad, incluyendo aquí aspectos como la adquisición de farmacias, su transmisión, o la integración entre proveedores; 3) Pago; y 4) Profesión o, más precisamente, la prestación profesional deseable en unas oficinas de farmacia cuyo cometido ya no es preparar remedios para la salud. Estos aspectos se han de contemplar más desde una perspectiva sanitaria que desde una óptica de negocio, que insistentemente se niega, y más frecuente y razonablemente se aplica. A partir de dicho análisis se pretende definir líneas de reforma que puedan contribuir de manera más eficaz al logro de los objetivos sanitarios y económicos deseables.

Considerando algunos de los indudables logros alcanzados, las alternativas verosímiles al sistema actual son de alcance limitado, pero es factible introducir modificaciones parciales en el diseño de la cadena de distribución que mejoren la calidad y eficiencia de la dispensación de fármacos sin necesidad de desmontar los aspectos positivos del modelo existente. No se trata tanto de obtener coyunturales beneficios económicos, sino de avanzar hacia diseños acordes con la moderna configuración del ciclo del medicamento, que se ajusten dinámicamente a las condiciones y cambios del sector, en lugar de apelar a imaginarios caducos. Para ello se requiere contemplar más las necesidades de la demanda que las de la oferta, rediseñando formas de regulación e incentivos capaces de alinear los intereses de los farmacéuticos –en tanto que profesionales y no como eventuales empresarios–, el sistema sanitario en el que anómalamente se integran y los usuarios a los que sirven. Todo ello con una perspectiva atenta a incrementar la contribución a la salud de los ciudadanos que puede aportar el importante número de profesionales que hoy dispersan sus habilidades en actividades de menor valor. Se aboga, a la luz de lo previamente aportado, por potenciar los aspectos específicamente sanitarios, frente a su actual devaluación efectiva, entendiendo que es la única justificación para mantener un diseño de distribución que responde a unas condiciones ya inexistentes.

1. Primera parte: la distribución de medicamentos (y productos sanitarios)

1.1 La distribución de medicamentos en España

Para que los productos de la industria farmacéutica y, lo que es más importante, sus beneficios para la salud lleguen a los pacientes, es preciso que existan canales de distribución adecuados. La distribución de medicamentos o, más precisamente, la distribución y dispensación de medicamentos participa en la “cadena del valor” de éstos mediante dos tipos de actuaciones. Por una parte, las propias de cualquier sistema de distribución –compra y venta, financiación, logística del transporte, almacenamiento, servicio, etc.–, muy similares a las que se llevan a cabo en la comercialización de otras líneas de productos, como alimentos cárnicos, congelados, etc. Por otra, las genuinamente sanitarias, las que se engloban en el término “dispensación”, que se acogen a las especificidades de una concreta tradición profesional. Estos cometidos los llevan a cabo por tres grandes actores: los servicios farmacéuticos hospitalarios, las empresas de distribución mayorista y la extensa red de OO FF.

A) Los servicios de farmacia hospitalarios

En toda Europa los servicios de farmacia hospitalaria han desarrollado múltiples iniciativas que contribuyen a la utilización segura, efectiva y económica de los medicamentos (Hudson, 2004), integrando funciones de preparación, compra, almacenamiento, distribución y dispensación propias de todos los demás actores de la cadena del medicamento. Las funciones de los servicios de farmacia hospitalaria recorren una amplia gama de prestaciones, entre las que la dispensación supone sólo una parte. Desde hace años realizan actuaciones de farmacovigilancia, lideran la elaboración de las guías farmacoterapéuticas de los centros, preparan remedios complejos, evalúan y compran medicamentos, organizan las monodosis de los tratamientos de los pacientes ingresados y, cada día en mayor medida, llevan a cabo tareas de dispensación ambulatoria (Tamés y Echarri, 2002). Esta última función ha ido incrementando su peso de manera espectacular en los últimos años. Los datos agregados estimaban en 1994 que se distribuía por este canal un 12% de la medicación (Farmaindustria, 1994), mientras que para 2005 las estimaciones más conservadoras apuntan un 22% (Farmaindustria, 2004). En 1999 el gasto total en productos farmacéuticos –recetas y dispensación hospitalaria– suponía un 27,1% del gasto sanitario público, y en 2005 repre-

sentaba el 28,6%. En ese periodo la farmacia hospitalaria pasó del 4,27% al 6,2%. El gasto hospitalario en productos de dispensación ambulatoria ha duplicado su peso en el periodo 1999-2005, tanto sobre el total de la farmacia hospitalaria como sobre el consumo de bienes y servicios y el gasto total de los hospitales. El gasto farmacéutico hospitalario ha aumentado a unas tasas que prácticamente doblan las del gasto sanitario total y al de las recetas médicas en los años 2004 y 2005².

En España las farmacias de los hospitales no pueden dispensar al público las prescripciones recetadas por los médicos de atención primaria, a diferencia de lo que sucede en diferente medida en otros países, como Noruega u Holanda. Sin embargo, a través de la calificación de “medicamentos de uso hospitalario”, el volumen que representa la medicación ambulatoria en el conjunto de la dispensación del hospital llega a ser de dos tercios (Cots, 2005) o tres cuartos (Gil Navarro, 2005), es decir, supera en un factor de dos o tres la medicación que se presta bajo ingreso. Aunque esto suele atribuirse a los crecientes costes de la medicación que se dispensa por esta vía – con incrementos cercanos al 15% anual–, parece que tal explicación no basta para dar cuenta de la progresiva relevancia que la dispensación ambulatoria está adquiriendo en la actividad de los servicios de farmacia hospitalaria. Una posible explicación del fenómeno residiría en una deliberada intención de desviar a través de este canal –mediante el etiquetado como productos de “dispensación hospitalaria”– productos que se pretende sustraer de la distribución usual para evitar los sobrecostes que suponen los márgenes de mayoristas y oficinas. De ser así, este pretendido aprovechamiento de la estructura de los servicios de farmacia hospitalaria –que compran directamente a los laboratorios y de los que se asume que su actividad dispensadora no incrementa los costes– supondría una innecesaria devaluación de sus aportaciones más específicamente sanitarias.

Con demasiada frecuencia se minusvalora la aportación de los servicios de farmacia hospitalaria a la cadena del medicamento. Los profesionales de estas unidades, que han de cursar una residencia que añade cuatro años de posgrado a su formación, reciben por sus servicios un salario fijo, al igual que la mayoría de los trabajadores de la sanidad pública y a diferencia del resto de agentes que intervienen en la distribución y dispensación, retribuidos con un porcentaje sobre su volumen de facturación. Y, sin embargo, puede parecer que se prefiere mantener el indeseable *statu quo* de la retribución por margen de los otros agentes de la distribución, en lugar de consolidar los logros de uno de los sectores más dinámicos de la cadena del medicamento y la asistencia especializada.

B) La distribución mayorista

Entre la fabricación de medicamentos y su recepción por los pacientes a través de las OOF media una importante función logística llevada a cabo por la distribución mayorista, un

2 Informe del Grupo de Trabajo de Análisis del Gasto Sanitario 2007. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/finGastoSanit.htm>.

sector frecuentemente ignorado en los debates sobre la prestación farmacéutica. Sin embargo, gran parte del valor atribuido a la dispensación de medicamentos, en especial su accesibilidad y la garantía de suministros, se sustenta en estos intermediarios que centralizan compras y realizan hasta cinco repartos diarios. Esta facilidad de reposición redundará en menores costes de financiación, almacenamiento e inmovilización para las OO FF. La distribución mayorista es retribuida por el mismo sistema –un margen o porcentaje sobre el precio del producto– que la dispensación por las farmacias, aunque en una proporción mucho menor y progresivamente menguante. El Real Decreto 2402/2004, en desarrollo del artículo 104 de la Ley del Medicamento, estableció una rebaja del margen de la distribución de dos puntos, situándolo en el 7,6% del precio del almacén, sin impuestos.

Los principales rasgos de interés que caracterizan a estas empresas son su relativa fragmentación y su forma jurídica habitual de cooperativas, por la que sus propietarios son farmacéuticos. Dos rasgos que merecen especial consideración a la vista de las manifestaciones explícitas del regulador mostrando su oposición a la integración, tanto vertical como horizontal, en el sector. La mayoría del centenar de empresas existentes son cooperativas, y las tres primeras capturan más del 35% del mercado. Así, las cinco principales empresas de distribución españolas –COFARES, SAFA, HEFAME, CECOFAR y Federación Farmacéutica– movilizan el 50% de la medicación, con cuotas de mercado que van del 19% al 7%. De ellas, cuatro son cooperativas y sólo SAFA adopta la forma de sociedad anónima. La fragmentación que representan estas 100 empresas es una anomalía en nuestro entorno, aunque los efectos menos deseables de ese minifundismo resultan parcialmente paliados por una importante concentración. Aunque en Italia existen casi el doble y en Grecia 124, los países que siguen a España en número de mayoristas son Bélgica con 27 y Portugal con 22. En Francia funcionan 6, en el Reino Unido 15 –en ambos países las tres primeras representan el 95% del mercado– y en Alemania 17 (Bruque Cámara *et al.*, 2002). En la Europa de los 15 se ha asistido en la última década a un proceso de consolidación de estas empresas (Taylor *et al.*, 2004), con diferente repercusión según latitudes. En la actualidad, el 77% de las distribuidoras que operan en Europa están radicadas en España, Italia y Grecia. Esta tendencia a la concentración y la entrada de empresas internacionales en el sector ha propiciado el desarrollo de activas estrategias de fidelización, algunas de las cuales han sido desautorizadas o penalizadas por el Tribunal de Defensa de la Competencia³.

La separación entre fabricantes, mayoristas y farmacias comunitarias se difumina allá donde existen formas de integración vertical entre ellos. Esta especificidad de la distribución mayorista española es la única forma de “integración vertical” permitida por nuestra regulación a los profesionales del sector. Como describe el servicio de defensa de la competencia en sendos informes recientes⁴, “la propiedad de los almacenes mayoristas está, en su mayor

3 Tribunal de Defensa de la Competencia. Resolución Expediente A211/97 COFAS. Disponible en: <http://www.cncompetencia.es/>.

4 Informe del servicio de defensa de la competencia N-05086 Alliance Unichem/ CERT Cataluña y N-05029 ALFAMAD/Grupo FARMACÉN. Disponibles en: <http://www.cncompetencia.es/ControlConcentraciones/N-05086INFWEB.pdf>.

parte, en manos de los propios farmacéuticos, integrados verticalmente en cooperativas o en sociedades. Esta integración vertical presenta ventajas para los propios farmacéuticos (por un lado, las fiscales propias de tal régimen cuando se trata de cooperativas y, por otro, el reparto de los beneficios de la actividad de distribución). Así, distinguiendo por categorías, un 47,5% de las empresas son cooperativas cuyos socios son farmacéuticos con oficinas de farmacia, un 20,2% sociedades participadas por farmacéuticos y un 32,3% sociedades independientes, entre las que figuran las partes de esta operación. Atendiendo al número de almacenes, aproximadamente un 30% corresponde a sociedades independientes y un 70% a cooperativas y sociedades propiedad de los farmacéuticos detallistas”. Al hilo de esta interdependencia, aunque los márgenes de distribuidores y oficinas de farmacia son fijos, es práctica habitual que los almacenes farmacéuticos repercutan de forma indirecta parte de este margen a las oficinas de farmacia. Se conocen principalmente dos modalidades: descuento por volumen de ventas mensual y descuentos escalados en función del número de unidades o del volumen de un producto. También pueden obtener descuentos en función de las condiciones de pago. Los descuentos aplicados a la farmacia por parte del almacén distribuidor no se repercuten al consumidor en el caso de especialidades farmacéuticas financiadas por la sanidad pública, sino que aumentan el margen de la oficina de farmacia más allá de los fijados legalmente. La peculiar relación de lealtad que vincula al socio-cliente de estas cooperativas con la organización de la que forman parte contribuye a explicar su mayor ventaja competitiva frente a las otras formas empresariales (Bruque Cámara *et al.*, 2002).

La regulación sobre este tipo de integración varía enormemente entre países. Así, Holanda ha intentado debilitar las relaciones entre los eslabones de la llamada “cadena dorada” reduciendo el pago máximo mediante un sistema de precios de referencia, buscando reducir el volumen de los descuentos que se ofrecen a lo largo de ésta (de Vos, 1996). En España, las estrategias empleadas para estimular la competencia en precios han mostrado escasa traslación a los consumidores –bastante insensibles al coste, dado el ínfimo nivel medio de copago efectivo–, y los distintos actores pugnan ofreciendo descuentos y ofertas tipo “3x1” a los intermediarios. Como consecuencia de esta situación, la elevada competencia, sobre todo entre productores de genéricos, se traduce en beneficios para sus comercializadores, pero no para sus destinatarios finales; algo contrario a la finalidad que se supone persigue la abundante regulación producida en los últimos años sobre estos productos. Cuando la competencia se desplaza de este modo, sus efectos no se trasladan al precio de venta al público, beneficiando únicamente a los distribuidores o las farmacias, cuyas rentas se incrementan, lógica pero injustificadamente.

En un sector tan “estancado” como este, cundió la alarma ante el anuncio por parte de un laboratorio de su intención de integrar en sus actuaciones la distribución directa de sus productos a las OO FF. La respuesta de las sociedades gremiales que ejercen de sindicato de los propietarios de farmacia auguró males sin cuento derivados de tal medida: peligro de que se desestabilice todo el sistema del medicamento, escepticismo ante las promesas de buen servicio, temor a desabastecimientos futuros, etc. Bajo una retórica grandilocuente, apocalíptica y a menudo irritante, subyace su razonable temor de que otros actores operen

cada vez en más eslabones de la cadena del medicamento. En cualquier caso, cuesta afirmar que la transferencia de las funciones logísticas de distribución desde unas cooperativas de sanitarios familiarizadas con los mecanismos de la competencia hacia la industria farmacéutica o a empresas de capital vaya a repercutir negativa o positivamente en la salud de los ciudadanos, por más que pueda perjudicar las cuentas de resultados de algunos de sus operadores actuales.

A la vista de la importancia de la actividad mediadora de la distribución mayorista, se requiere una reconsideración sobre la conveniencia de la integración de proveedores a estos niveles, ya que el activo específicamente sanitario que puede ser deseable preservar y potenciar –actuación profesional del farmacéutico– es de carácter personal y puede ser prestado bajo cualquier forma organizativa. Sin embargo, las tareas de logística, compra, gestión financiera, etc., pueden ser desempeñadas igual o mejor bajo diferentes alternativas, con un mejor empleo de los recursos sanitarios. Por tanto, puede concluirse que tal actividad merece más atención que la aplicación de rebajas coyunturales en sus márgenes. Sobre todo, se requieren incentivos que, estimulando mejoras de eficiencia, consigan que sus esfuerzos competitivos se trasladen a los compradores finales.

C) Las oficinas de farmacia (OO FF)

Existen unas 21.000 farmacias distribuidas ampliamente por todo el territorio español. Sus propietarios han de ser licenciados en farmacia y no pueden ser titulares de más de una, titularidad a la que se accede bien por compra-venta autorizada, bien mediante concursos, gestionados ahora por la Administración y hasta hace unos años por los colegios de farmacéuticos. Más allá de estos sucintos datos, las descripciones sobre sus circunstancias difieren sustancialmente en función del punto de vista adoptado. Al ser los colectivos que representan a la propiedad de las oficinas de farmacia los más presentes y pugnaces en la defensa del *statu quo*, una forma de minimizar los riesgos de ser acusados de aportar una perspectiva sesgada sobre su papel pasa por recurrir a una descripción de la farmacia española procedente del reciente informe encargado por la “internacional” de estas organizaciones gremiales –el PGEU, Pharmaceutical Group of the European Union–, Community Pharmacy in Europe. Lessons from deregulation, case studies (Vogler *et al.*, 2006), que compara la situación entre tres países sometidos a recientes liberalizaciones y otros tres –entre ellos España– empleados como “grupo de control”.

Las farmacias son los únicos establecimientos sanitarios autorizados en nuestro país para dispensar tanto medicamentos de prescripción como aquellos que no la requieren, los llamados *over-the-counter* (OTC), que es un grupo bastante más amplio que las especialidades farmacéuticas publicitarias (EFP). A diferencia de lo que sucede en diferente medida en otros países, en España las farmacias de los hospitales –ni siquiera los operados por el Sistema Nacional de Salud (SNS)– no pueden dispensar al público medicamentos con recetas prescritas por los facultativos del SNS. Tampoco se permite a ningún otro tipo de establecimientos distribuir los medicamentos que no requieren prescripción médica. Disfru-

Tabla 1. Evolución del número de oficinas de farmacia

Concepto	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Número de farmacias	17.896	18.745	18.909	19.080	19.222	19.439	19.641	19.766	20.098	20.348	20.461	20.579
Incremento de farmacias	245	849	164	171	142	217	202	125	332	250	113	118
Habitantes por farmacia	2.172	2.101	2.098	2.084	2.073	2.068	2.062	2.080	2.082	2.099	2.111	2.143

Fuente: CGCOF.

tan, por tanto, del monopolio de la venta y dispensación de medicamentos, pero su actividad no se restringe a éstos, ya que en estas oficinas se encuentra una importante oferta de productos dietéticos, cosméticos y otros de variada laya.

Los criterios exigidos por la normativa estatal básica para el establecimiento de nuevas farmacias incluyen una población mínima de 2.800 habitantes y una distancia de 250 metros entre OO FF. Las adaptaciones autonómicas han incorporado múltiples ajustes alegando características como ruralidad, turismo, etc., al tiempo que algunas han añadido nuevas distancias para alejarlas de los centros sanitarios.

La Tabla 1 permite apreciar cómo el continuo incremento del número de OO FF en los tres últimos lustros –cifrado en unas 200 por año– ha sido superior al de la población, por lo que el número de habitantes por farmacia se ha reducido en un 6%. El crecimiento más acelerado se experimentó en Navarra como consecuencia de la promulgación de una norma autonómica que permite abrir una OF por cada 700 habitantes, lo que propició que su número en la Comunidad Foral pasara de 308 en 2000 a 531 en 2004.

