



**CONCLUSIONES AL INFORME: EL IMPACTO DEL CAMBIO DE
REGULACIÓN SOBRE EL ACCESO A LA PROPIEDAD DE LAS OFICINAS
DE FARMACIA**

DATOS FRENTE A MITOS

***LOS FALSOS MITOS DE LA LIBERALIZACIÓN DEL ACCESO A LA
PROPIEDAD DE LAS OFICINAS DE FARMACIA***

El presente estudio analiza científicamente si la supuesta liberalización de la propiedad de las oficinas de farmacia favorece la reducción del gasto público y/o incrementa la calidad de los servicios de prestación farmacéutica. Estas dos únicas razones son las que deberían motivar cualquier cambio o modificación en la estructura actual del SNS.

Por lo general, el análisis económico de las políticas públicas se debate entre la maximización de beneficios (ahorro) y la equidad. En algunos casos, se decide una política pública por la maximización de beneficios poniendo en cierto riesgo la equidad, y en otros, se acentúa el favorecer una política que permita obtener ciertos beneficios al mayor número de población. **En el caso de la liberalización del acceso a la propiedad NI PRODUCE AHORRO EN EL GASTO FARMACÉUTICO NI FAVORECE LA EQUIDAD EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA.**



FEFE ha encargado el presente estudio con el objeto de analizar datos de otros países donde ya se ha liberalizado el acceso a la propiedad de las oficinas de farmacia. El resultado final es que en ningún país se ha podido demostrar que la liberalización del acceso a la propiedad produzca ahorro o maximice beneficios, o que por el contrario, mejore la calidad de la prestación farmacéutica.

Creemos que este estudio objetivo puede ser de gran ayuda al Ministerio de Economía y al Ministerio de Sanidad y Consumo, ya que no se ha publicado ningún estudio que analice de forma pormenorizada los datos reales de lo que supone liberalizar el acceso a la propiedad de las oficinas de farmacia.

La experiencia en otros países europeos permite concluir que la opción de liberalizar la propiedad de las oficinas de farmacia, ni reduce el gasto farmacéutico ni mantiene o mejora la calidad actual del servicio farmacéutico.

En primer lugar, el informe demuestra que la liberalización NI DISMINUYE EL GASTO FARMACÉUTICO NI PRODUCE AHORRO.

- Países con modelos libres de propiedad como Irlanda, Bélgica y Eslovaquia tienen gastos farmacéuticos por habitante muy elevados. Concretamente Irlanda, es el país europeo con el gasto farmacéutico más alto.



- El informe demuestra que la liberalización no disminuye el gasto farmacéutico por habitante.
- El informe también permite concluir que la liberalización no reduce el precio medio de los medicamentos. Irlanda y Bélgica lo manifiestan.
- El informe también demuestra que la liberalización puede quebrar la equidad del sistema donde los medicamentos en zonas rurales sean más caros que los medicamentos en zonas urbanas. Esto ha sucedido en Islandia, donde la liberalización ha provocado que los medicamentos en zonas rurales sean más caros que en zonas urbanas.

En segundo lugar, la liberalización no favorece el libre mercado como parece pretender sino que lleva a la CONCENTRACIÓN E INTEGRACIÓN VERTICAL.

- **Cuando se liberaliza, el resultado directo es que la propiedad pasa a manos de unos pocos agentes**, tal como ha sucedido en Noruega, Reino Unido o Islandia.
- En Islandia, por ejemplo, a pesar de los intentos de defensa de la competencia, no se ha podido evitar que la mayoría (85%) de las oficinas de farmacia de Islandia sea propiedad de dos grupos farmacéuticos.



- **En Noruega, la propiedad de las oficinas de farmacia está en manos de tres grandes grupos.**
- Pero es que además de producirse una gran concentración (dos o tres grupos), se produce otro efecto, que es la INTEGRACIÓN VERTICAL: Es decir, se produce una integración entre distribuidores y minoristas: **En 10 países europeos, los seis mayores distribuidores mayoristas de medicamentos poseen más del 50% del mercado de distribución mayorista.**
- En el Reino Unido se espera que en 2013 el 85% de las farmacias pertenezca a unas pocas cadenas de distribución.
- El objetivo de la integración vertical es controlar el canal minorista, y son ellos los que están buscando la liberalización. No es teoría, es una realidad ya presente y según parece, cercana a España. Por ejemplo en los países desregulados:
 - **Alliance Boots posee en propiedad más de 3.000 oficinas de farmacia** que le reportan el 40% de los ingresos.
 - **Celesio** posee más de 2.000 oficinas de farmacia que le reportan el 20% de su negocio.
 - **Phoenix** cuenta con más de 1.500 oficinas de farmacia que producen el 10% del total de los ingresos del grupo.
- Hay un mito que considera que en los países con acceso libre cuenta con mayor número de farmacias. FALSO. Países como Noruega, Holanda o Suecia, cuentan con pocas farmacias para sus habitantes y son países catalogados como liberalizados. No sólo eso, **los datos**



demuestran que el número de farmacias disminuye gravemente en zonas rurales cuando se liberaliza el acceso.

