Informe jurídico-económico y de competencia

Competencia, regulación y oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma de Euskadi

EUSKO JAURLARITZA GOBIERNO VASCO

Vitoria-Gazteiz
2007

Equipo de trabajo:

Servicio Vasco de Defensa de la Competencia

Ikertalde Grupo Consultor, S.A.

Dr. Joan-Ramon Borrell (Universitat de Barcelona (UB))

Dr. Carlos Padrós (Universitat Autònoma de Barcelona (UAB))

Edición: 1ª, octubre 2007

© Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco

Internet: www.euskadi.net/competencia

ÍNDICE

Pág.

1.-INTRODUCCIÓN 4

2.- ANÁLISIS JURÍDICO 6
- 2.1.- INTRODUCCIÓN 6
- 2.2.- NATURALEZA JURÍDICA DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA 8
- 2.3.- ELEMENTOS BÁSICOS DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: LEGISLACIÓN ESTATAL 10
- 2.4.- EL DEBATE SOBRE LAS COMPETENCIAS AUTONÓMICAS: 17
- 2.5.- ESTUDIO COMPARATIVO: CAE Y CFNAVARRA 25
- 2.6.- DERECHO COMUNITARIO EUROPEO 45
- 2.7.- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA 54
- 2.8.- SÍNTESIS 62

3.- ANÁLISIS ECONÓMICO 66
- 3.1.- INTRODUCCIÓN 66
- 3.2.- EL SECTOR DE LAS OFICINAS DE FARMACIA: GRANDES CIFRAS 67
- 3.3.- IDENTIFICACIÓN DE LOS MERCADOS RELEVANTES 80
- 3.4.- ANÁLISIS DE LA CONCENTRACIÓN Y DE LA DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL EN EL SECTOR DE LAS OFICINAS DE FARMACIA 90
- 3.5.- ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE LA REGULACIÓN SOBRE LA COMPETENCIA 100
- 3.6.- EVALUACIÓN DE LAS RENTAS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN LA CAE 116
- 3.7.- EVALUACIÓN DE EFICIENCIAS JUSTIFICATIVAS DE RESTRICCIONES A LA COMPETENCIA 117
- 3.8.- SÍNTESIS 124

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES 126

5.- BIBLIOGRAFÍA 129

6.- ANEXOS 131
- 6.1.- ANEXO 1. DATOS SOBRE POBLACIÓN Y EL NÚMERO DE FARMACIAS POR PROVINCIAS, COMARCAS Y MUNICIPIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI Y LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA 132
- 6.2.- ANEXO 2. FICHA-CUESTIONARIO PARA EL TRABAJO DE CAMPO 150
- 6.3.- ANEXO 3. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN 153
- 6.4.- ANEXO 4. MAPIFICACIÓN DE LA ESTIMACIÓN MUNICIPAL DE APERTURAS DE FARMACIAS DE ACUERDO AL MODELO DE REGRESIÓN 159

1.- INTRODUCCIÓN

El Servicio Vasco de Defensa de la Competencia trabaja en pos del funcionamiento competitivo del mercado y de que sus beneficios lleguen al conjunto de la sociedad. En este marco, este Servicio, entre otras actuaciones, propone la adopción de medidas conducentes a la remoción de obstáculos que den lugar a restricciones en materia de competencia. Para ello, como es obvio, se precisa un análisis previo de la situación y el grado de competencia de los distintos sectores económico así como de la existencia de prácticas restrictivas de la competencia y de barreras de entrada. Estas barreras pueden adoptar formas legales o reglamentarias que limitan el número de operadores en el mercado, por ejemplo, restringiendo el número de licencias, como sucede con las oficinas de farmacia.

En el caso de las oficinas de farmacia, su regulación se apoya en la defensa de los intereses públicos (la defensa de la salud y la lucha contra la enfermedad) y, al mismo tiempo, contiene elementos referidos a los aspectos mercantiles de la actividad que deben ser estudiados desde la perspectiva de la competencia.

Las barreras legales de entrada a las oficinas de farmacia en la CAE pueden estar suficientemente justificadas. Sin embargo, en los últimos años han surgido modelos regulatorios autonómicos diferenciados y se han multiplicado las recomendaciones sobre la introducción de medidas liberalizadoras en el sector de las oficinas de farmacia que se han visto coronadas por el *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* con fecha 28 de junio de 2006, lo que obliga a una reflexión profunda sobre la regulación y su incidencia en el sector, siempre teniendo como referente la necesaria defensa de los intereses generales y de la salud en particular.

En este marco el Servicio Vasco de Defensa de la Competencia ha procedido a elaborar este Informe jurídico-económico y de competencia *Competencia, regulación y oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma de Euskadi* cuyo objetivo es analizar

las restricciones de la competencia que tengan su origen en la regulación de las oficinas de farmacia en la Comunidad Autónoma de Euskadi y evaluar si la ordenación farmacéutica territorial restringe en exceso la competencia en detrimento de los pacientes y de la propia sanidad pública, odicho de otra manera, si está justificada la correlación entre restricción y protección del interés público sanitario.