La propiedad de las farmacias está restringida a los farmacéuticos, y sólo una por persona, por lo que no se pueden desarrollar algunas estrategias con potencial impacto favorable sobre la eficiencia, como ciertas formas de integración vertical y prácticamente ninguna horizontal relevante. Sin embargo, sí que existe la peculiar forma de integración vertical, aunque ascendente, ya comentada. En un sector en que la práctica totalidad de los proveedores sanitarios tienen proscrito mantener intereses en otro segmento del proceso, se permite a los titulares de OO FF ser propietarios de empresas de distribución mayorista que adoptan la forma de cooperativas. De este modo, la separación entre los diferentes actores –fabricantes, mayoristas y farmacias comunitarias– se difumina en el ámbito de la distribución por la trama de interrelaciones entre mayoristas y minoristas, pero con importantes asimetrías. Los farmacéuticos pueden tener intereses en la distribución, pero las empresas de ésta no pueden poseer centros de alcance al público. Una anomalía que merece alguna reconsideración.

En el informe referenciado (Vogler *et al.*, 2006) se compara la situación en tres países considerados “casos de estudio” –Irlanda, Holanda y Noruega– con la que percibe en otros tres –Austria, Finlandia y España–, etiquetados como “grupo control”, pretendiendo analizar, así,

los efectos de la desregulación del sector farmacéutico sobre la accesibilidad a los medicamentos, la calidad de los servicios prestados por las farmacias y el gasto farmacéutico. No se oculta que el documento busca destacar las ventajas de un llamado “modelo mediterráneo”, cuya geografía va desde el Báltico hasta Tarifa atravesando los Alpes, frente a los sistemas que han experimentado recientes medidas de liberalización. En este sentido, no extrañará que el diseño español obtenga las mejores valoraciones en las dimensiones establecidas para definir la accesibilidad: accesibilidad a medicamentos de prescripción, accesibilidad en áreas rurales, disponibilidad inmediata de medicamentos y elevada frecuencia de entregas por las distribuidoras. Pero todas ellas son atribuibles más a los mecanismos de planificación implantados y a la eficacia de las empresas de distribución mayorista que a la ejecutoria de las propias farmacias.

A pesar de su exhaustiva búsqueda de las excelencias del sistema español, entre los seis indicadores elegidos para definir la calidad del servicio, la farmacia de nuestro país obtiene la peor puntuación –la misma que alcanzan los denostados modelos de Irlanda y Holanda– en la dimensión de “centrada en los medicamentos”, así como en la referida a “implicación en promoción de la salud y prevención de enfermedades”. Sus mayores fortalezas en esta área están en la “independencia profesional del farmacéutico”, en la “importancia de la preparación de fórmulas magistrales” y en la “relevancia del consejo farmacéutico”. Otro aspecto en el que también destaca el sistema español es en el referido a la amplia presencia de productos no farmacéuticos –cosméticos, dietéticos...– en las oficinas de farmacia, algo que comparte con las “mercantilizadas” farmacias irlandesas y noruegas.

Finalmente, el mismo documento pone de relieve que el número promedio de personal por farmacia es relativamente bajo, lo que se justifica por la también escasa *ratio* poblacional, algo que contrasta con el hecho de disponer de una de las mayores tasas de farmacéuticos por 10.000 habitantes (8,5), lo que seguramente supone un despilfarro de saberes profesionales altamente especializados.

Resulta difícil no coincidir con las conclusiones que aportan cuando se afirma que: “es evidente que los desarrollos históricos, tradiciones y cultura tienen una enorme influencia sobre el modo en que se han regulado estas cuestiones y sobre cómo se organizan los sistemas en cada país”. Cosa distinta es aceptar un determinismo fatalista que impida reorientar, con tino y cautela, los aspectos menos deseables de esa configuración.

1.2 La regulación de la distribución de medicamentos

A) Los fines de la regulación (y sus orígenes)

La tendencia a comparar las regulaciones de diferentes países es un ejercicio frecuente, pero bastante estéril, y no sólo por la influencia de los desarrollos históricos, tradiciones y cul-

tura sobre el modo en que se ha regulado en cada uno de ellos, sino por lo inconclusivo que puede llegar a resultar. Si al estudiar el marco legal comparado europeo se pone de manifiesto que España se aleja de la configuración mayoritaria en buen número de las dimensiones consideradas, nada impide que, haciendo de la necesidad virtud, el documento se subtitule El modelo español de farmacia referente para el futuro de la farmacia en Europa (COFV-FEFE, 2007). Además, validar la constatación de la coincidencia internacional de algunos rasgos regulatorios que no responden adecuadamente a las características actuales de la dispensación, sería acogerse al principio de “mal de muchos...”, omitiendo el hecho obvio de que dicha regulación de la distribución de medicamentos está concebida básicamente atendiendo a las especificidades de la producción, ya que hasta hace unas décadas ambas actividades estaban indisolublemente unidas.

Los estudios que analizan la historia de la distribución farmacéutica a la luz de la teoría de las profesiones (Shaked y Sutton, 1981) identifican como tarea nuclear diferenciadora de la farmacia respecto a otras profesiones la garantía de la potencia y pureza de los medicamentos (Savage, 1994), un cometido que ahora ya recae en la industria productora, sin correlato en las actividades llevadas a cabo en los puntos de dispensación. La misma literatura, comparando los desiguales desarrollos económicos e institucionales de las farmacias europeas y estadounidenses, identifica en los nuestros la eficacia de los gremios para garantizarse el monopolio de la venta de productos y servicios específicos, cuya delimitación y protección legal se articula alrededor de la profesión en lugar de sobre las actividades.

Ciñéndonos al caso español, la regulación farmacéutica se cuenta entre las más antiguas conocidas, por lo que hay que hacer referencia a textos normativos de aspecto arqueológico. Pero debe tenerse presente que en el largo periodo de tiempo en que se promulgaron dichas normas, el ejercicio farmacéutico mantuvo sin apenas cambios unos rasgos comunes –la especialización en la preparación de medicamentos de acuerdo con el mejor conocimiento disponible– que la moderna realidad de las últimas décadas ha quebrado para siempre, haciéndolos obsoletos. Lo que se reguló en su día no era tanto una actividad de distribución como de fabricación por parte de las oficinas de farmacia (Arruñada, 2001).

La regulación de las actividades sanitarias, y entre ellas la dedicada a la elaboración de fármacos, comienza en España con el inicio de la Edad Moderna. La Novísima Recopilación de las leyes de España muestra su cronología (BOE, 1975). En la conocida como Ley II (1477-1498) de los Reyes Católicos, se establece el reconocimiento de las boticas para evitar el comercio de las dañadas y corrompidas. En las Pragmáticas de 1588 y 1593 de Felipe II y la Pragmática de 1617 de Felipe III aparece el examen de los boticarios y, entre otras cuestiones, las visitas (inspecciones) a las boticas, que deberán realizarse cada dos años. De ahí proceden la caducada prohibición de que ninguna mujer pueda regentar botica –quizás el único cambio sociológicamente relevante experimentado en la evolución del sector– y el llamado “privilegio de estudios”, que prorroga la vigencia *post mortem* de la concesión si el heredero está estudiando la licenciatura. Estos antecedentes legales mantienen una continuidad esencial en el siglo XIX, con las ordenanzas de 1860 y las “Ordenanzas vigentes para el

ejercicio de la profesión de farmacia y comercio de drogas y plantas medicinales, dadas por Real Orden del 4 de enero de 1883”, para llegar apenas invariados al pasado siglo.

A mediados del siglo XX se sientan las bases jurídicas de la actual configuración regulatoria, mediante el Decreto de 24 de enero de 1941 –5º Año triunfal del Glorioso Alzamiento Nacional que proclama el pie de firma– por el que se reglamenta el establecimiento de nuevas farmacias (BOE, 1941). En su exposición de motivos se afirma que “las entidades farmacéuticas han venido reclamando desde hace muchos años la reglamentación del establecimiento de nuevas farmacias o la limitación de las mismas. (...) Es cierto que la libre concurrencia (...) atraviesa una crisis aguda (...) y hoy produce un notable encarecimiento de las mercancías, a la par que no satisface las necesidades más elementales del profesional, planteando un grave problema social”.

Además de su interés arqueológico, la exhumación de este tipo de textos (re)fundacionales ayuda a comprender las bases ideológicas sobre las que se sustenta el modelo normativo aún vigente: regulación a instancia de parte (la oferta), aversión a la competencia como vía para la eficiencia, e identificación entre las “necesidades de los profesionales” y el beneficio social. A las que cabe añadir la prefiguración de la apelación a la “salud pública” para justificar todo tipo de indemostradas ocurrencias peregrinas, como cuando se afirma que “el Gobierno debe vigilar estimulando una mayor elevación en ese sentido moral de los profesionales farmacéuticos, de lo que se deducirá un gran beneficio para la salud pública”.

No menos llamativo resulta que su breve apartado dispositivo contenga ya estipulaciones sobre *ratios* poblacionales o distancias –250 metros entre farmacias– sustancialmente idénticas a las actuales, casi a despecho de los radicales cambios experimentados en el urbanismo y la densidad de habitación durante las seis últimas décadas. Una especie de número pitagórico que perdura en la regulación promulgada ya en este siglo (BOE, 2007a), e incluso en aquélla aún en tramitación⁵.

B) La distribución farmacéutica como actividad regulada

Se asume que el principal objetivo de la regulación de la distribución farmacéutica consiste en proteger el interés público en los aspectos relativos a la seguridad (calidad) y el acceso a los medicamentos (cuya eficacia resulta discutible). Sus objetivos secundarios, a menudo conflictivos, incluyen la protección de intereses privados (incluyendo aquí la viabilidad financiera o la integridad operativa de farmacias y mayoristas), la promoción de la calidad de los servicios, limitar los costes de la distribución y los globales de los fármacos, así como promover la elección de los consumidores. La continua apelación al *corpus* normativo como justificación panglosiana –todo es para bien en el mejor de los mundos posibles– de

5 Así, en el Proyecto de Ley de Farmacia de Andalucía de 15/6/2007, se lee: “La distancia mínima entre oficinas de farmacia será de doscientos cincuenta metros”.

su deseabilidad, parece que olvida que las regulaciones no son en sí un fin, sino un medio para alcanzar algunos objetivos, en este caso de proclamada protección del interés público, que tan a menudo se confunde con el de aquéllos que reciben sus ingresos del presupuesto público.

En la mayoría de los países de nuestro entorno la distribución y dispensación de fármacos es una actividad fuertemente regulada. También en la mayoría de ellos esta regulación responde a una configuración de su actividad sólo remotamente relacionada con la actual. En definitiva, las farmacias han conservado en la mayoría de los países desarrollados un estatuto de actividad de índole profesional, en el que se suelen restringir la entrada o, al menos, la organización de la actividad, que se diferencia en gran medida del régimen vigente para el conjunto de actividades comerciales que se desarrollan libremente en el mercado. Básicamente, caben dos líneas explicativas del mantenimiento de estas restricciones. Por un lado, la conservación de ese estatuto profesional puede obedecer al éxito de los farmacéuticos en mantener un monopolio que les beneficia personalmente, aunque sea dañino desde el punto de vista colectivo. Alternativamente, se argumenta que la distribución de medicinas puede aconsejar controles adicionales, ya que la producción industrial de medicinas cada vez más eficaces, pero también más peligrosas, requiere una actividad más profesional en su distribución, por lo cual la menor entidad de la actividad elaboradora de las farmacias se habría visto compensada por los mayores requerimientos informativos de la actividad distribuidora (Arruñada, 2001). En otros textos se han puesto de manifiesto las importantes limitaciones –de formación, de práctica, de experiencias– que en estos momentos presentan las actividades de información sanitaria que pueden llevarse a cabo desde las farmacias (Meneu, 2007). A la vista de ello, procede centrarse en la primera hipótesis, a la que también prestan atención un importante número de publicaciones recientes. Desde esa perspectiva, el mantenimiento de los grandes rasgos de la regulación traduce que los farmacéuticos comunitarios, como grupo profesional, han logrado mantener largo tiempo un monopolio sobre la oferta de medicamentos –tanto de prescripción como de automedicación (publicitarios)–, controlar el número y ubicación de las farmacias y mantener restringido el derecho a la propiedad de estos establecimientos. En muchos países europeos sólo los farmacéuticos pueden comprar o establecer (abrir) oficinas de farmacia, aunque frecuentemente no pueden poseer o responsabilizarse de más de una, lo que imposibilita la formación de grandes cadenas gestoras de boticas, como las que son habituales en el Reino Unido o los Estados Unidos. Aunque en cierta medida esto puede responder a una protección del interés público al pretender garantizar –por medios discutibles– unos estándares de competencia profesional, también sirve sin duda para proteger la “búsqueda de rentas” por los propietarios de farmacias y distribuidoras, inhibiendo la competencia, con efectos sobre los precios y la elección del consumidor (Taylor *et al.*, 2004).

Reiteradamente se ha analizado la regulación de las farmacias en diversos países europeos para verificar esta hipótesis de búsqueda de rentas. Los resultados coinciden en mostrar que la mayor parte de la normativa se orienta a restringir la entrada de actores o la competencia entre los presentes, avalando la preeminencia de los intereses privados frente al interés pú-

blico (Philipsen y Faure, 2002). Las regulaciones sobre apertura de establecimientos y precios de fármacos no parecen servir al interés público, y las conclusiones alcanzadas resultan aplicables a otros países distintos a los específicamente analizados (Philipsen, 2003).

Cualquier análisis sobre la regulación existente debe contemplar en qué medida ésta sirve para promover o inhibir la eficiencia en el sector, y si se traduce en beneficios efectivos para los consumidores o en una mera imposición de costes innecesarios. Su adecuada valoración requiere no sólo atender a las comparaciones entre las configuraciones presentes en otros países, sino también y sobre todo una clara comprensión de las tensiones inherentes en el seno de las oficinas de farmacia, en tanto que son al mismo tiempo espacios de distribución minorista y de actividad profesional.

Respecto a su dimensión más comercial, se requiere profundizar en la naturaleza de los incentivos económicos para los distintos actores implicados en la cadena del medicamento creados por las disposiciones regulatorias (Taylor *et al.*, 2004), ya que en demasiadas ocasiones refuerzan o trazan indeseables dependencias de senda.

En cuanto al segundo cometido, el de carácter profesional, ante la cada vez más ubicua apelación a la necesaria integración asistencial, no se entiende cómo sistemáticamente se deja fuera de su ámbito a quienes razonablemente reclaman su tratamiento como proveedores sanitarios. La desatención de la dimensión sanitaria de la actividad llevada a cabo por las farmacias y su adaptación a sus cometidos actuales es una llamativa característica que comparten los diferentes reguladores y gestores sanitarios, nacionales y autonómicos.

C) El eterno retorno del mismo debate

La tensión entre los esfuerzos de una parte por perpetuar un diseño que se compadece mal con los cambios operados en el sector y su entorno –cambios industriales, profesionales, sanitarios, económicos y demográficos– y los legítimos intereses de otros agentes relevantes en el proceso de hacer llegar los productos farmacéuticos a sus adecuados destinatarios, hace que se reavive casi periódicamente el debate sobre la, para muchos, necesaria reconfiguración de su organización.

Es comprensible que quienes pueden sentirse más beneficiados por el modelo actual pugnen por mantenerlo, incluso adoptando estrategias victimistas que mayoritariamente carecen de justificación. Más difícil resulta comprender el empeño de los reguladores en el sostenimiento y refuerzo del sistema actual, cuando no puede afirmarse que éste garantice del modo más deseable el conjunto de objetivos generalmente alegados para justificar la intervención pública.

Así, a pesar de la desmedida atención que los poderes públicos prestan a su regulación –o quizás por ello–, un importante segmento del sector vive en una continuada movilización en pro del más radical inmovilismo. En los últimos años la facción más ultramontana de la

distribución ha propiciado campañas contra el moderado y razonable informe del Tribunal de Defensa de la Competencia (TDC, 1995), a favor de una nostálgica “Proposición de Ley de Iniciativa legislativa popular sobre principios básicos de ordenación del medicamento”⁶, en defensa del llamado “modelo mediterráneo de farmacia”, de imaginativa geografía, alertando contra la reconfiguración de la intermediación logística, oponiéndose al desarrollo de “sociedades profesionales” más adaptadas a la realidad de las relaciones jurídico-societarias del sector (BOE, 2007a), o incluso explicándole al Gobierno los argumentos que debe aportar frente al Dictamen Motivado de la Comisión de las Comunidades Europeas –en lo sucesivo DM-CCE⁷– para razonar la justificación de la regulación española de las OO FF. Y lo peor es que el regulador convalida, en ocasiones textualmente, algunos de estos cuestionables argumentos, incurriendo en algo que benévola y sólo puede explicarse por el principio de “sostenella y no enmendalla”.

Siendo esta última actuación –la refutación del DM-CCE– la enésima edición del mismo intento de evitar cualquier modificación de un *statu quo* cuya porfiada defensa parece demostrar lo satisfactorio que resulta para sus partidarios, tiene al menos la virtud de resultar sintomática del nivel alcanzado de captura del regulador por sus regulados, ya que éstos se aprestan a explicarle por qué las actuaciones del ejecutivo son acordes a derecho y beneficiosas para la ciudadanía, al tiempo que aquél convalida sus argumentos. Por ello, que no por su enjundia o actualidad, se hacen en las siguientes páginas reiteradas referencias a algunas de sus afirmaciones, consideraciones o justificaciones, entendiendo la comprensible necesidad de defender una ordenación legal claramente mejorable, pero no la de aportar argumentos heroicos, más allá de lo que exige el deber de coherencia.

Dicho DM-CCE vuelve sobre varios de los temas recurrentes, y en concreto sobre “las condiciones de apertura de una farmacia, sobre el procedimiento de autorización administrativa y sobre las normas de propiedad de una farmacia”, es decir, sobre cuestiones anteriormente epigrafiadas como relativas a la: 1) planificación y 2) propiedad. En los siguientes apartados se procede a su análisis para, seguidamente, contemplar los aspectos relativos a: 3) pago y 4) prestación profesional.

6 Proposición de Ley de Iniciativa legislativa popular sobre principios básicos de ordenación del medicamento, auspiciada más o menos subrepticamente desde algunas instancias colegiales (<http://senaix15.senado.es/legis7/publicaciones/html/textos/B0203-1.html>).

7 Comisión de las Comunidades Europeas. Dictamen Motivado dirigido al Reino de España en virtud del artículo 226 del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea debido a determinadas restricciones en materia de establecimiento de oficinas de farmacia. Infracción nº 2001/5261. C(2006)/2726. Bruselas 2006 (disponible en: <http://www.plafarma.org/documentos/dictamen/dictamenmotivado.pdf>).