- También se dice que la liberalización podría mejorar la productividad de las farmacias, sin embargo, los datos sugieren algo diferente. El tamaño medio de las oficinas de farmacia es mayor en los países con acceso limitado, lo que demuestra que se aprovecha más las economías de escala en los sistemas de acceso restringido.

En tercer lugar, se ha demostrado que la liberalización perjudica gravemente a los municipios y habitantes de zonas rurales.

- Se rompe el principio de equidad para los habitantes de zonas rurales, ya que provoca el estancamiento y la disminución del número de oficinas. Al primar la maximización de beneficios sobre la equidad, se produce el cierre de farmacias menos rentables. **En Noruega y Reino Unido se han creado BARRERAS ECONÓMICAS DE FACTO para la apertura de farmacia independientes, al pasar la propiedad de las oficinas a grandes grupos de distribución.**
- **La liberalización en las zonas rurales produce situaciones de MONOPOLIO LOCAL.** No se cumplen los supuestos de competencia perfecta que presupone la liberalización, sino justo el efecto contrario al libre mercado, el monopolio. En Noruega, por ejemplo, la liberalización no favoreció el aumento del número de farmacias en



municipios pequeños. **El 50% de los municipios de Noruega no cuenta con una oficina de farmacia.**

- La reducción en el número de oficinas de farmacia en zonas rurales ha sido uno de los principales motivos por los que en Hungría se anuló la liberalización en 2010.
- La experiencia ha sido fallida en países como Reino Unido o Australia cuando se han querido aplicar medidas para paliar el problema de acceso a la prestación farmacéutica en zonas rurales, y además con un coste muy alto. Es decir, produciendo justo los efectos más adversos en municipios de zonas rurales: más gasto y peor calidad del servicio, provocando desigualdad.
- Los pro liberalización aluden a mercados como el de Estados Unidos, pero es un país donde se muestra claramente la desaparición de la farmacia rural. En Dakota del Norte, por ejemplo, que tiene un sistema regulado, lleva varios años bloqueando la liberalización.
- Se habla de la competencia perfecta: más competidores, más competencia, precios más reducidos. Pero se olvida un supuesto: Más consumidores. En zonas rurales no aumentará el número de consumidores nunca. La competencia perfecta, también requiere proveedores homogéneos, pero aquí no se dará tampoco, sino que la integración provoca que haya pocos proveedores.

En cuarto lugar, se ha demostrado que la liberalización pone en alto riesgo la calidad de la prestación farmacéutica.



- La liberalización transfiere las prioridades sanitarias a las prioridades comerciales. Es decir, se busca aumentar la rentabilidad disminuyendo el número de trabajadores y aumentando las horas de trabajo. En Noruega, el 40% de los farmacéuticos considera que la carga de trabajo con la liberalización ha llegado a unos niveles inaceptables.
- Algunos creen que tras la liberalización, habrá más trabajo para los farmacéuticos. Sin embargo, los países con modelo liberalizado tienen en general menos farmacéuticos por oficina de farmacia.
- Como es lógico, afecta a la percepción de la calidad. El ciudadano se siente peor atendido. Más aún, varios estudios manifiestan que en los países liberalizados los errores de dispensación aumentan.
- En el modelo español, la prestación farmacéutica se considera un servicio sanitario, y las oficinas de farmacia, son establecimientos sanitarios. La liberalización convierte las prioridades sanitarias en prioridades comerciales. En Noruega, por ejemplo, el 75% de los farmacéuticos reconocen que tras la liberalización su prioridad ha pasado a ser la comercialización y venta de productos frente a la atención al paciente y la dispensación de medicamentos.
- En el Reino Unido se ha comprobado que la acción comercial es dos veces mayor que la acción sanitaria.



En quinto lugar, la liberalización supone un TERCER COPAGO ENCUBIERTO para los ciudadanos.

- Ya hemos observado que la liberalización no ha reducido en ningún país el gasto sanitario, pero es que además, produce un COPAGO al ciudadano, al que le obliga a desplazarse a oficinas de farmacia que estarán a mayor distancia. De acuerdo al profesor Sandulli, el coste estimado para los ciudadanos ronda entre 157 millones de euros en el mejor de los casos, y 817 millones de euros en el peor.
- Esto significa, que la persona residente en un municipio menor, deberá pagar entre 19 y 100 euros más para acceder a la compra de medicamentos.
- Esto significa una carga económica más para todos los ciudadanos, donde como mínimo aumentará un 10% y puede llegar hasta un 53%. En definitiva, estaríamos ante UN TERCER COPAGO.
- Esto convierte a los municipios menores en FINANCIADORES NETOS de la Sanidad Pública, produciéndose un trasvase de rentas hacia las Administraciones Públicas de grandes municipios y hacia los pacientes de entornos urbanos, a costa de los municipios pequeños.