2. Segunda parte: las cuatro “P”

2.1 Planificación

A) Las razones de la planificación

Es sabido, por reiterado hasta la saciedad, que las oficinas de farmacia tienen la consideración de “establecimientos sanitarios privados de interés público sujetos a la planificación sanitaria” (art. 103.3 Ley 14/1986, art. 1 Ley 16/1997 y art. 84.6 Ley 29/2006). Menos conocidas son las consecuencias efectivas de esta planificación sanitaria, que son la limitación del número de farmacias –lo contrario a la libre apertura– y la necesidad de un sistema para asignar el derecho a regentar alguna de las planificadas, ya que existe una demanda mayor que la disponibilidad de autorizaciones. La prohibición de la libre apertura cuenta con oponentes organizados y cargados de razones, aunque partidarios de una propiedad restringida a los farmacéuticos (<http://www.plafarma.org/>), así como con paladines que se reclutan fundamentalmente entre los reguladores y los titulares actuales de una autorización. Menos estructurado está el debate sobre el sistema de asignación, o más bien los sistemas, ya que existe la doble posibilidad de concurrir a una adjudicación administrativa de nuevas autorizaciones o de competir en un mercado casi libre por la compra de una ya existente. La adjudicación de titularidades farmacéuticas no cuenta con oposición organizada, a pesar de sus importantes diferencias territoriales, las desigualdades de acceso que presenta y la ineficiencia administrativa que demuestra. Parece optarse por impugnar la mayor, la limitación de farmacias, de la que deriva la necesidad de un mecanismo de distribución. En consecuencia, se entreverán los debates sobre dos cuestiones que merecen consideración separada. Por una parte, las ventajas e inconvenientes relativos a la libre apertura y a la planificación, tanto en la teoría como en su concreta aplicación práctica. Por otra, la menos aireada reflexión sobre los criterios para repartir licencias, su adecuación a los principios generales de bienestar público proclamados y la legitimidad de mantener la doble vía del concurso o la compra, algo que afecta de modo central a los aspectos etiquetados como relativos a la “propiedad”.

Respecto a la libre apertura, puede resultar ilustrativo saber que el regulador, para avalar la eficacia de la limitación del número de farmacias⁸, recurre a “la existencia de una relación

8 Ministerio de Sanidad y Consumo. Informe relativo al contenido del Dictamen Motivado de la Comisión Europea –Referencia 2001/5261 c(2006) 2726 de 28 de junio de 2006– sobre presuntas restricciones a la libre competencia de la normativa española reguladora de las oficinas de farmacia. Madrid, 2006.

directa entre el número de farmacias, su rentabilidad y los fondos públicos disponibles para financiar el gasto público farmacéutico”. La relación con la rentabilidad es obvia, aunque parece que debería ser más una preocupación de cada propietario a la hora de decidir la apertura de su establecimiento. Más llamativa es la preocupación por los fondos disponibles para financiar el gasto público. Las organizaciones profesionales reiteran que las OO FF no tienen capacidad de modificar el consumo farmacéutico, al proceder éste de la prescripción de un médico. Parece descontar el regulador que unas farmacias que resultasen menos rentables por la decisión soberana de sus propietarios de abrirse en mayor número obligarían a financiar esta sobreoferta hasta algún monto que las hiciera “sostenibles”. Sin discutir la verosimilitud de la materialización de tales reclamaciones, como argumento justificativo del diseño vigente parece responder a la clásica expresión de “ponerse la venda antes de la herida”.

Con todo, es razonable considerar que una absoluta liberalización de las aperturas puede acarrear, al menos en el corto y medio plazo, el riesgo de importantes efectos indeseables, como la proliferación de un número excesivo de nuevas oficinas, que reclamen su derecho a la sostenibilidad con cargo al erario público invocando el sufrido derecho a la salud. El reequilibrio de esta sobreconcentración en zonas actualmente atractivas seguramente tardaría en alcanzarse a través de dinámicas empresariales de falta de rentabilidad y reubicación de los recursos. También es previsible el abandono o traslado excesivo desde las ubicaciones actualmente menos atractivas hacia las tradicionalmente más deseables. Sin embargo, este último efecto debe ser matizado a la luz de la experiencia de liberalización parcial en Navarra, donde la apertura de 223 nuevas farmacias en cinco años se acompañó del cierre de sólo ocho de las previamente establecidas en zonas rurales, cuyos propietarios se trasladaron a zonas de mayor densidad poblacional, quedando esas localidades sin servicio *in situ* (Vogler *et al.*, 2006).

Aun previendo que la extensión de la liberalización provocase una movilidad muy superior a la casi anecdótica que muestra la experiencia empírica, es razonable esperar que en un plazo amplio la incapacidad de las ubicaciones ahora atractivas para responder a las expectativas de tantos aspirantes y la estabilidad que garantizan las zonas de menor concentración pero mayor cautividad territorial llevarían a un reequilibrio de la distribución de OO FF. Pero en la dinámica social no conviene confiar en soluciones de ingeniería o en elegantes modelizaciones de la racionalidad y el equilibrio. Al igual que los inversores que presumen de sus ganancias en tiempos de bonanza no dudan en reclamar del Estado la compensación por sus pérdidas ante el desplome de sus fondos, las OO FF cuyas expectativas de beneficios resultarían incumplidas exigirían del financiador público mayores retribuciones, considerando inaceptables para la profesión las existentes, lesivas para su dignidad y peligrosas para la salud de la población. Y la experiencia demuestra que suelen conseguirlas.

A este respecto, parece necesario apuntar que la apertura de una oficina de farmacia y su automático reconocimiento como proveedor del SNS es una realidad de nuestro actual ordenamiento, pero contingente. Nada impide rediseñar los conciertos que regulan las relaciones entre OO FF y SNS, tal y como prevén los artículos 88.2 y 96.2 de la Ley 29/2006.

Pueden, por tanto, reconducirse hacia convenios individualizados, de mutua aceptación, suscritos según la contratación en concurrencia de cláusulas específicas, como la limitación poblacional de las oficinas “conveniables”, pero no de las instalables, y la adjudicación por mejor oferta en términos de prestación de servicios: dotación de personal, actuaciones profesionales, condiciones de pago, descuentos, etc. Pero si es necesario reseñar la existencia de alternativas tan elementales, no conviene confiar en su materialización.

No obstante, la abolición del concierto automático entre el SNS y las oficinas de farmacia, intermediado por las organizaciones gremiales, es una de las opciones más fértiles para acabar con los aspectos más indeseables de las barreras a la libre apertura de establecimientos. Su sustitución por acuerdos selectivos en función de las necesidades del financiador y las características de los servicios ofertados por el potencial proveedor desplazaría los conflictos sobre la necesidad o conveniencia de disponer de más puntos de distribución de medicamentos financiados por el SNS al ámbito de las decisiones gestoras de éste. Algo que, además, puede contribuir a una consideración más integral del papel de la farmacia comunitaria en el contexto de los distintos proveedores sanitarios.

Una alternativa de esta especie permitiría incentivar las localizaciones deseables por el sistema sanitario, pero económicamente menos atractivas mediante estímulos concretos –garantía de ingresos, subvención a la explotación, flexibilización de márgenes...– frente a los actuales, de tipo genérico, como la llamada “carrera profesional” o incentivos diferidos, de dudosa eficiencia y discutiblemente equitativos.

A la vista de las posibilidades apuntadas, debe explicitarse que la escasa consideración prestada en este documento a la alternativa de la libre apertura no se debe a razones de peso sobre su intrínseca indeseabilidad, sino más bien a la consideración de las previsibles actuaciones de los principales actores –grupos de presión profesionales, decisores públicos responsables de la gestión de los recursos colectivos– en respuesta a sus consecuencias. Aun siendo un mero caso particular de la aplicación de las teorías, la realidad y sus regularidades –en especial en lo tocante al comportamiento humano–, conviene que sean ocasionalmente tenidas en cuenta.

B) La interpretación de la planificación

Aceptada la conveniencia de algún mecanismo de planificación de OO FF que contribuya a dotar de estos establecimientos a aquellas localidades comercialmente menos atractivas, procede ver la pertinencia y eficacia de los mecanismos hasta ahora dispuestos para su aplicación. Con todas las variantes posteriores introducidas por la normativa autonómica, las disposiciones de la Ley 16/1997, de 25 de abril, de Regulación de servicios de las oficinas de farmacia (BOE, 1997), suponen el mejor resumen de esta planificación:

- La planificación de oficinas de farmacia se establecerá teniendo en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, con vistas a garan-

tizar la accesibilidad y calidad en el servicio, y la suficiencia en el suministro. La ordenación territorial de estos establecimientos se efectuará por módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia.

- El módulo de población mínimo para la apertura de OO FF será, con carácter general, de 2.800 habitantes por establecimiento. Las comunidades autónomas, en función de la concentración de la población, podrán establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por OF. Una vez superadas estas proporciones, podrá establecerse una nueva OF por fracción superior a 2.000 habitantes. Las comunidades autónomas podrán establecer módulos de población inferiores para las zonas rurales, turísticas, de montaña, o aquéllas en las que, en función de sus características geográficas, demográficas o sanitarias no fuese posible la atención farmacéutica aplicando los criterios generales.
- La distancia mínima entre oficinas de farmacia será, con carácter general, de 250 metros. Las comunidades autónomas, en función de la concentración de la población, podrán autorizar distancias menores entre las mismas (y) establecer limitaciones a la instalación de oficinas de farmacia en la proximidad de los centros sanitarios.

Según sus previsiones, estos criterios de radicación sobre distancias y dispersión de la población, establecidos con carácter general por la Ley 16/1997 de Regulación de servicios de la oficina de farmacia, han sido adaptados por las comunidades autónomas, de manera que los 250 metros y 2.800 habitantes de aquélla pueden quedar reducidos a 150 metros y un mínimo de una oficina en las localidades con una población superior a 700 habitantes, o requerirse una distancia de 1.000 metros entre farmacias en zonas turísticas. Así, en el País Vasco no se autorizan, salvo casos excepcionales, oficinas de farmacia en municipios de menos de 800 habitantes, mientras que en las entidades locales menores, poblados y pedanías de Extremadura cabe una farmacia con 400 habitantes, y en La Rioja se permite la autorización de oficina de farmacia en cualquier municipio de población superior a 400 habitantes que carezca de dicho servicio. En Navarra todas las poblaciones con más de 700 habitantes contarán con una oficina de farmacia y las de menos de 700 habitantes también, cuando se establezca por Ley Foral ante circunstancias geográficas especiales e interés público (CGCOF, 2006).

Como se ve, pese a las apelaciones a las “características geográficas, demográficas o sanitarias”, los parámetros respecto a los que se determina la concesión de nuevas licencias son sumamente arbitrarios. Existe escasa, por no decir nula, evidencia acerca de si una nueva farmacia debe establecerse a una distancia mínima de 250 metros de otra o de 150 –ambas opciones contempladas en la regulación vigente–, o a 500, ya que parece que la mera reiteración normativa constituye su único fundamento empírico (García-Fontes y Motta, 1997).

En definitiva, la planificación se traduce en unas reglas relativamente sencillas, bastante arbitrarias en sus cifras, con amplios espacios de discrecionalidad que hacen más interesan-

te la excepción que la norma, y con elementos contradictorios. No es el menor de ellos la invocación de la accesibilidad y la previsión de su alejamiento de las farmacias de los centros sanitarios, que son la etapa previa para obtener las recetas necesarias para obtener la inmensa mayoría de los productos que distribuyen las farmacias. Pese a la grandilocuente apelación a la accesibilidad y proximidad de los medicamentos que se invoca como principal aportación del sistema de localización español de farmacias, paralelamente se promulgan normas que alejan la dispensación de la prescripción en beneficio de algunos proveedores. Distintas regulaciones autonómicas, como las de Extremadura o Galicia, destierran las OO FF de la proximidad de los centros sanitarios, a una distancia mínima de 250 metros de éstos. Sin duda, se trata de una medida muy deseable para los farmacéuticos con peores activos de localización –más distantes de los centros de salud–, pero que en absoluto beneficia a los usuarios que han de recorrer mayores trechos entre la indicación por el médico de un fármaco y su obtención para garantizar con ello la suficiencia de ingresos de un número de oficinas excesivo, ya que requieren de esta tutela. Estos ejemplos apuntan que el secuestro de la regulación pública por los intereses privados no está asociado en exclusiva a ninguna opción política ni a ninguna localización geográfica.

A la vista de sus características, el procedimiento de planificación no parece garantizar más que unas dinámicas genéricas de ubicación, centrifugando las nuevas farmacias hacia núcleos de población de menor entidad. También permite prever –dado que las concentraciones de población se modifican continuamente por la inevitable transformación social y urbana– complejos procesos de solicitud, recursos y litigios allá donde se pueda alegar la presencia de 2.000 habitantes más. Una desconfianza similar debió experimentar la Comisión Europea, ya que en el DM-CCE se señala que las medidas adoptadas “no son susceptibles de garantizar la consecución de los objetivos que persiguen”.

Establecer una relación entre procedimientos y resultados es siempre complicado, lo que no impide que a menudo se pretenda justificar la eficacia de aquéllos exhibiendo como resultados obtenidos la situación alcanzada, como cuando se presenta una instantánea de la distribución territorial de farmacias. Se trata de una práctica usual en los documentos que periódicamente aportan las organizaciones profesionales en defensa del modelo vigente, omitiendo que la misma planificación podría funcionar sin exigir la titulación de los propietarios. Se trata de un argumento especioso que ha adoptado diligentemente el Gobierno de España en su respuesta al DM-CCE. Según ésta, “La *ratio* española de farmacias por número de habitante es de las más bajas de Europa, sólo superada (*sic*) por Grecia y Bélgica (...). En 2005 España tenía una *ratio* media de 2.143 habitantes por farmacia (...). El 99% de la población dispone de una oficina de farmacia en su lugar de residencia, ya sea en el medio urbano o en el ámbito rural (...) existen 2.149 municipios de menos de mil habitantes y todos tienen farmacia”.

El éxito de la centrifugación de farmacias en España es, pues, de tal magnitud que alcanza extremos inéditos en el mundo, aunque de dudosa eficiencia. Según el anónimo pero aparentemente solvente documento distribuido por la FEFE y un colegio de farmacéuticos

sobre la distribución territorial de las oficinas de farmacia en la Unión Europea⁹, “Sólo en España pueden encontrarse OO FF en municipios o núcleos de población de menos de 300 habitantes. No hay ejemplos similares en otros países”. En el mismo documento se recurre con mas extensión al mismo dato que en la arriba citada respuesta oficial al DM-CCE: “Más de 2.149 municipios españoles, con una población menor de 1.000 habitantes, cuentan con una oficina de farmacia, siendo éste el único establecimiento sanitario disponible”.

Abundando en ello, otro de los documentos aportados por las organizaciones gremiales en el fragor del rechazo al DM-CCE (CGCOF, 2006) añade a lo anterior que existen en España 1.114 municipios de menos de 500 habitantes y que los datos demográficos vienen a demostrar que en la mayoría existen oficinas de farmacia, pues en tan sólo 36 no existe este servicio sanitario. Según dicha documentación, en Navarra 23 de sus 53 municipios de entre 200 y 400 habitantes disponen de farmacia, mientras que en la Comunidad Valenciana éstas existen en 23 de sus 23 municipios de entre 200 y 400 habitantes y en 14 de los 15 que no alcanzan los 200 habitantes.

En principio, si siempre que nuestro país lidera algo conviene sospechar de su idoneidad o de los datos que lo sustentan, cuando resulta ser una excepción –“sólo en España pueden encontrarse OO FF en municipios de menos de 300 habitantes”–, la primera opción parece más razonable. Máxime a la vista de que en esos “2.149 municipios la oficina de farmacia es el único establecimiento sanitario disponible”, ya que si la dispensación es una actividad secundaria a la prescripción por el médico, la ausencia de éste limita enormemente el sentido de aquélla. Aunque puede resultar útil para los habitantes disponer de este proveedor próximo, al que quedan enormemente fidelizados, puede parecer que esta planificación de los recursos resulta poco adecuada para garantizar el uso racional de medicamentos, el cumplimiento de la obligación legal de no entregar medicamentos de prescripción sin receta, etc.

De hecho, ya se ha señalado en otra parte (Meneu, 2002) que el número de farmacias es muy similar al de médicos generalistas empleados por el SNS. Desde casi cualquier punto de vista, tal proporción resulta llamativa si se comparan las actividades relacionadas con la prescripción asignada a los facultativos, con las que se propugnan como posibles o deseables para los farmacéuticos. Algunos autores interpretan que si la Administración opta por no proporcionar atención primaria, cabe concluir que no debiera existir una farmacia abierta (Arruñada, 2001). Es más, por ser la atención médica más difícil de prestar a distancia, parece lógico que la concentración de las farmacias debiera ser superior a la de la asistencia primaria. Una vez se acepta que muchos usuarios rurales se desplacen 40 ó 60 kilómetros para recibir asistencia primaria, resulta difícilmente comprensible incurrir en los costes de restringir toda la distribución farmacéutica del país con el fin de que ese mismo

9 La distribución territorial de las oficinas de farmacia en la Unión Europea. MICOFFV-FEFE. S.D. (Disponible en: http://www.redfarmaceutica.com/almacen/Plataforma/archivos/869/Informe_distribución_%20farmacias.pdf).

ciudadano rural pueda acceder a los servicios de una farmacia situada cerca de su domicilio. Máxime si, en estricto cumplimiento de la normativa vigente, para el uso de la mayor parte de los servicios de esa farmacia se requerirán las recetas que habrán de facilitarle en el remoto consultorio. Todo ello sin contar la inverosímil viabilidad financiera del establecimiento en poblaciones de pocos cientos de habitantes, ya que los ingresos –que no beneficios– medios de una farmacia son de alrededor de 60 euros por usuario del SNS, considerando una participación por margen del 25% de los 240 euros de gasto farmacéutico público promedio.

Una tan amplia cobertura territorial, de ser necesaria, cabría conseguirla mediante formas híbridas, no necesariamente manteniendo abiertas pequeñas farmacias, sino recurriendo –y no sólo para usuarios rurales, sino para todas aquellas personas que se encuentran incapacitadas para trasladarse– a otros medios, como puntos móviles de venta y correo, así como creando dispensarios. La venta por Internet, también restringida en la más reciente regulación, sólo viene a ampliar unas posibilidades hasta ahora desaprovechadas casi por entero.

La planificación española y su justificación explícita muestran atávicas arbitrariedades, importantes y apenas justificados desequilibrios territoriales, confusión usual entre las responsabilidades del regulador y las del financiador público, así como una desconsideración sistemática de los posibles modos contractuales de obtener éste similares resultados. El hecho cierto de que algunos aspectos de una planificación de esta especie puedan ser eficaces para garantizar ciertos principios socialmente deseables de la distribución de OO FF no supone una convalidación de cualquier regulación perfunctoria.

2.2 Propiedad

La propiedad de las oficinas de farmacia incorpora varias especificaciones relativas a aspectos esenciales de la misma. En primer lugar, la propiedad está reservada a los licenciados en farmacia, una rémora clásica que en la actualidad ha perdido su sentido. En segundo lugar, existe una limitación unitaria al número de farmacias que puede poseer un titular, orientada a evitar formas de integración horizontal, al tiempo que se permiten algunas modalidades asimétricas de integración vertical. Finalmente, el acceso a la propiedad –o más precisamente a la autorización de funcionamiento y la consiguiente propiedad– se realiza por distintas vías, ambas cuestionables: la superación de un concurso o la compra prácticamente libre, sujeta sólo a las restricciones previas.

A) Propiedad y titulación

Es comprensible que desde los orígenes del ejercicio profesional y durante centurias se entendiese la oficina de farmacia como el obrador del farmacéutico. También la consulta del médico era su casa, la herrería el negocio del herrero y la posada el del posadero. En la actualidad,

el mantenimiento de estas barreras a la propiedad no se corresponde con los fines que se pretenden conseguir, siendo una rémora histórica cuya eficacia caducó al exigirse la presencia de un farmacéutico –no necesariamente el propietario– durante todo el horario de apertura de la oficina. Dado que la actuación profesional está garantizada con independencia de la presencia del propietario, la exigencia a éste de una cierta titulación resulta redundante e inútil. No parece discutible que la garantía sobre la calidad del servicio prestado se asocia más consistentemente a las capacidades de quien lo presta que a las del titular de la actividad. Si quien presta el servicio ha de ser un farmacéutico, la personalidad del propietario resulta indiferente. A lo sumo, cabría preferir que la propiedad dispusiera de las habilidades pertinentes para una gestión eficiente de los elementos logísticos, financieros y comerciales. Unas competencias que no se incluyen en la formación cursada por los actuales empresarios, si bien han demostrado, en líneas generales, una capacidad muy superior a la esperable.

Esta anomalía es una de las señaladas por la Comisión de las Comunidades Europeas, que ya se pronunció contra una reserva similar que existía en Grecia para los almacenes de óptica (C-140/03, Comisión/Grecia), dictaminando que “los objetivos de protección de la salud pública pueden alcanzarse mediante medidas menos restrictivas (...), por ejemplo, mediante la exigencia de la presencia de un profesional cualificado asalariado o asociado en cada establecimiento”. La Comisión también señala certeramente una inconsistencia del legislador sobre el principio de defensa del interés público al preservar para los herederos la titularidad de la farmacia mientras cursan los estudios exigidos. Con este escoramiento hacia los intereses de la oferta frente a los que se proclaman como de la demanda, ha convalidado que, al menos ocasionalmente, “la cualidad de farmacéutico del propietario de las OO FF no era en sí misma indispensable para garantizar la calidad del servicio de farmacia y de la salud pública, desde el momento en que un farmacéutico está presente en las oficinas y se encarga de la actividad vinculada a los medicamentos”.

En el mismo dictamen se rechaza el usual y falaz argumento, tan caro a las organizaciones gremiales, de que la propiedad por farmacéuticos garantiza que se anteponen los intereses profesionales a los comerciales, señalando que “nada impide a un farmacéutico intentar aumentar sus rentas vendiendo más medicamentos”. Obviando otras muchas prácticas, generalmente legítimas, que se han demostrado habituales en nuestro medio. Tan legítimas como la negociación en la adquisición de productos de todo tipo de bonificaciones, descuentos, rápeles, primas y similares que, sin duda, no interfieren en su manejo con criterios estricta e incontaminadamente sanitarios. Tan legítimas como la apropiación de la práctica totalidad de los beneficios de la competencia entre genéricos sin que se trasladen al consumidor. O menos legítimas, como facilitar el acceso a los antibióticos, dispensándolos sin la preceptiva receta, algo más usual de lo esperable, como sugiere la admonición (Red Española de Atención Primaria, 2000) reiterada (Documento de Consenso, 2006) de todo tipo de sanitarios para que se cumpla efectivamente la normativa al respecto.

De hecho, frente a las infundadas alegaciones de que la propiedad de las OO FF por quienes detentan una determinada titulación universitaria “evita que los intereses económicos se

antepongan a los sanitarios”, tranquiliza comprobar cómo diferentes estudios y documentos ponen de manifiesto la obvia, previsible, e incluso deseable, presencia de dichos intereses en la gestión de estos negocios. El empleo en alguno de ellos (ASPIME, 2006) de expresiones como “el parón en la disminución del margen bruto puede obedecer a que el farmacéutico situado en tramo de oficinas de farmacia con una facturación anual de hasta 300.000 euros se ha ‘resituado’ y ha optado por medidas tales como la disminución de la gama de *stock*, direccionando sus compras hacia productos que no provoquen una disminución continua del coste de sus ventas”; o “los factores de competitividad citados han sido tenidos en cuenta y algunas de estas oficinas renuncian”, por ejemplo, “a la dispensación de ‘medicamentos caros’, por el efecto económico que produce en sus cifras” resultan más acordes con una gestión guiada por criterios empresariales que con la aplicación de ancestrales saberes boticarios o discutibles preceptos de una supuesta deontología. Tranquiliza, pues, ya que sin atender debidamente los “intereses económicos” sería imprudente confiar a cualquier profesional la gestión de una facturación que puede superar los 3.000.000 euros.

La razonable preeminencia de intereses comerciales sobre los profesionales que llevarían a velar por una distribución no “contaminada” por criterios económicos se pudo visualizar también durante la tramitación de la Ley 29/2006, cuya propuesta, luego materializada en el artículo 3.6, por el que “se prohíbe el ofrecimiento directo o indirecto de cualquier tipo de incentivo, bonificaciones, descuentos, primas u obsequios” (BOE, 2006), fue rechazada por los colectivos farmacéuticos. Tanto el Consejo General de COF como la SEFAC entienden que las bonificaciones ayudan a gestionar la farmacia y son una cuestión comercial. Sin duda, ambas instituciones saben que los principios que guían a los propietarios de las oficinas de farmacia no resultan zaheridos por estas estrategias comerciales.

Sin embargo, en la respuesta del regulador al citado dictamen se asegura que “El Estado ha actuado movido por razones obvias” –¿para quién?– “que le llevan a depositar su confianza en los licenciados en farmacia para el desempeño de cometidos tan importantes como...”, para seguidamente proceder a enumerar las funciones de una oficina de farmacia. Se incurre nuevamente en la interesada confusión entre “el desempeño de cometidos” –propio de la actividad profesional– y la reserva de la “propiedad” a quien tenga capacidad de llevar a cabo aquéllos. En otros ámbitos sanitarios esta propiedad no se reserva a quienes tienen capacidad de llevar a cabo el “desempeño de cometidos” indudablemente más complejos, como en el caso de un hospital sería la realización de intervenciones de neurocirugía o cardiovasculares. Por tanto, esta restricción resulta, además, disonante con la regulación existente en el resto del sector sanitario, ya que no existe ninguna limitación a la propiedad por legos de hospitales de máxima complejidad, lo que hace más injustificable su exigencia para poseer un establecimiento que obligatoriamente han de gestionar profesionales sanitarios con especificidades de formación similares a las de los médicos y enfermeros que trabajan en centros sanitarios de capital privado.

Recientemente se ha producido –o quizás abortado– un tímido intento de reconfiguración de las formas de propiedad, mediante la Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profe-

sionales (BOE, 2007a). La ley tiene por objeto explícito posibilitar la aparición de una nueva clase de profesional colegiado, que es la propia sociedad profesional. Sin embargo, su disposición adicional sexta señala que: “Sin perjuicio de lo establecido en la presente Ley, la titularidad de las oficinas de farmacia se regulará por la normativa sanitaria propia que les sea de aplicación”, clavo ardiente al que se han asido algunos colegios de farmacéuticos que, invocando la reserva de propiedad establecida en las normas sanitarias, han decidido por unanimidad no aceptar colegiar a esa “nueva clase de profesional”.

Con todo, no será una forma societaria en la cual la titularidad de la oficina sólo puede corresponder a un farmacéutico y cuyas “tres cuartas partes del capital y de los derechos de voto, o las tres cuartas partes del patrimonio social y del número de socios en las sociedades no capitalistas habrán de pertenecer a socios profesionales” (artículo 4) la que introduzca una modificación esencial en las restricciones a la propiedad vigentes.

Se requiere, pues, avanzar en la redefinición de un modelo de establecimientos que elimine regalías injustificables y sin sentido, al tiempo que busque incrementar la atención a aquellos aspectos sanitarios socialmente deseables. Tal identificación de contenidos socialmente deseables y profesionalmente coherentes no siempre coincidirá con muchas de las ocurrencias sobre una inconcreta “atención farmacéutica” que vienen proponiendo algunos colectivos del sector.

B) Propiedad e integración

La normativa vigente prohíbe, al parecer desde el Real Decreto de 18 de abril de 1860, que un mismo farmacéutico sea propietario o copropietario de más de una farmacia al mismo tiempo. El objetivo declarado es impedir la integración horizontal, y con ello la creación de cadenas de farmacias. La justificación de esta norma es de difícil entendimiento, por contradictoria. Se arguye repetidamente en contra de los efectos de la liberalización que las características del sector –precios intervenidos, mayoría abrumadora de ventas con cargo a prescripción pública sin opción a descuentos, etc.– no permiten disfrutar de los potenciales beneficios de la competencia. En tal caso no tiene sentido una restricción cuyo objetivo más evidente es evitar los riesgos de limitación de la competencia que puede suponer la formación de oligopolios, asumiendo que las farmacias de una misma propiedad no competirían entre sí.

De hecho, la respuesta del Gobierno de España al DM-CCE explicita como finalidad de esta limitación “evitar la indeseable concentración horizontal que podría vaciar de contenido el derecho de opción de los usuarios en determinadas localidades”. Para afirmar a renglón seguido que “la concentración horizontal de las oficinas de farmacia no tiene razón de ser en un entorno de precios regulado y de prestación de servicios que no presentan economía de escala”. Una explicación que, cualquiera que sea la solvencia económica que se le atribuya, resulta, cuanto menos, desafortunadamente paternalista y escasamente justificativa.

Tampoco resulta muy convincente la argumentación empleada al intentar explicar las amenazas para el nivel de calidad en el acceso a los servicios sanitarios, atribuidas a la previsible “amalgama de la concentración horizontal de las farmacias con la ‘contingentación’ por mercados del suministro practicada por los laboratorios”. En definitiva, las cautelas frente a una concentración horizontal parecen injustificadas, dada la uniformidad ineludible de calidades del producto servido y de precios. Son contradictorias con el proclamado como deseable derecho de opción, que se garantizaría y mejoraría con una regulación que no impidiese la competencia. Más preocupante resulta la inconsistencia que supone, a la vista de la situación existente, la declaración del objetivo de evitar la integración vertical y el reconocimiento de que ésta podría paliarse con un régimen legal de incompatibilidades.

A la vista de la discrepancia entre la realidad normativa y empresarial presente y los objetivos proclamados, nos encontramos ante una reflexión alambicada y “ad hoc” sobre economías de escala, incentivos y concentración empresarial que puede provocar el pánico de la comisión al comprobar cómo disposiciones de hace más de medio siglo responden *post factum hoc* a características de los mercados cuyo desarrollo teórico y práctico ha sido mucho más reciente.

Sin embargo, algunos agentes del sector comparten esta visión respecto a los males derivados de la integración vertical. Así, en un reciente documento conjunto de las dos modalidades de “patronal” de OO FF –la federación empresarial y un colegio profesional– se afirma: “En la Unión Europea casi la totalidad de las cadenas de farmacias son propiedad, o están estrechamente ligadas, a las empresas de distribución de medicamentos, sobre todo Alliance Unichem y Celesio. Estas empresas pueden influir muy negativamente en la competencia entre farmacias, ya que, lógicamente, siempre tenderán a prestar mejores servicios a sus establecimientos que a los de farmacéuticos individuales”. Pero, de aplicarse ese razonamiento a la situación española vigente, la mayoritaria actuación como distribuidores de cooperativas de farmacéuticos propiedad de algunos boticarios incorpora el mismo “lógico” peligro de favorecer en sus prestaciones a sus establecimientos frente a los demás. Algo por cierto ya comprobado y frente a lo que ha tenido que dictar sentencia el TDC¹⁰.

Para esta peculiar forma de integración vertical –ascendente– entre propietarios de OO FF y distribuidores mayoristas, ni rige el declarado objetivo de evitar la integración vertical ni se le aplica ningún régimen legal de incompatibilidades. La Ley 29/2006, de Garantías y uso racional de los medicamentos, en su artículo 3º sobre “Garantías de independencia”, declara incompatible el ejercicio de la medicina con cualquier clase de intereses económicos directos derivados de la fabricación, elaboración, distribución y comercialización de los medicamentos, mientras que el ejercicio profesional del farmacéutico en OF o en un servicio hospitalario de farmacia será incompatible con cualquier clase de intereses económicos directos en los laboratorios farmacéuticos, pero no en la distribución (BOE, 2006).

10 Tribunal de Defensa de la Competencia. Resolución Expediente A211/97 COFAS . Disponible en: <http://www.cncompetencia.es/>.

C) Acceso y transferencia de la propiedad

Se ha adelantado que el acceso a la propiedad se realiza por distintas vías, o por la superación de un concurso o por la compra prácticamente libre, bajo forma de traspaso, sujeta sólo a las restricciones ya apuntadas. Comenzaremos considerando las compras y traspasos, pues su mera existencia sirve como refutación de cualquier argumento justificativo de la pertinencia de los mecanismos de concurso. Por perfectos que dichos concursos pudieran ser, su eficacia queda en nada si, tras garantizar la asignación de las nuevas farmacias a los mejores profesionales disponibles, éstos pueden al cabo de 1.000 días transferir ese derecho al menos idóneo que pueda imaginarse, si le hace una adecuada oferta económica.

a) La presencia del mercado: traspasos o compra-venta de farmacias

Efectivamente, a pesar de las importantes trabas normativas impuestas a la apertura de oficinas de farmacia, su transmisión muestra las principales características de un bien comercializable, con la casi única limitación de restringir la entrada a ese mercado de empresas a los poseedores de un específico título universitario. Aunque parezca obvia la aplicación de un mecanismo similar al que rige entre comercios de todo tipo, no lo es tanto, ya que la oficina de farmacia es una suerte de “concesión administrativa” o, si se prefiere, una “franquicia” (Arruñada, 2001) con rasgos similares a las notarías. Se trata seguramente de la única franquicia profesional de la Administración que puede comercializarse y heredarse. Un notario no puede vender su despacho a un licenciado en derecho que no haya superado las correspondientes oposiciones, ni sus hijos heredarán la notaría en plaza de primera al finalizar su licenciatura. Y, pese a todo, se sigue diciendo que la importancia de las cuestiones relacionadas con la salud requiere y justifica mayores excepciones y limitaciones al funcionamiento general del comercio.

Se afirma que el complejo sistema de autorización de nuevas aperturas y los crecientemente alambicados mecanismos de adjudicación tienen por objetivo garantizar que los propietarios –que no los profesionales que efectivamente actúan– sean aquéllos que mejor cumplen las presunciones del regulador sobre las características que capacitan para prestar el servicio deseado, amén de permitir relajar así cualquier control posterior. Aunque esto fuera cierto, la liberalidad con la que estas licencias pueden comercializarse de modo casi inmediato a su consecución –tres años– anulan en la práctica cualquier justificación de todo el dispositivo desplegado. Nada impide que cualquier farmacéutico que haya obtenido las peores puntuaciones posibles en los distintos procedimientos de adjudicación adquiera al más exitoso sus derechos, siempre que disponga de los recursos económicos necesarios.

Que esta compraventa es una actividad usual se comprueba ojeando algunas revistas profesionales, donde es fácil encontrar media docena de anuncios de empresas especializadas en su gestión, o con una sencilla búsqueda en la red. Según los expertos de algunas de estas empresas, desde 1996 hasta ahora se ha producido un aumento de ventas de oficinas de farmacia, favorecida por la amortización del fondo de comercio a partir de la Ley 43/1995,

que regula sus condiciones, y por las ventajas fiscales que se otorgan a la posibilidad de reinvertir los beneficios extraordinarios mediante un régimen de exenciones por reinversión y aplazamiento en el pago, que minimiza y frecuentemente anula el impacto fiscal de las operaciones de compraventa.

Entre 1941 y 1978 la transmisión de la autorización era libre y el traspaso estaba reglado en el ordenamiento jurídico, exigiéndose tan sólo que la farmacia hubiera permanecido abierta seis años y que el adquirente fuera farmacéutico sin poseer otra oficina de farmacia. Las transferencias en la materia a las comunidades autónomas han propiciado una variedad de situaciones, de manera que la mayoría de las comunidades –Aragón, Baleares, Castilla y León, La Rioja, Madrid, Murcia, Valencia y País Vasco– exigen para el traspaso que lleve abierta un mínimo de tres años. En Canarias el plazo es de cinco, mientras en Extremadura y Castilla-La Mancha se prohibió. Las normas de Galicia, Murcia y Madrid prohíben el traspaso de las oficinas que se establezcan en el futuro. Pero varias de estas restricciones han sido posteriormente anuladas y reformuladas, por lo que su eficacia actual es cuestionable.

La Ley 3/1996 de atención farmacéutica de Extremadura declaró “prohibida la venta, cesión, traspaso, arrendamiento o cualquier otra forma de transmisión de la autorización administrativa concedida para la apertura de la oficina de farmacia”, mientras que la más sobria Ley 4/1996 de ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha dispuso que “las autorizaciones administrativas para la instalación de nuevas oficinas de farmacia serán intransferibles”. Ambos preceptos fueron declarados inconstitucionales por sentencia del Tribunal Constitucional (STC 109/2003, de 5 de junio de 2003¹¹) al igual que los similares contenidos en la Ley del Parlamento de Galicia 5/1999 de ordenación farmacéutica (STC 152/2003, de 17 de julio de 2003¹²).

Es preciso destacar que la inconstitucionalidad de tales preceptos no procede de ninguna vulneración de derechos a la propiedad, el patrimonio o el trabajo, sino de su disonancia con un precepto promulgado posteriormente y considerado “normativa estatal básica”, el artículo 4 de la Ley 16/1997 de regulación de los servicios de las oficinas de farmacia (BOE, 1997). De hecho, ambas sentencias señalan que “la configuración como básica de la transmisibilidad de las autorizaciones administrativas de apertura de oficinas de farmacia, si bien podrá o no ser discutida desde la perspectiva de su eficacia técnica, no puede serlo desde la óptica constitucional (...), pero conviene subrayar que no proclama un principio general de transmisibilidad, sino una transmisibilidad limitada”. A la vista de la argumentación de las prolijas sentencias, nada impide promulgar válidamente preceptos como los anulados, siempre que tengan el adecuado nivel normativo, es decir, adopten la forma de “legislación básica estatal” y no meramente autonómica.

11 <http://www.tribunalconstitucional.es/jurisprudencia/Stc2003/STC2003-109.html>.

12 <http://www.tribunalconstitucional.es/jurisprudencia/Stc2003/STC2003-152.html>.

Así pues, es difícil sostener que el sistema vigente de atribución de OO FF se justifica porque garantiza la selección de los más idóneos, si al cabo de tres años éstos pueden ser sustituidos por quienes, no teniendo que reunir más requisitos que el título de farmacéutico, están en condiciones de pagar las importantes cantidades que estipula un mercado en toda regla. Cantidades que, para una farmacia media en una capital de provincia, se sitúan entre 1,5 y 2 veces el volumen de facturación anual, es decir, el equivalente a los ingresos por margen de los siguientes seis u ocho años¹³. Además, existen otras relajaciones de la regla según la cual la propiedad por un farmacéutico supone una garantía para los consumidores. Relajaciones generalmente más en interés de los profesionales que de los usuarios, como el llamado “privilegio de estudios”, que procedente de la Pragmática de Felipe II del año 1593, pervive en el artículo 6 del Real Decreto 909/1978, prorrogando la vigencia *post mortem* de la concesión si el heredero está cursando los estudios de la licenciatura, sin que se exija siquiera especial diligencia en éstos, ya que se permiten pérdidas de hasta dos cursos seguidos o tres alternos (BOE, 1980).

La necesidad de establecer mecanismos de adjudicación de titularidades deriva de la limitación del número de éstas. Los discutibles criterios ahora empleados pivotan sobre la condición de farmacéutico del propietario, como seguidamente se aborda. Conviene desplazar el sistema de adjudicaciones desde la actual evaluación biográfica hacia un método más atento al cumplimiento efectivo de unos fines explícitamente definidos.

b) La concesión administrativa. Concursos, baremos y subastas gratuitas

Se han propuesto y aplicado diferentes estrategias para seleccionar a los candidatos más idóneos; estrategias que, en general, dicen más sobre los marcos referenciales de sus proponentes que sobre la capacidad para esta actividad de los aspirantes. Así, es fácil entender que desde la experiencia universitaria se apueste por que “sólo pudieran participar candidatos con altas calificaciones”, primando a aquéllos con mejor expediente durante la carrera (García-Fontes y Motta, 1997). O que desde el funcionamiento de una administración autonómica se promueva que los participantes en el proceso de adjudicación, además de concursar según sus “méritos profesionales”, “formación profesional complementaria”, “expediente académico”, “docencia e investigación” y “conocimiento de la lengua autonómica y otras europeas”, puedan realizar voluntariamente una “prueba escrita” –cuestionario de 100 preguntas con cuatro contestaciones alternativas– que verse sobre: 1) uso racional del medicamento y atención farmacéutica, 2) legislación sanitaria y farmacéutica de aplicación en oficina de farmacia en la comunidad autónoma, 3) salud pública en la comunidad autónoma, y 4) gestión farmacéutica en las oficinas de farmacia¹⁴. Todo muy

13 <http://www.lopez-santiago.com/adquisicionfarmacias/muestraArt.asp?id=54>.

14 Decreto 198/2003, de 3 de octubre, del Consell de la Generalitat, por el que se establecen los criterios de selección aplicables en los procedimientos de autorización de nuevas oficinas de farmacia. DOGV: 4604 08/10/2003.

congruente con los modos de acceso al trabajo de unos y otros, pero de discutible eficacia para garantizar la mejor gestión de una farmacia durante el resto de la vida profesional o hasta su venta al cabo de, al menos, tres años.

Por supuesto, cabe interpretar que “el que en determinados baremos de adjudicación se prime la experiencia en oficinas de farmacia del respectivo territorio se justifica por la garantía del mejor conocimiento de la normativa sanitaria de la comunidad, que redundará en un mejor servicio sanitario y en el modelo de carrera profesional”. Pero la aludida garantía no es tal, sino una presunción, siendo indudablemente más eficaz la exigible comprobación de la aplicación en la práctica de dicha normativa.

En cuanto al “modelo de carrera profesional”, se trata de un eufemismo cada vez más en boga para referirse a los incentivos diferidos que llevan a optar por regentar una pequeña farmacia de magra rentabilidad, esperando capitalizar el tiempo de esa titularidad en futuras adjudicaciones. En tal caso habrá que concluir que el “modelo de carrera profesional” que se tiene en mente es uno atomizado por territorios autónomos, que priman la titularidad en una comunidad frente a la experiencia en otras, con la consiguiente movilidad limitada en el conjunto del Estado.

c) Algunas alternativas para la concesión de licencias

La alternativa más obvia al sistema de concesión limitada de licencias, posteriormente negociables entre farmacéuticos, pasa por facilitar la libre apertura de OO FF sometidas a una regulación garantista de su eficacia –actuación continuada de un profesional, compromisos de existencias y plazos de entrega, etc.–, desvinculada de su condición de proveedor del SNS, que quedaría al albur de las necesidades localmente identificadas por éste. Pero si se renuncia a la libre apertura de farmacias –un escenario muy verosímil en un sector con tan grandes dependencias de senda como éste–, es preciso disponer de mecanismos para asignar del mejor modo posible las limitadas licencias existentes. Lógicamente, cualquier reforma del doble sistema de concesión de licencias vigente –concurso o compra– entraña previsibles dificultades políticas. Sin embargo, parece necesario abordar una modificación, ya que no resulta aceptable que, a pesar de haberse obtenido gratuitamente estas licencias por la vía de los concursos, sus titulares puedan apropiarse de la totalidad de la renta derivada de la limitación administrativa de su número, pudiendo transmitir dicha titularidad en el circuito de los traspasos. Esto supone una redistribución de rentas a favor de los titulares de las licencias (García-Fontes *et al.*, 1997). Las licencias se conceden sin prácticamente costes para los adjudicatarios –y desde luego sin beneficios para el licitador–, pero después pueden ser revendidas libremente, apropiándose de las rentas que proceden de la exclusividad territorial.

La transmisión de la licencia sería lícita –omitiendo cualquier consideración sanitaria que en este asunto debe estar claro que siempre han sido obviadas– si fueran asignadas a través de un sistema de subasta. Con el sistema vigente, la Administración pública debería retener

la propiedad, impidiendo la transmisión, ya que no es de recibo que se reclame el derecho a vender y apropiarse de la totalidad de una renta derivada de un privilegio regalado.

Ciertamente parece que sería más razonable que las licencias obtenidas sin coste, y cuyo activo relevante es el otorgado por la regulación, no pudieran ser transferidas, revirtiendo a la Administración cuando decaen. Cosa distinta sería si estuvieran sometidas a subasta a título oneroso, en cuyo caso sería legítimo considerar –aun con limitaciones– ciertos derechos de comercialización. Pero en tal caso –igual que en el que supone la situación actual de traspaso libre a los tres años– resultaría absolutamente cuestionada la justificación de la intervención de los poderes públicos que lleva a introducir restricciones en la concesión de aperturas de farmacias en nombre de una garantía de calidad que la posterior venta libre disipa.

Se precisa, por tanto, una profunda reflexión sobre cómo compaginar la limitación de número de farmacias y la propiedad no restringida a farmacéuticos, es decir, sobre los criterios para asignar licencias de apertura. Las opciones básicas pasan por mecanismos de mercado, como las subastas, formas de selección administrativa no articuladas exclusivamente alrededor del dinero, sino de la oferta de servicios, o algún modo híbrido. Sin descartar el mero sorteo, cuyo carácter igualitario no debería ser desestimado *a priori*, en ausencia de mecanismos con mayor eficacia demostrada.

Las subastas parecen perfilarse, desde un punto de vista económico y social (de redistribución de la renta), como la recomendación alternativa más obvia. La forma más eficiente de terminar con el insensato sistema actual es la subasta de las licencias. Las licencias disponibles en cada momento se concederían a las mejores ofertas, lo que permitiría a los poderes públicos apropiarse al menos de una parte de los beneficios monopolísticos que son ellos quienes generan (García-Fontes y Motta, 1997). Los tipos de subastas, sus ventajas y problemas gozan de una amplia literatura sobre su aplicación en muy diversos contextos (Klemperer, 2004; Milgrom, 2004). Pero su aplicación a los mecanismos de licitación no se reduce a la obtención de la mejor oferta económica, siendo su forma más habitual en la práctica la de los concursos, en los que los candidatos son seleccionados a partir de criterios de experiencia en el sector, capacidad financiera, oferta de servicios, términos de la concesión, etc.

Los concursos y conciertos, por su parte, permiten incorporar alguna variable de garantía de calidad, a través de los términos de vigencia de la concesión –una serie de requisitos exigibles cuyo incumplimiento suponga la revocación– en lugar de confiarlos a la confianza en el cumplimiento de requisitos previos, que distorsionan basándose asunciones arriesgadas o infundadas el funcionamiento de las concesiones y no garantizan en el futuro el desempeño deseado. La concesión basada en ofertas al alza de servicios y la baja de periodo de concesión es una posibilidad. Recientemente se han publicado algunas aplicaciones de las concesiones de plazo variable en las infraestructuras públicas (De Rus Mendoza, 2007) que pueden orientar el diseño de formas contractuales más adecuadas a las especificidades de los servicios considerados. Así, la contratación selectiva de farmacias

a partir de acuerdos sobre servicios de dispensación específica –metadona, tratamiento directamente observado, riguroso seguimiento terapéutico, control pautado de crónicos...– encomendada a los gestores sanitarios –servicios de salud– es otra modalidad compatible con una relajación en la limitación del número de licencias. En su contra está el hecho de que tal contratación selectiva resulta poco realista cuando más del 80% de la facturación procede de ventas al SNS.

Otras formas –cuya definición excede el alcance y las posibilidades de este documento– deberían también ser consideradas. Entre ellas, se puede apuntar la modulación de las subastas reservando un porcentaje a la asignación aleatoria, manteniendo la asunción actual de competencia suficiente de todos los futuros operadores. De este modo una fracción de las licencias –digamos, arbitrariamente, un 20%– se otorgaría por sorteo –como las viviendas de protección oficial– pero sin posibilidad de reventa de licencia ni transmisión por herencia, revirtiendo al concesionario si se abandona la actividad, mientras que el resto se sometería a subasta, condicionada a que la licencia expira si no funciona adecuadamente, según condiciones explicitadas. Pese a las reticencias que un modelo así puede suscitar, a la vista de la situación existente, con la facilidad de traspasos, el nivel de sus precios, la dualización de los profesionales, etc., algunas de sus ventajas son evidentes, ya que simplifica los sistemas de asignación, hace aflorar el dinero que ahora se maneja hasta hacerlo inmaculado y permite que éste revierta en la Administración, que es la que genera el valor añadido que supone la limitación de número.

2.3 Pago

A) Los sistemas de pago

Los sistemas de pago son un medio eficaz para orientar a los agentes, en este caso las OOF, hacia el rol que se les pretende asignar. Según el sistema por el que se opte, los ingresos de la farmacia quedan en mayor o menor medida vinculados a los precios de los productos, a sus cantidades o a las actividades profesionales realizadas. En otro trabajo (Meneu, 2002) se han analizado detalladamente las características y efectos de las posibles alternativas retributivas. Los distintos sistemas de financiación pueden agruparse en tres categorías (Huttin, 1996): orientados al producto, orientados al paciente y mixtos. Mientras que los incluidos en las dos últimas son similares a las alternativas usualmente empleadas para retribuir la actuación de otros profesionales sanitarios –pago por acto, capitación y salario–, los etiquetados como “orientados al producto” resultan más próximos a los modos de reembolso de la distribución detallista. La apuesta por un sistema que prime la “dispensación” frente a otros más atentos a la prestación de servicios profesionales determina, en gran medida, la configuración de los canales de distribución. Según el sistema empleado, los ingresos de la farmacia –que no del farmacéutico– están en mayor o menor medida vinculados a los precios de los productos, sus cantidades o las actividades realizadas.

Hasta hace pocos años la retribución de la farmacia española se realizaba por el simple e inadecuado mecanismo del margen fijo, por el que la oficina de farmacia recibía un porcentaje del precio de venta al público, idéntico para todos los medicamentos. Se trata de un esquema bastante indeseable en un entorno donde existen precios muy distintos para unos productos que tienen similares costes de aprovisionamiento, almacenaje, conservación y dispensación. Estas diferencias de precio frecuentemente retribuyen el esfuerzo inversor que sus productores han tenido que realizar para investigar y desarrollar un fármaco innovador, un esfuerzo al que el distribuidor no aporta nada, por lo que no es razonable que se apropie de una fracción fija de dicha compensación. A menudo se justifica parcialmente esta participación en el precio por la inmovilización de capital que implica, pero las magníficas prestaciones de la distribución mayorista y las favorables condiciones de pago y cobro –que se describen en otros apartados– permiten minimizar la relevancia de esta variable.

El RD 5/2000 abolió el margen uniforme para la totalidad de los productos farmacéuticos fijando diferentes situaciones (BOE, 2000). Se estableció un margen general del 27,9% sobre precio de venta al público (PVP) sin impuestos para especialidades de precio de venta de laboratorio (PVL) igual o inferior a 78,34 euros, con un tope por el que los productos con PVL superior a 78,34 euros se retribuyen con una cantidad fija de 33,54 euros. Además, contemplaba que para las especialidades farmacéuticas genéricas, el margen sería del 33% sobre precio de venta al público (PVP) sin impuestos. De este modo se minimizaba el impacto de la sobretarifación de la distribución sobre la factura de los productos de mayor precio, al tiempo que se pretendía expandir el recurso a los genéricos incentivando a los distribuidores con mayores márgenes. Adicionalmente se aplica una escala de deducciones a la facturación de cada oficina de farmacia por las recetas dispensadas con cargo a fondos públicos, que van del 8% al 15%.

Posteriormente, el RD 2402/2004, de 30 de diciembre, BOE de 31/12/2004, elevó el umbral del margen fijo a 89,62 euros, con una retribución tope de 37,53 euros por envase, y se equiparó el margen de la dispensación de genéricos al del resto de medicamentos, pasando del 33 al 27,9% (BOE, 2004). Al mismo tiempo, el margen de los distribuidores mayoristas –quienes mediante unos cinco repartos diarios hacen llegar los medicamentos desde los laboratorios hasta las oficinas de farmacia más remotas– se redujo al 7,6%, con un tope de 7,37 euros para los de precio superior a 89,62 euros. Pese a que estas modificaciones palian algunos de los efectos indeseables de la retribución por margen fijo, sigue siendo un sistema que retribuye en función del precio del producto, con independencia del valor aportado por la dispensación.

Aunque la discusión sobre el adecuado margen que debe corresponder a las OO FF supone errar el sentido del debate, conviene atender las quejas sobre cómo la progresiva reducción de márgenes y la imposición de escalas de deducciones afectan a la viabilidad de las OO FF. Teniendo en cuenta que en ellas casi nunca se señala que el importante y persistente aumento de los precios –y de las cantidades dispensadas per cápita–, contribuye sobradamente a mantener e incluso incrementar su rentabilidad.

La evolución del margen de la oficina de farmacia desde 1945 (OM 11/1/45) hasta el RD 5/2000 muestra que el margen real sobre el PVP después de impuestos pasó del 25% en 1945 al 26,8% en 2000, si bien es cierto que en 1948, con la OM 10/5/48, se fijó en el 30%, para reducirse entre 1965 y 1977 hasta el 25%, volviendo a situarse en el 30% entre 1982 y 1984 (Frías Jamilena, 2001).

Es preciso redefinir radicalmente el sistema de incentivos a la dispensación, mucho más allá de las meras rebajas coyunturales de márgenes. Existe una gran controversia sobre la necesidad de redefinir los criterios de retribución de las oficinas farmacéuticas, plasmada en la afirmación de una Resolución del Consejo de Europa (Comité de Ministros del Consejo de Europa, 2001) relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad sanitaria. Con demasiada frecuencia se omite, ignora o refuta un aspecto central de la misma, el que afirma que “el sistema de remuneración debe ser reexaminado teniendo en cuenta, no los márgenes y el volumen de ventas, sino el servicio profesional que se provee, como ha sido previsto por la Resolución AP (93), sobre la función y la formación del farmacéutico de oficina”.

B) Los ingresos de la farmacia

Aunque al hablar de los ingresos de las farmacias el debate se centra en el monto de los financiados públicamente, con demasiada frecuencia se omite que las boticas distribuyen más productos que los fármacos prescritos por el SNS. Además de los prescritos por médicos actuando al margen del sistema público, dada la exclusividad para la venta de fármacos que no requieren prescripción, estos establecimientos absorben la totalidad de un mercado que en muchos países han de disputar con grandes superficies y comercios de variado tipo. A esto hay que añadir una importante cantidad de productos cosméticos y dietéticos, ya que las restricciones a favor de la farmacia son de exclusiva, pero sin una simetría inclusiva. Hasta no hace mucho tiempo las OO FF gozaban de la exclusividad –aguerridamente defendida– de la distribución de aguas mineromedicinales, papillas infantiles e incluso pañales absorbentes de orina. Además, muchas de ellas realizan trabajos de análisis clínicos, distribución y adaptación de prótesis, ortesis y ópticas, con unos requisitos de capacitación comparativamente más laxos que los exigidos a otros proveedores.

En conjunto, de los 11.783 medicamentos registrados en España en 2005 –de los que por extraño que parezca 10.074 necesitan prescripción médica para su dispensación–, 9.569, el 81%, son financiables por el SNS. En ese año, un total de 2.202 medicamentos eran genéricos, cuyas políticas de sustitución han supuesto una novedad en la práctica de las OO FF que ha propiciado activas estrategias para su rentabilización. Además de los medicamentos, existen en este mercado unos 25.000 productos no farmacéuticos que se distribuyen en las OO FF y que algunas estimaciones cifran en un 13% del volumen de facturación (Vogler, 2006), siendo el núcleo del negocio los medicamentos de prescripción, pues las ventas de *over-the-counter* (OTC) sólo representan el 4% de las ventas.

El gasto farmacéutico ambulatorio financiado por el SNS fue al cierre de 2006 de 10.636.243.382 euros, distribuido entre 795.966.396 recetas del sistema, lo que se traduce en 13,4 euros por receta, con una retribución promedio superior a los 3 euros por dispensación. La distribución del conjunto del gasto farmacéutico público entre las más de 20.000 farmacias se traduce en un volumen de facturación medio de 520.000 euros, si bien algunas estimaciones del sector (Vogler, 2006) calculan que la facturación total de una farmacia es de 750.000 euros, considerando también los medicamentos no financiados y los productos no farmacéuticos.

Estas mismas estimaciones cifraban el margen (bruto) promedio en 2003 alrededor del 23%, aunque las posteriores reducen en algún punto esa cifra, considerando la reducción de 4,2 puntos introducida en 2005. En cualquier caso, generalmente estas estimaciones omiten los ingresos derivados de la práctica habitual de los almacenes farmacéuticos de repercutir parte de su margen a las oficinas de farmacia mediante los descuentos por volumen de ventas, los descuentos escalados en función del volumen de un producto y en función de las condiciones de pago. Su magnitud es difícil de establecer, ya que incluso en la documentación publicada por las instituciones de control se ocultan deliberadamente: “Los precios del laboratorio son máximos y los almacenes farmacéuticos pueden obtener descuentos de los laboratorios que, según la notificante, alcanzan como máximo entre un (...) % y un (...) % del pedido”¹⁵. En este ejemplo, la omisión de los datos corresponde al servicio de defensa de la competencia, de modo congruente con la transparencia exigible sobre los resultados efectivos de la regulación pública.

Con todo, la cuestionada viabilidad de las farmacias retribuidas por margen no es ajena a su volumen, por lo que conviene rehuir los meros promedios y aproximarse a alguna estratificación mínimamente solvente. Entre estas, el último Informe Anual ASPIME (2007) maneja información contable y declaraciones fiscales del año 2005 referida a una muestra de 690 OO FF de cinco comunidades autónomas, cuya rentabilidad y fiscalidad analiza en cinco tramos. Además, aporta una imagen de la “farmacia española tipo o promedio”, la resultante de hallar la media de todas las farmacias españolas en los distintos parámetros estudiados, para la que redondean la facturación anual a 500.000 euros por ser una cifra muy cercana a la farmacia tipo. Cercana pero a la baja, ya que la mera facturación pública del año 2005 (10.051.331.767) dividida entre 20.500 farmacias supone 490.300 euros, lo que reduciría el segmento de ventas fuera del SNS a menos del 2%. Con tales cautelas, esta “farmacia tipo” realizaría el 73% de sus ventas al SNS y el 27% de modo libre. Su margen bruto sería del 27,43%, con un margen neto antes de impuestos del 11,67% y del 7,81% después de tributación. Considerando los cinco segmentos establecidos en el documento, la variación de estas magnitudes es la reflejada en la Tabla 2.

15 Informe del servicio de defensa de la competencia N-05086 Alliance Unichem / CERT Cataluña y N-05029 ALFAMAD/FARMACÉN. Disponibles en: <http://www.cncompetencia.es/ControlConcentraciones/N-05086INFWEB.pdf>.

Tabla 2. Márgenes por segmentos de facturación

Segmento de ventas	Venta promedio del segmento	Margen bruto 2005 (%)	Gastos de personal s/ facturación	Margen neto antes del IRPF	Beneficio promedio antes de impuestos
0 a 300.000 euros	150.000	28,21	7,30	10,04	15.060
300.001 a 600.000 euros	450.000	28,90	8,49	8,97	40.365
600.001 a 900.000 euros	750.000	28,42	8,82	10,75	80.625
900.001 a 1.200.000 euros	1.050.000	27,07	8,45	11,38	119.490
Más de 1.200.000 euros	2.100.000	26,90	9,58	9,88	207.480

Fuente: Informe Anual ASPIME (2007).

De la información aportada por estos informes se destaca un tratamiento favorable de las oficinas de farmacia con menor facturación, que se asumen pequeñas y/o rurales. También que, en conjunto, dada la menor carga fiscal soportada respecto al periodo previo considerado –1999, cuando el margen era continuo–, la reducción del margen bruto atribuible a los topes en el margen se ha amortiguado. En cualquier caso, dados los continuos incrementos de precios medios y del volumen de dispensación, cualquiera de estas cifras ha experimentado una duplicación en los últimos 10 años, lo que representa un crecimiento muy superior al del número de farmacias y también a las repercusiones de las reducciones de margen. Así, en 2006 el gasto farmacéutico fue de 10.636.243.382 euros distribuidos en 795.966.396 recetas, mientras que en 2005 estas cifras eran de 10.051.331.767 y 764.634.203, respectivamente. En términos porcentuales, en un momento de proclamada contención del crecimiento, el gasto creció un 5,8% y el número de prescripciones un 4%. Por tanto, los periódicos y complejos ajustes de márgenes y descuentos resultan plenamente justificados.

El repaso de los resultados comerciales de las OO FF muestra que, con la excepción de las farmacias rurales, de cuestionable viabilidad, su rendimiento económico es bastante superior a la difundida idea de un modo de garantizarse un sueldo. Máxime si, como luego se aborda, se compara este “sueldo del propietario” con el establecido para el farmacéutico que trabaja en la botica sin acceder a la propiedad. Por tanto, para garantizar la viabilidad de las farmacias rurales que se estimen deseables, existen posibilidades retributivas y fiscales mucho más eficientes que el mantenimiento del actual sistema de pago.

C) La retribución por el SNS

Vista la relevancia que la magnitud de la compra del casi monopsonista SNS representa para la viabilidad de las OO FF, cabe derivar algunas consideraciones. En primer lugar, el poderoso papel orientador de los objetivos y actividades de farmacia que supone el sistema de pago, por lo que resulta injustificable el desistimiento actual a utilizarlo como palanca de una reorientación hacia fines de mayor contenido sanitario que la mera maximización de las cantidades dispensadas y los márgenes obtenibles.

En segundo lugar, la dificultad que supone compatibilizar esa situación con un modelo liberalizado de aperturas en el que sólo algunas farmacias –las consideradas necesarias para llevar a cabo el suministro de las prescripciones del SNS– resultasen concertadas mediante acuerdos bilaterales. En un escenario como el descrito, la sostenibilidad de las oficinas no conveniadas queda seriamente en entredicho, por lo que volveríamos prácticamente a la situación actual, pero con mayores costes de transacción, aunque, eso sí, garantizando una mayor libertad de establecimiento.

Al hilo de esto, un aspecto especialmente polémico es la consideración hoy vigente de toda farmacia establecida como “proveedor acreditado” del SNS. En principio, este reconocimiento procede de la continuada confusión entre el papel de la regulación y la gestión del SNS. En su realidad normativa, esta excepcionalidad –para casi todos los suministros sanitarios los servicios de salud establecen mediante diversos procedimientos cuáles de entre los oferentes en el mercado, todos cumplidores de la ley, serán sus proveedores– procede de la normativa de “convenios provinciales” por la que los servicios de salud intermedian sus pagos a las farmacias a través de los colegios profesionales. Aunque éstos nominalmente han perdido parte de la preeminencia que les concedía el formalmente derogado Real Decreto 909/1978 –que incluía resolver por delegación los expedientes y conferir las autorizaciones de oficina de farmacia–, su ocupación de competencias propias de la Administración o de sus compelidos afiliados sigue siendo excesiva. Como se basa en normativa de menor rango, no debe extrañar que en la fallida “Iniciativa legislativa popular sobre principio básicos de ordenación del medicamento” se reclamara la elevación a rango de Ley la exigencia del establecimiento de conciertos uniformes de ámbito al menos provincial aplicables a todas las farmacias.

En cualquier caso, esta relación anómala se ha ido sedimentando hasta verse desde perspectivas muy peculiares. Así, la respuesta del Gobierno de España al DM-CCE señala –en nueva coincidencia con el discurso administrado desde las organizaciones gremiales– que la legislación española establece una relación especial entre el Estado y los farmacéuticos que singulariza a este colectivo. Singularización que lleva a afirmar que “las farmacias, además de sus funciones de conservación, custodia y dispensación de medicamentos, participan en la gestión del procedimiento de financiación con fondos públicos de los medicamentos incluidos en la prestación del SNS”. E incluso que “asumen los riesgos propios de cualquier financiación durante el periodo que media entre la dispensación del medicamento o producto sanitario y el reembolso de las cantidades correspondientes por el Estado”. Dado que esta discutible afirmación –tomada en su práctica literalidad de los argumentarios colegiales (CGCOF, 2006)– a base de ser reiterada amenaza con pasar por cierta, merece algunos comentarios.

No cabe duda de que existe una relación especial con las OO FF respecto a la existente con los restantes proveedores sanitarios, pero ésta es de claro privilegio. Los conciertos suscritos por la práctica totalidad de las CC AA, herederos de los vigentes en el Insalud estipulan la entrega de las cintas de facturación a mes vencido y la orden de pago por parte de

los servicios de salud el día 20 del mes siguiente. Los representantes de los boticarios dicen que financian a 45 días el gasto farmacéutico, lo que rige para lo dispensado el día 1 de cada mes. En conjunto, cobrar una factura mensual a los 20 días, siendo justo y deseable, en nuestro país es una clara discriminación positiva. De hecho, según la Federación Española de Empresas de Tecnología Sanitaria (FENIN) y Farmaindustria, aunque el plazo legal para liquidar facturas según la Ley 3/2004 es de 30 días después de la fecha de recepción de factura, a falta de pacto entre las partes, las administraciones autonómicas realizan sus pagos con una demora media de 265 días, siempre según los datos suministrados por FENIN. La Comunidad Valenciana ocupa el primer puesto en lo relativo a la demora del pago, con 498 días, seguida por Andalucía, con 432 días¹⁶. Otras fuentes fijan esos retrasos en 370 y 516 días¹⁷, pero nunca por debajo del año. Por su parte, la morosidad con los laboratorios farmacéuticos por las compras que efectúan los hospitales de la sanidad pública alcanza en la comunidad líder los 661 días de retraso. Así pues, la singularidad de la relación con las farmacias es envidiada por los demás proveedores sanitarios, por lo que siendo razonable la prontitud en el pago, resulta indignante que quienes reciben mejor trato que el prescrito por una normativa generalizadamente incumplida afirmen “participar en la financiación” del SNS. Y sorprende, si no indigna, que la Administración pública valide estas medias verdades.

No menos imaginación se aplica a la descripción de las supuestas prestaciones no remuneradas que el Gobierno afirma que están obligadas a realizar las farmacias en beneficio de la sociedad, ya que supone una peculiar concepción del contenido de los conceptos por los que se retribuye esta actividad, a la vista de la enumeración que hace de aquéllas. Así, considera “actividades no remuneradas que constituyen un factor adicional que singulariza al sector”, entre otras, aspectos como la adquisición, custodia, conservación y dispensación de los productos que distribuyen (la gestión del producto que comercializan), la vigilancia, control y custodia de las recetas (la conservación de justificantes de las transacciones) y la marginal elaboración de fórmulas magistrales según los procedimientos establecidos, prácticamente la única actividad supérstite del origen de la profesión y sobre cuyo imaginario remoto se articula buena parte de la justificación de la organización vigente.

D) Elementos para una modificación de la retribución

A la vista del acuerdo internacional citado sobre que “el sistema de remuneración debe ser reexaminado teniendo en cuenta, no los márgenes y el volumen de ventas, sino el servicio profesional que se provee”, será preciso optar entre seguir pagando a la farmacia como un mero distribuidor minorista –y ajustar los márgenes en consecuencia– o reorientar los incentivos económicos hacia contenidos que reconozcan las especificidades sanitarias reales de la actividad a realizar por ésta.

16 *El País* 06/08/2007.

17 *Cinco Días* 12/06/2007.

Entre las diferentes opciones consideradas, las más viables en nuestro medio pasan seguramente por el ensayo de sistemas de pago mixtos desligados del margen y progresivamente fundados en el pago de aquellas actividades que contribuyan a la salud de la población y que los financiadores deseen promover. Entre la pervivencia de los sistemas “orientados al producto” –pago por margen prácticamente fijo, con independencia del valor aportado por la dispensación– y la dificultad de implantar sistemas “orientados al paciente” –capitación, pago por acto documentado–, parece más factible ensayar algún sistema mixto que facilite la reorientación desde la mera dispensación hacia la potenciación de las actividades profesionales más deseables por su contribución a la mejora de la salud. Dicho sistema podría contemplar tres elementos: 1) una tarifa fija por dispensación; 2) la devolución más o menos total –en tanto subsistan los descuentos y ofertas– de los costes del producto, y 3) una retribución por ciertos servicios definidos explícitamente por el financiador. Para contribuir a garantizar la adecuada asistencia en los núcleos de población pequeños, cabría añadir un pago fijo selectivo según ciertos servicios comunitarios conveniados o una garantía de ingresos mínimos.

Es preciso considerar que cualquier redefinición retributiva incorporará al debate las reclamaciones sobre el pago por la polisémica “atención farmacéutica” (AF). Tal y como se ha señalado en otro documento al respecto (Meneu, 2007), mientras se demuestra la eficacia generalizada de una AF operativamente definida y su eficiencia, la implantación de programas de revisión de utilización sobre los que hacer pivotar las experiencias de atención farmacéutica se presenta como una opción poco aventurera, pero con beneficios seguros para todas las partes implicadas. Porque las deslumbrantes promesas de una AF aun menos que embrionaria puede que estén haciendo olvidar que la mera verificación *ex ante* del cumplimiento terapéutico y la evitación de algunas interacciones y contraindicaciones suponen un valor añadido diferencial respecto a la situación presente.

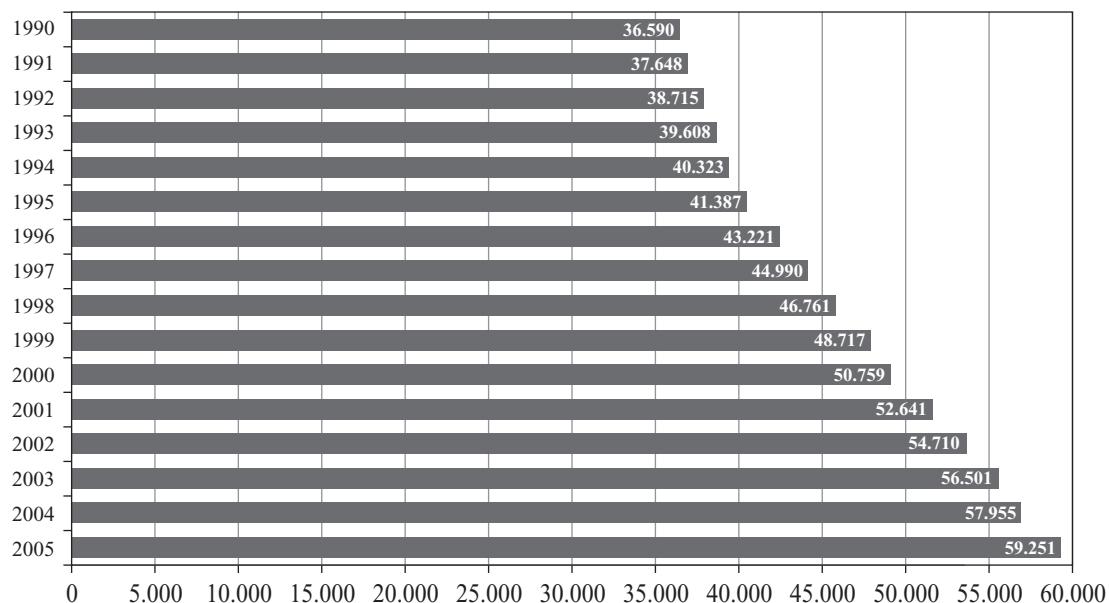
En el rediseño de la financiación deberían valorarse las posibilidades de desligar la mera licencia de apertura de la certificación o registro de proveedores, pudiendo circunscribirse la compra pública a aquéllos que cumplieren ciertos requisitos deseables de servicio, calidad asistencial, e incluso condiciones negociadas de precios y pagos. Actividades de verificación como las apuntadas, o prestaciones como las ya experimentadas de dispensación de metadona, medicación directamente observada, etc. pueden formar parte de esos servicios retribuíbles que incrementen el desempeño sanitario de estos establecimientos.

2.4 Prestación profesional

A) Farmacias y farmacéuticos

Según datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2007), a 31 de diciembre de 2006 en España había 60.581 farmacéuticos colegiados, de los cuales el 79%

Gráfico 1. Porcentaje de titulares de oficina de farmacia sobre el total de colegiados



Fuente: CGCOF, 2007.

(47.644) están en activo ejerciendo algún tipo de actividad, frente a un 5% (3.225) que están jubilados. Lo que permite saber que un 16% de colegiados no tiene actividad. La oficina de farmacia es la dedicación abrumadoramente mayoritaria de estos profesionales, ya que el 85% de los colegiados en activo ejerce en ella.

El 30% de los farmacéuticos colegiados (18.156) es titular único de una oficina de farmacia, mientras que un 9% (5.536) es titular por copropiedad. Consecuentemente, de las 20.741 oficinas de farmacia, un 12,5% (2.585) son copropiedades.

Por tanto, los farmacéuticos que trabajan en farmacias de las que no son propietarios representan un 42% de los profesionales que actúan en las OO FF. Sin que pueda descartarse que carecen mayoritariamente de espíritu empresarial, el diseño actual convierte a cerca de la mitad del contingente profesional que trabaja en la farmacia comunitaria en asalariados de la otra mitad. Para tener una noción de la valoración de su trabajo por parte de sus empleadores, de los que se predica a menudo su interés profesional por encima de cualquier consideración comercial, puede resultar útil conocer su regulación laboral. La Resolución de 18 de abril de 2007, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registran y publican las tablas salariales definitivas de 2006 del Convenio colectivo nacional para farmacias (BOE, 2007b), establece sus retribuciones en 1.360 euros al mes o 20.400 brutos al año.

Dado su elevado número, en conjunto las farmacias españolas son pequeñas, trabajando en ellas –contando al propietario– un promedio de 3,3 personas, de las cuales menos de dos son farmacéuticos. En el resto de profesionales, unos 32.335, se incluyen los auxiliares diplomados y los técnicos en farmacia –los antiguos mancebos– cuyas retribuciones oscilan entre los 13.815 y los 15.090 euros al año.

Dadas las actuales prestaciones exigidas a las OO FF, se está asistiendo a un despilfarro formativo. El *numerus clausus* que se implantó hace años para la medicina –y que se fosilizó, dilatándose más de lo deseable en el tiempo– no se ha aplicado a la farmacia. En consecuencia, existe una plétora de licenciados con conocimientos muy superiores a los requeridos en su desempeño mayoritario, y que el mercado laboral valora escasamente.

B) La ineludible reconversión profesional

A la vista de las tendencias estables del sector, como la práctica desaparición de la formulación magistral y la universalización de la dispensación en su presentación original –en España no se practica el reenvasado personal en la OO FF–, los cometidos esperados de estos profesionales deben ser reexaminados. Se requiere una evaluación rigurosa de su competencia y de la eficacia en la prestación de ciertos servicios clínicos que alegremente algunos proponen asignarles. Pero considerar que fuera del medio hospitalario o industrial las tareas de un farmacéutico se reconducen a una mera especificidad del comercio minorista supone una renuncia a aprovechar los conocimientos de estos profesionales sobre la adecuación de los medicamentos. Una cuestión cada vez más relevante a la vista de la creciente literatura sobre utilización subterapéutica, interacciones, contraindicaciones, efectos secundarios y otros riesgos para la seguridad de los pacientes y la efectividad de las terapias.

En cualquier caso, las consecuencias y soluciones frente a estas constataciones sobre los problemas de los medicamentos y el papel que deben desempeñar por los profesionales farmacéuticos requieren más estudio y menos ocurrencias. Requieren sobre todo ser protegidas de sus más entusiastas e irreflexivos defensores. Reconocer los riesgos potenciales de un producto tan extendido como la aspirina no ayuda a diseñar nuevos roles para los farmacéuticos, pues cuesta imaginar escenarios viables para una asesoría y consejo personalizado ante la ingestión del popular y centenario analgésico. Esta consideración de la necesidad de circunscribir las futuras utilidades de la intervención profesional es justo lo contrario de la vía maximalista inconscientemente emprendida. Un buen ejemplo de esta última es la previsión legal para la normativa de desarrollo que regulará la venta por procedimientos telemáticos de medicamentos no sujetos a prescripción. En ella se anuncia que estos productos autorrecetados deberán dispensarse “por oficina de farmacia autorizada, con la intervención de un farmacéutico y previo asesoramiento personalizado”, o sea, como todas las dispensaciones que en la actualidad se llevan a cabo en las OO FF para los productos de autocuidado.

Tampoco las constantes campañas institucionales y profesionales que reclaman el cumplimiento de las exigencias legales en el uso de medicamentos sometidos a receta argumentan

a favor de la diligencia de los profesionales en hacer cumplir elementales medidas de salvaguarda de la seguridad de los pacientes (REAP, 2000). Más allá de la experiencia anecdótica de cada uno, cuesta creer que de los 11.783 medicamentos registrados en España se exija prescripción médica para la dispensación de 10.074.

La importancia del consejo farmacéutico no es incompatible con la disponibilidad de algunos medicamentos en otras superficies comerciales. No parece verosímil que una proporción mayoritaria de compras de analgésicos y medicamentos sintomáticos requiera –ni en la actualidad reciba– la opinión de un farmacéutico. Establecer el papel deseable de la actuación profesional de los farmacéuticos es un reto pendiente, pero cada vez menos excusable.

3. Conclusiones y propuestas

A la vista de todo lo anterior, puede concluirse que la regulación española sobre distribución de medicamentos presenta importantes posibilidades de actualización y mejora. Afortunadamente, las dinámicas propiciadas por el diseño vigente han llevado a algunos logros ciertos, como la amplia –y quizás excesiva– difusión de puntos de dispensación y la existencia de un importante contingente de profesionales, lo que, unido a los buenos servicios prestados por las empresas de distribución, hacen que el acceso de los ciudadanos a medicamentos dispensados por profesionales sobradamente capacitados para los cometidos que desempeñan esté más que garantizado. Las sombras de esta realidad incluyen el escaso aprovechamiento de las competencias sanitarias de estos profesionales, la discutible eficacia y justificación de los sistemas de asignación de titularidad, la existencia de multitud de preceptos más orientados a los intereses de una parte del colectivo profesional que a los de los usuarios, así como un sinnúmero de cortapisas a la eficiencia sin más demostración que la retórica apelación a la importancia de garantizar una inconcreta salud pública.

Del repaso efectuado se desprende que la distribución de medicamentos en nuestro país se desarrolla, mejor de lo esperable, entre un cúmulo de anomalías que están necesitando importantes correcciones. Es anómala la pervivencia de un entramado regulatorio concebido para un tipo de actividad –la producción– que no está presente en la actual configuración de los establecimientos farmacéuticos, centrada exclusivamente en las tareas de distribución. Es anómala la presencia de abundantes e injustificables asimetrías, entre ellas las relativas a la propiedad –sólo los farmacéuticos pueden tener farmacias pero no se exige ser sanitario para poseer un hospital–; la integración entre proveedores –los farmacéuticos pueden tener intereses en la distribución, pero los prescriptores, fabricantes y distribuidores no pueden participar en otras fases del ciclo del medicamento–; la dualidad en los modos de acceso a la titularidad –o se demuestra reunir los requisitos funcionariales de una concesión administrativa o se adquiere el mismo derecho mediante compra-venta ordinaria–; la dualización de la profesión entre empresarios de dispar éxito y empleados poco más que mileuristas, y tantas otras ya señaladas. Pero sobre todo es anómala la colusión entre las partes que se benefician de este estado de cosas, los agentes ya instalados y las actuaciones de los reguladores que deben estar guiadas antes por el interés general que por el de la parte regulada, o por la burocrática tendencia a mantener la congruencia de unos cursos de acción ya periclitados que se traducen en una penosa expresión del “sostenella y no enmedalla”.

En un entorno semejante, al bloque casi monolítico de reguladores inerciales y regulados razonablemente satisfechos se opone una variada y a menudo incongruente minoría de

cuestionadores del orden establecido. Hay quienes quieren libre apertura con barrera profesional, quienes quieren barreras de planificación sin límite profesional, partidarios de la integración y detractores integrados. No todo es compatible ni tampoco igualmente deseable desde la perspectiva del bienestar social. Pero los potenciales beneficiarios de esas modificaciones, el conjunto de la ciudadanía, apenas perciben las futuribles ganancias que pueden entrañar algunos cambios, mientras que los actuales proveedores tarifican minuciosamente sus posibles pérdidas y pugnan tenazmente contra cualquier modificación. No es el único ámbito donde esto sucede, pero sí uno de los que muestra una mayor coincidencia entre los desvelos de reguladores y regulados. En este sentido, seguramente se requiere aplicar técnicas propias de disciplinas poco frecuentadas en el sector, como el análisis de contenidos, la hermenéutica comparativa y el mero cotejo archivístico de documentos, que pueden mostrar una sorprendente coincidencia sustancial entre los argumentos de la patronal del sector y los del regulador, perceptible incluso en los enunciados textuales de sus respectivas argumentaciones.

Aunque estas conductas alcanzan en nuestro país extremos caricaturescos, no son exclusivas, ya que las actitudes paternalistas, que bajo una retórica ampulosa defienden intereses muy particulares, están presentes en muchos organismos de decisión europeos. “La aparente preocupación por la seguridad pública y la protección del consumidor generalmente oculta un deseo de preservar el *statu quo* y de inhibir cualquier desarrollo que pueda beneficiar efectivamente a los usuarios de los servicios de distribución antes que a sus propietarios” (Taylor *et al.*, 2004).

El desafío que enfrenta la actuación pública en este campo no consiste tanto en el logro de inmediatos beneficios económicos, sino en la necesidad de avanzar hacia diseños acordes con la moderna configuración del ciclo del medicamento, que se ajusten dinámicamente a las condiciones y cambios del sector, en lugar de apelar a imaginarios caducos.

Por todo ello, seguidamente se apuntan, a modo de conclusiones sintéticas, algunas de las líneas por las que se entiende debe transitar una reformulación del sector, más acorde con la realidad actual del ciclo de los medicamentos, los principios generales de la circulación de productos y el progresivo aumento de la contribución de estos profesionales a la salud.

- Planificación. Hay que aprovechar los potenciales beneficios de la planificación que aporta la histórica limitación del número de farmacias, modificando algunos de sus mecanismos y eliminando efectos indeseables. Para evitar el pretendido desabastecimiento rural existen mejores opciones que el instalar –en base a una supuesta carrera profesional, o mejor, a unos potenciales incentivos diferidos– OO FF en poblaciones de menos de 300 habitantes, donde ni siquiera se dispone del prescriptor imprescindible para solicitar la dispensación de la inmensa mayoría de sus productos. Deben, pues, aprovecharse las oportunidades hasta ahora cercenadas que brindan la ágil distribución existente –elemento nuclear de la accesibilidad– y las posibilidades de la farmacia virtual.

Nada inamovible obliga a asociar la apertura de una farmacia (actividad propia del regulador) con su reconocimiento como proveedor del SNS (responsabilidad de los gestores de éste). Cabe, pues, liberalizar la apertura restringiendo el número de centros a conveniar en cada demarcación (contratación selectiva) o mantener la restricción actual, desplazando el problema a las condiciones de asignación de titularidades.

- Propiedad. La posibilidad de que existan empresarios no farmacéuticos, de capital privado o público, debiera ser objeto de consideración y evaluación rigurosa teniendo en cuenta los efectos esperados sobre el mercado y el bienestar social en un contexto de concertación con criterios de salud para establecimientos o entidades sanitarias.

Es deseable abolir la redundante e ineficaz exigencia de titulación específica para ostentar la propiedad de una oficina de farmacia, al tiempo que se perfeccionan los mecanismos para una garantía efectiva de la actuación profesional en aquellas actividades que la requieran.

Incluso si se mantiene la obsoleta y excepcional reserva de propiedad a un grupo profesional, es preciso redefinir sus mecanismos de adjudicación. Entre la clásica funcionarización nórdica en OO FF de propiedad pública y el absoluto *laissez faire* existen múltiples formas intermedias. Desde la “concesión administrativa” planteada por la normativa extremeña hasta la *soi-disant* liberalización navarra. Uno de los peores mundos posibles es éste, en el que la Administración diseña y aplica complicados sistemas de valoración de supuestos méritos para adjudicar “concesiones” que a los tres años son negociables en un libre mercado de profesionales. Resultaría más eficiente recurrir a mecanismos de subasta o concurrencia pública –ofertas al alza de servicios y la baja de periodo de concesión– en los que cabría reservar un porcentaje a sorteo entre ofertas técnicamente cualificadas, sin posibilidad, no obstante, de reventa de licencia, revirtiendo al concesionario si se abandona la actividad.

Respecto a la integración de proveedores, parece conveniente reconsiderar sus pros y sus contras desde la perspectiva de la eficiencia del sistema –sus beneficios para los consumidores y los financiadores– y no desde la de las ganancias y pérdidas de algunas de las partes afectadas. Se debe reordenar el sector mayorista impidiendo que se discrimine indebidamente a sus potenciales clientes, pero considerando que los efectos indeseables de la integración vertical también son propiciados por la vinculación directa entre la titularidad de una OF y la participación en la distribución mayorista.

- Pago. Sustituir el actual sistema retributivo por un sistema de pago mixto compuesto por diferentes tramos. Se requieren sistemas de pago que retribuyan en función del valor añadido y que incorporen incentivos deseables, es decir, lo contrario a orientar hacia el intento de sustituir por el producto que aporte mayor margen de beneficio. Acompasar estos sistemas a las reiteradas recomendaciones internacionales, coincidentes en afirmar que el margen de beneficios o el volumen de ventas no son adecuados para retribuir servicios profesionales, ni tampoco útiles para el control de costes.

El objetivo es, pues, avanzar hacia un sistema mixto que facilite la reorientación desde la mera dispensación hacia la potenciación de las actividades profesionales más deseables por su contribución a la mejora de la salud. Dicho sistema podría contemplar tres elementos: 1) una tarifa fija por dispensación; 2) la devolución más o menos total –en tanto subsistan los descuentos y ofertas– de los costes del producto; y 3) una retribución por ciertos servicios definidos explícitamente por el financiador.

- Profesionalización. La interesada confusión entre actividad profesional y limitación de propiedad a algunos profesionales lleva a desatender la ineludible redefinición de aquella. Es preciso contemplar más las necesidades de la demanda que las de la oferta, diseñando sistemas de regulación, actuación y retribución que vinculen las rentas de la dispensación a los beneficios sanitarios que aporta. En síntesis, se requiere un cambio de enfoque que considere de modo integral la aportación de la actuación farmacéutica a la mejora de la salud de la población.

Mientras, resulta fundamental priorizar algunas actuaciones de mínimos. Una de ellas es hacer respetar la obligatoriedad de la venta con receta. Deben realizarse políticas de información y sensibilización de los profesionales y adecuar el régimen de sanciones. Las Administraciones deben desarrollar mecanismos eficientes para que se cumpla esta normativa. Por otra parte, sólo deben permanecer en exclusiva en los circuitos farmacéuticos medicamentos para la automedicación que presenten auténticos riesgos potenciales de problemas relacionados con los medicamentos (PRM), y en los que la intervención del farmacéutico vaya a ser real y eficaz. Lo que dista de requerir su presencia para facilitar un colutorio.

Índice de Tablas y Gráficos

Tablas

Tabla 1. Evolución del número de oficinas de farmacia	14
Tabla 2. Márgenes por segmentos de facturación	41

Gráficos

Gráfico 1. Porcentaje de titulares de oficina de farmacia sobre el total de colegiados	45
---	----

Bibliografía

- Arruñada, B. (2001), Las farmacias y el paso de los siglos. *Revista de Administración Sanitaria*, 5(19), 119-34.
- ASPIME (2006), Estudio anual de las oficinas de farmacia 2006. Barcelona, DOYMA.
- ASPIME (2007), Estudio anual de las oficinas de farmacia 2007. Barcelona, DOYMA.
- Boletín Oficial del Estado (1941), Decreto de 24 de enero de 1941. BOE nº 37, 889.
- Boletín Oficial del Estado (1975), Novísima recopilación de las leyes de España. Facsímil de la edición de 1805. Madrid, Boletín Oficial del Estado.
- Boletín Oficial del Estado (1980), Real Decreto 909/1978 de 14 de abril, sobre establecimiento, transmisión e integración de oficinas de farmacia. BOE nº 106 de 4/05/78.
- Boletín Oficial del Estado (1997), Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las oficinas de farmacia. BOE nº 100 de 26/4/1997, 13450-2.
- Boletín Oficial del Estado (2000) Real Decreto-Ley 5/2000, de 23 de junio, de Medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos. BOE nº 151 de 24/06/00, 22438-40.
- Boletín Oficial del Estado (2002), Ley de la Comunidad Autónoma de Cantabria 7/2001, de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria. BOE nº 14 de 16/03/2002.
- Boletín Oficial del Estado (2004), Real Decreto 2402/2004, de 30 de diciembre, BOE nº 315, de 31/12/04.
- Boletín Oficial del Estado (2006), Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios. BOE nº 178 de 27/07/2006, 28122- 65.
- Boletín Oficial del Estado (2007a), Ley 2/2007, de 15 de marzo, de sociedades profesionales. BOE nº 65 de 16/03/2007, 11246-51.
- Boletín Oficial del Estado (2007b), Resolución de 18 de abril de 2007, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publican las tablas salariales definitivas de 2006, del Convenio colectivo nacional para farmacias. BOE nº 101 de 27/04/07, 18550.
- Bruque Cámara, S., Hernández Ortiz, M.J., Moyano Fuentes, J., Vargas Sánchez, A. (2002), ¿Son más competitivas las sociedades cooperativas? Un análisis en el sector de la distribución farmacéutica. CIRIEC-España. *Revista de Economía Pública, Social y Cooperativa*, 42, 131-57.

- CGCOF (2006), Observaciones de carácter jurídico/profesional al Ministerio de Sanidad para la contestación a la Comisión Europea en el procedimiento –dictamen motivado– sobre restricciones de la legislación española reguladora de las oficinas de farmacia. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- CGCOF (2007), Estadísticas Colegiados 2006. Madrid, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
- COFV-FEFE (2007), Marco legal comparado de la farmacia en Europa. El modelo español de farmacia referente para el futuro de la farmacia en Europa. COFV-FEFE, (Disponible en: www.correofarmaceutico.com/documentos/020707estudioeuropafefecofvalencia.pdf).
- Comité de Ministros del Consejo de Europa (2001), Resolución ResAP (2001) 2 relativa al papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud. *Pharm Care Esp*, 3, 216-22.
- Cots, F. (2005), Comunicación a la Jornada sobre Economía y Gestión del Medicamento. IDEC, Barcelona, 2 de junio de 2005.
- Documento de consenso (2006), Documento de consenso sobre la utilización de antibióticos en atención primaria. *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 8, 361-8.
- Farmaindustria (1994), Memoria Farmaindustria 1994. Madrid.
- Farmaindustria (2004), Memoria Farmaindustria 2004. Madrid. Disponible en: http://www.farmaindustria.es/Index_secundaria_publicaciones.htm
- Frías Jamilena, D.M. (2001), Distribución farmacéutica. Evolución y situación actual. Distribución y Consumo (septiembre-octubre 2001), 63-77.
- García-Fontes, W., Motta, M. (1997), Regulación de las oficinas de farmacia: precios y libertad de entrada. En: Lopez Casanovas, G., Rodríguez Palenzuela, D., La regulación de los servicios sanitarios en España. Madrid, Civitas.
- Gil Navarro, M.V. (2005), Comunicación al 2º Curso de Evaluación y Selección de Medicamentos. HH UU Virgen del Rocío, Sevilla, 26-9 de Abril 2005.
- Hudson, S. (2004) Hospital pharmacies. En: Mossialos, E., Mrazek, M., Walley, T. Eds. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. London, Open University Press.
- Huttin, C. (1996), A critical review of the remuneration systems for pharmacists. *Health Policy* 36, 53-68.
- Klemperer, P. (2004), *Auctions: Theory and Practice*. Princeton, Princeton University Press.
- Meneu, R. (2002), Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución. *Gaceta Sanitaria*, 16 (2), 171-81.
- Meneu, R. (2005) Regulación y competencia en el sector farmacéutico. En: Repullo, J.R., Oteo, L.A. (coordinadores), *Un nuevo contrato social para un Sistema Nacional de Salud sostenible*. Madrid, Ariel.
- Meneu, R. (2006), La distribución y dispensación de medicamentos. En: Informe SESPAS 2006. Los desajustes en la salud en el mundo desarrollado. *Gaceta Sanitaria*, 20 (Supl 1), 154-9.

- Meneu, R. (2007), La atención farmacéutica. ¿Antes consagrada que contrastada? *Gestión Clínica y Sanitaria*, 31, 3-10.
- Milgrom, P. (2004), Putting Auction Theory to Work. Cambridge, Cambridge University Press.
- Philipsen, NJ. (2003), Regulation of and by Pharmacists in the Netherlands and Belgium: An Economic Approach. Antwerpen-Groningen, Intersentia.
- Philipsen, NJ., Faure, MG. (2002), The Regulation of Pharmacists in Belgium and the Netherlands: In the Public or Private Interest?, *Journal of Consumer Policy*, 25, 155-201.
- Puig-Junoy, J. (2004), Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain. *Health Policy*, 67, 149-65.
- Puig-Junoy, J. Llop Talaverón, J. (2004), Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos. Fundación Alternativas, Documento de trabajo 50/2004.
- REAP (Red Española de Atención Primaria) (2000), Documento de Valencia. *Medicina General*, 29, 993-4.
- Rus Mendoza, G. de (2007), Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público. Madrid, Fundación Alternativas, Documento de trabajo 104/2006.
- Savage, D. A. (1994) The Professions in Theory and History: the Case of Pharmacy. *Business and Economic History*, 23 (2), 129-60.
- Shaked, A., y Sutton, J. (1981), The Self-Regulating Profession. *Review of Economic Studies*, 48, 217-34.
- Tamés, M. J., y Echarri, E. (2002), La farmacia de hospital en Europa. La farmacia hospitalaria española en relación con la del resto de Europa. SEP. Barcelona, Ediciones Mayo.
- Taylor, D., Mrazek, M., y Mossialos, M. (2004), Regulating pharmaceutical distribution and retail pharmacy in Europe. En: Mossialos E, Mrazek M, Walley T. Eds. *Regulating pharmaceuticals in Europe: striving for efficiency, equity and quality*. London, Open University Press.
- TDC – Tribunal de Defensa de la Competencia (1995), La competencia en España: balance y nuevas propuestas. Madrid, Tribunal de Defensa de la Competencia.
- Vogler, S., Arts, D. y Habl, C. (2006), Community Pharmacy in Europe. Lessons from deregulation – case studies. Viena, ÖBIG-Austrian Health Institute.
- Vos, C. M., de (1996), The 1996 pricing and reimbursement policy in the Netherlands. *Pharmacoeconomics*, 10, Suppl 2, 75-80.

Documentos de trabajo publicados

- 1/2003. **Servicios de atención a la infancia en España: estimación de la oferta actual y de las necesidades ante el horizonte 2010.** María José González López.
- 2/2003. **La formación profesional en España. Principales problemas y alternativas de progreso.** Francisco de Asís de Blas Aritio y Antonio Rueda Serón.
- 3/2003. **La Responsabilidad Social Corporativa y políticas públicas.** Alberto Lafuente Félez, Víctor Viñuales Edo, Ramón Pueyo Viñuales y Jesús Llaría Aparicio.
- 4/2003. **V Conferencia Ministerial de la OMC y los países en desarrollo.** Gonzalo Fanjul Suárez.
- 5/2003. **Nuevas orientaciones de política científica y tecnológica.** Alberto Lafuente Félez.
- 6/2003. **Repensando los servicios públicos en España.** Alberto Infante Campos.
- 7/2003. **La televisión pública en la era digital.** Alejandro Perales Albert.
- 8/2003. **El Consejo Audiovisual en España.** Ángel García Castillejo.
- 9/2003. **Una propuesta alternativa para la Coordinación del Sistema Nacional de Salud español.** Javier Rey del Castillo.
- 10/2003. **Regulación para la competencia en el sector eléctrico español.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 11/2003. **El fracaso escolar en España.** Álvaro Marchesi Ullastres.
- 12/2003. **Estructura del sistema de Seguridad Social. Convergencia entre regímenes.** José Luis Tortuero Plaza y José Antonio Panizo Robles.
- 13/2003. **The Spanish Child Gap: Rationales, Diagnoses, and Proposals for Public Intervention.** Fabrizio Bernardi.
- 13*/2003. **El déficit de natalidad en España: análisis y propuestas para la intervención pública.** Fabrizio Bernardi.
- 14/2003. **Nuevas fórmulas de gestión en las organizaciones sanitarias.** José Jesús Martín Martín.
- 15/2003. **Una propuesta de servicios comunitarios de atención a personas mayores.** Sebastián Sarasa Urdiola.
- 16/2003. **El Ministerio Fiscal. Consideraciones para su reforma.** Olga Fuentes Soriano.
- 17/2003. **Propuestas para una regulación del trabajo autónomo.** Jesús Cruz Villalón.
- 18/2003. **El Consejo General del Poder Judicial. Evaluación y propuestas.** Luis López Guerra.
- 19/2003. **Una propuesta de reforma de las prestaciones por desempleo.** Juan López Gandía.
- 20/2003. **La Transparencia Presupuestaria. Problemas y Soluciones.** Maurici Lucena Betriu.
- 21/2003. **Análisis y evaluación del gasto social en España.** Jorge Calero Martínez y Mercè Costa Cuberta.
- 22/2003. **La pérdida de talentos científicos en España.** Vicente E. Larraga Rodríguez de Vera.
- 23/2003. **La industria española y el Protocolo de Kioto.** Antonio J. Fernández Segura.
- 24/2003. **La modernización de los Presupuestos Generales del Estado.** Enrique Martínez Robles, Federico Montero Hita y Juan José Puerta Pascual.
- 25/2003. **Movilidad y transporte. Opciones políticas para la ciudad.** Carme Miralles-Guasch y Àngel Cebollada i Frontera.
- 26/2003. **La salud laboral en España: propuestas para avanzar.** Fernando G. Benavides.
- 27/2003. **El papel del científico en la sociedad moderna.** Pere Puigdomènech Rosell.
- 28/2003. **Tribunal Constitucional y Poder Judicial.** Pablo Pérez Tremps.
- 29/2003. **La Audiencia Nacional: una visión crítica.** José María Asencio Mellado.
- 30/2003. **El control político de las misiones militares en el exterior.** Javier García Fernández.
- 31/2003. **La sanidad en el nuevo modelo de financiación autonómica.** Jesús Ruiz-Huerta Carbonell y Octavio Granado Martínez.

- 32/2003. **De una escuela de mínimos a una de óptimos: la exigencia de esfuerzo igual en la Enseñanza Básica.** Julio Carabaña Morales.
- 33/2003. **La difícil integración de los jóvenes en la edad adulta.** Pau Baizán Muñoz.
- 34/2003. **Políticas de lucha contra la pobreza y la exclusión social en España: una valoración con EspaSim.** Magda Mercader Prats.
- 35/2003. **El sector del automóvil en la España de 2010.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 36/2003. **Publicidad e infancia.** Purificación Llaquet, M^a Adela Moyano, María Guerrero, Cecilia de la Cueva, Ignacio de Diego.
- 37/2003. **Mujer y trabajo.** Carmen Sáez Lara.
- 38/2003. **La inmigración extracomunitaria en la agricultura española.** Emma Martín Díaz.
- 39/2003. **Telecomunicaciones I: Situación del Sector y Propuestas para un modelo estable.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 40/2003. **Telecomunicaciones II: Análisis económico del sector.** José Roberto Ramírez Garrido y Álvaro Escribano Sáez.
- 41/2003. **Telecomunicaciones III: Regulación e Impulso desde las Administraciones Públicas.** José Roberto Ramírez Garrido y Juan Vega Esquerrá.
- 42/2004. **La Renta Básica. Para una reforma del sistema fiscal y de protección social.** Luis Sanzo González y Rafael Pinilla Pallejà.
- 43/2004. **Nuevas formas de gestión. Las fundaciones sanitarias en Galicia.** Marciano Sánchez Bayle y Manuel Martín García.
- 44/2004. **Protección social de la dependencia en España.** Gregorio Rodríguez Cabrero.
- 45/2004. **Inmigración y políticas de integración social.** Miguel Pajares Alonso.
- 46/2004. **TV educativo-cultural en España. Bases para un cambio de modelo.** José Manuel Pérez Tornero.
- 47/2004. **Presente y futuro del sistema público de pensiones: Análisis y propuestas.** José Antonio Griñán Martínez.
- 48/2004. **Contratación temporal y costes de despido en España: lecciones para el futuro desde la perspectiva del pasado.** Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 49/2004. **Propuestas de investigación y desarrollo tecnológico en energías renovables.** Emilio Menéndez Pérez.
- 50/2004. **Propuestas de racionalización y financiación del gasto público en medicamentos.** Jaume Puig-Junoy y Josep Llop Talaverón.
- 51/2004. **Los derechos en la globalización y el derecho a la ciudad.** Jordi Borja.
- 52/2004. **Una propuesta para un comité de Bioética de España.** Marco-Antonio Broggi Trias.
- 53/2004. **Eficacia del gasto en algunas políticas activas en el mercado laboral español.** César Alonso-Borrego, Alfonso Arellano, Juan J. Dolado y Juan F. Jimeno.
- 54/2004. **Sistema de defensa de la competencia.** Luis Berenguer Fuster.
- 55/2004. **Regulación y competencia en el sector del gas natural en España. Balance y propuestas de reforma.** Luis Atienza Serna y Javier de Quinto Romero.
- 56/2004. **Propuesta de reforma del sistema de control de concentraciones de empresas.** José M^a Jiménez Laiglesia.
- 57/2004. **Análisis y alternativas para el sector farmacéutico español a partir de la experiencia de los EE UU.** Rosa Rodríguez-Monguió y Enrique C. Seoane Vázquez.
- 58/2004. **El recurso de amparo constitucional: una propuesta de reforma.** Germán Fernández Farreres.
- 59/2004. **Políticas de apoyo a la innovación empresarial.** Xavier Torres.
- 60/2004. **La televisión local entre el limbo regulatorio y la esperanza digital.** Emili Prado.
- 61/2004. **La universidad española: soltando amarras.** Andreu Mas-Colell.
- 62/2005. **Los mecanismos de cohesión territorial en España: un análisis y algunas propuestas.** Ángel de la Fuente.
- 63/2005. **El libro y la industria editorial.** Gloria Gómez-Escalonilla.
- 64/2005. **El gobierno de los grupos de sociedades.** José Miguel Embid Irujo, Vicente Salas Fumás.
- 65(I)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. I.** José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.

- 65(II)/2005. **La gestión de la demanda de electricidad Vol. II (Anexos)**. José Ignacio Pérez Arriaga, Luis Jesús Sánchez de Tembleque, Mercedes Pardo.
- 66/2005. **Responsabilidad patrimonial por daño ambiental: propuestas de reforma legal**. Ángel Manuel Moreno Molina.
- 67/2005. **La regeneración de barrios desfavorecidos**. María Bruquetas Callejo, Fco. Javier Moreno Fuentes, Andrés Walliser Martínez.
- 68/2005. **El aborto en la legislación española: una reforma necesaria**. Patricia Laurenzo Copello.
- 69/2005. **El problema de los incendios forestales en España**. Fernando Estirado Gómez, Pedro Molina Vicente.
- 70/2005. **Estatuto de laicidad y Acuerdos con la Santa Sede: dos cuestiones a debate**. José M.^a Contreras Mazarío, Óscar Celador Angón.
- 71/2005. **Posibilidades de regulación de la eutanasia solicitada**. Carmen Tomás-Valiente Lanuza.
- 72/2005. **Tiempo de trabajo y flexibilidad laboral**. Gregorio Tudela Cambroner, Yolanda Valdeolivas García.
- 73/2005. **Capital social y gobierno democrático**. Francisco Herreros Vázquez.
- 74/2005. **Situación actual y perspectivas de desarrollo del mundo rural en España**. Carlos Tió Saralegui.
- 75/2005. **Reformas para revitalizar el Parlamento español**. Enrique Guerrero Salom.
- 76/2005. **Rivalidad y competencia en los mercados de energía en España**. Miguel A. Lasheras.
- 77/2005. **Los partidos políticos como instrumentos de democracia**. Henar Criado Olmos.
- 78/2005. **Hacia una deslocalización textil responsable**. Isabel Kreisler.
- 79/2005. **Conciliar las responsabilidades familiares y laborales: políticas y prácticas sociales**. Juan Antonio Fernández Cordón y Constanza Tobío Soler.
- 80/2005. **La inmigración en España: características y efectos sobre la situación laboral de los trabajadores nativos**. Raquel Carrasco y Carolina Ortega.
- 81/2005. **Productividad y nuevas formas de organización del trabajo en la sociedad de la información**. Rocío Sánchez Mangas.
- 82/2006. **La propiedad intelectual en el entorno digital**. Celeste Gay Fuentes.
- 83/2006. **Desigualdad tras la educación obligatoria: nuevas evidencias**. Jorge Calero.
- 84/2006. **I+D+i: selección de experiencias con (relativo) éxito**. José Antonio Bueno Oliveros.
- 85/2006. **La incapacidad laboral en su contexto médico: problemas clínicos y de gestión**. Juan Gervas, Ángel Ruiz Téllez y Mercedes Pérez Fernández.
- 86/2006. **La universalización de la atención sanitaria. Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social**. Francisco Sevilla.
- 87/2006. **El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia**. Pilar Rodríguez Rodríguez.
- 88/2006. **La desalinización de agua de mar mediante el empleo de energías renovables**. Carlos de la Cruz.
- 89/2006. **Bases constitucionales de una posible política sanitaria en el Estado autonómico**. Juan José Solozábal Echavarría.
- 90/2006. **Desigualdades territoriales en el Sistema Nacional de Salud (SNS) de España**. Beatriz González López-Valcárcel y Patricia Barber Pérez.
- 91/2006. **Agencia de Evaluación: innovación social basada en la evidencia**. Rafael Pinilla Pallejà.
- 92/2006. **La Situación de la industria cinematográfica española**. José María Álvarez Monzoncillo y Javier López Villanueva.
- 93/2006. **Intervención médica y buena muerte**. Marc-Antoni Broggi Trias, Clara Llubí Maristany y Jordi Trelis Navarro.
- 94/2006. **Las prestaciones sociales y la renta familiar**. María Teresa Quílez Félez y José Luis Achurra Aparicio.
- 95/2006. **Plan integral de apoyo a la música y a la industria discográfica**. Juan C. Calvi.
- 96/2006. **Justicia de las víctimas y reconciliación en el País Vasco**. Manuel Reyes Mate.
- 97/2006. **Cuánto saben los ciudadanos de política**. Marta Fraile.
- 98/2006. **Profesión médica en la encrucijada: hacia un nuevo modelo de gobierno corporativo y de contrato social**. Albert J. Jovell y María D. Navarro.

- 99/2006. **El papel de la financiación público-privada de los servicios sanitarios.** A. Prieto Orzanco, A. Arbelo López de Letona y E. Mengual García.
- 100/2006. **La financiación sanitaria autonómica: un problema sin resolver.** Pedro Rey Biel y Javier Rey del Castillo.
- 101/2006. **Responsabilidad social empresarial en España.** Anuario 2006.
- 102/2006. **Problemas emergentes en salud laboral: retos y oportunidades.** Fernando G. Benavides y Jordi Delclòs Clanchet.
- 103/2006. **Sobre el modelo policial español y sus posibles reformas.** Javier Barcelona Llop.
- 104/2006. **Infraestructuras: más iniciativa privada y mejor sector público.** Ginés de Rus Mendoza.
- 105/2007. **El teatro en España: decadencia y criterios para su renovación.** Joaquín Vida Arredondo.
- 106/2007. **Las alternativas al petróleo como combustible para vehículos automóviles.** José Antonio Bueno Oliveros.
- 107/2007. **Movilidad del factor trabajo en la Unión Europea y coordinación de los sistemas de pensiones.** Jesús Ferreiro Aparicio y Felipe Serrano Pérez.
- 108/2007. **La reforma de la casación penal.** Jacobo López Barja de Quiroga.
- 109/2007. **El gobierno electrónico: servicios públicos y participación ciudadana.** Fernando Tricas Lamana.
- 110/2007. **Sistemas alternativos a la resolución de conflictos (ADR): la mediación en las jurisprudencias civil y penal.** José-Pascual Ortuño Muñoz y Javier Hernández García.
- 111/2007. **El sector de la salud y la atención a la dependencia.** Antonio Jiménez Lara.
- 112/2007. **Las revistas culturales y su futuro digital.** M.^a Trinidad García Leiva.
- 113/2007. **Mercado de vivienda en alquiler en España: más vivienda social y más mercado profesional.** Alejandro Inurrieta Beruete.
- 114/2007. **La gestión de la demanda de energía en los sectores de la edificación y del transporte.** José Ignacio Pérez Arriaga, Xavier García Casals, María Mendiluce Villanueva, Pedro Miras Salamanca y Luis Jesús Sánchez de Tembleque.
- 115/2007. **Aseguramiento de los riesgos profesionales y responsabilidad empresarial.** Manuel Correa Carrasco.
- 116/2007. **La inversión del minoritario: el capital silencioso.** Juan Manuel Barreiro, José Ramón Martínez, Ángeles Pellón y José Luis de la Peña.
- 117/2007. **¿Se puede dinamizar el sector servicios? Un análisis del sector y posibles vías de reforma.** Carlos Maravall Rodríguez.
- 118/2007. **Políticas de creación de empresas y su evaluación.** Roberto Velasco Barroetabeña y María Saiz Santos.
- 119/2007. **La reforma del acceso a la carrera judicial en España: algunas propuestas.** Alejandro Saiz Arnaiz.
- 120/2007. **Renta y privación en España desde una perspectiva dinámica.** Rosa Martínez López.
- 121/2007. **La inversión pública en España: algunas líneas estratégicas.** Rafael Myro Sánchez.
- 122/2007. **La prensa ante el reto en línea. Entre las limitaciones del modelo tradicional y las incógnitas de su estrategia digital.** Xosé López y Xosé Pereira.
- 123/2007. **Genéricos: medidas para el aumento de su prescripción y uso en el Sistema Nacional de Salud.** Antonio Iñesta García.
- 124/2007. **Laicidad, manifestaciones religiosas e instituciones públicas.** José M.^a Contreras Mazarío y Óscar Celador Angón.
- 125/2007. **Las cajas de ahorros: retos de futuro.** Ángel Berges Lobera y Alfonso García Mora.
- 126/2007. **El Informe PISA y los retos de la educación en España.** Olga Salido Cortés.
- 127/2007. **Propuesta de organización corporativa de la profesión médica.** Juan F. Hernández Yáñez.
- 128/2008. **Urbanismo, arquitectura y tecnología en la ciudad digital.** José Carlos Arnal Losilla.
- 129/2008. **La televisión digital terrestre en España. Por un sistema televisivo de futuro acorde con una democracia de calidad.** Enrique Bustamante Ramírez.