Con este objetivo se han desarrollado, entre otros, los siguientes trabajos:

1. Un análisis normativo del sector en la Comunidad Autónoma de Euskadi, CAE.
2. Un análisis normativo comparativo con la Ley de Navarra 12/2000, de 16 de noviembre de 2000 en materia farmacéutica
3. Un estudio de la normativa autonómica, estatal y comunitaria relacionada con la prestación farmacéutica y de las distintas técnicas de intervención administrativa.
4. Un repaso de las grandes cifras del sector y su evolución reciente.
5. Una evaluación de la incidencia de la regulación vigente en la competencia en el sector de la distribución de medicamentos y, más en concreto, en las oficinas de farmacia.

A la vista de los resultados de este trabajo se realizan distintas recomendaciones para mejorar la competencia en el sector sin perjuicio de los intereses públicos relativos a la defensa de la salud y la prevención de las enfermedades.

Por último, se desea reconocer la colaboración de las personas y organizaciones contactadas para la realización de este informe. A todos ellos nuestro agradecimiento, entendiéndose, en cualquier caso, que las tesis y conclusiones que se presentan en este informe no vinculan a dichas entidades.

2.- ANÁLISIS JURÍDICO

2.1.- INTRODUCCIÓN

Los pronunciamientos del Tribunal Constitucional sobre la naturaleza jurídica de la ordenación farmacéutica territorial y sobre las atribuciones de las Comunidades Autónomas, así como el Dictamen motivado de la Comisión Europea dirigido al Reino de España por violación del principio de libertad de establecimiento que consagra el Tratado de la Unión Europea ponen en cuestión los fundamentos jurídicos sobre los que se ha asentado la regulación del sector durante la década 1990-2000.

En el sector de oficinas de farmacia se aprecian aspectos comunes a la regulación de otros servicios de interés público o de interés general tales como las telecomunicaciones, la electricidad, distribución de gas, el sector postal, etc. En todos estos sectores existe una tensión entre la libertad de empresa o ejercicio profesional y las restricciones de esa libertad para alcanzar objetivos de interés público como, por ejemplo, el acceso equitativo al servicio de todos los ciudadanos.

En el caso de las oficinas de farmacia, los poderes públicos se encuentran ante la tesitura de diseñar las políticas de manera que se atiendan dos intereses públicos: el interés público de promover y salvaguardar la competencia en el ejercicio de las profesiones libres en beneficio de una mejor prestación en términos de calidad y de precio del servicio farmacéutico a la población; y el interés público de asegurar el acceso equitativo a la atención farmacéutica a la población.

La ordenación farmacéutica territorial en España corresponde al Estado en sus aspectos básicos y a las Comunidades Autónomas en su desarrollo legislativo y ejecución. La diversidad de políticas relativas a la garantía territorial de atención farmacéutica permite estudiar en qué medida los diversos modelos de planificación farmacéutica en vigor cumplen con el objetivo de ofrecer acceso equitativo a la prestación farmacéutica, y qué restricciones impone cada modelo de planificación sobre la competencia en la prestación del servicio farmacéutico al público.

En este análisis se estudia el marco normativo que delimita la regulación en el sector de oficinas de farmacias en la Comunidad Autónoma de Euskadi y la potestad de desarrollo legislativo que tiene el Parlamento de Euskadi. Además, se profundiza en la naturaleza jurídica de las restricciones a derechos constitucionales y comunitarios como el libre establecimiento que puede imponer el legislador para perseguir un interés público también reconocido en la Constitución y el Tratado de la Unión Europea como el derecho a la protección de la salud.

Se realiza, asimismo, un análisis comparativo de la regulación de la CAE y de la Comunidad Foral de Navarra, de decir, de la Ley 11/1994 de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco[1] y de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica**.**

El informe se detiene a analizar el Dictamen motivado de la Comisión Europea contra España sobre la regulación del sector de las oficinas de farmacia que plantea la cuestión de que las normativas de ordenación territorial, el procedimiento de concesión de autorizaciones, y las normas de propiedad de las farmacias pueden ser incompatibles con el art. 43 del Tratado de la Unión Europea que consagra la libertad de establecimiento.

Finalmente, se repasan las distintas técnicas administrativas de intervención y cómo se han aplicado en las oficinas de farmacia en función de la legislación vigente en la CAE y en la CFNavarra.

[1] Desarrollada por el Decreto 29/1995/ de 17 de enero, por el que se establece el procedimiento para la transmisión de oficinas de farmacia (BOPV de fecha 15/02/1995, Decreto 338/1995 de 27 de junio, por el que se regulan los procedimientos de creación, traslado, cierre y funcionamiento de las oficinas de farmacia (BOPV de fecha 03/08/1995), Decreto 129/1997 de 3 de junio, sobre dotación de medios humanos de las oficinas de farmacia (BOPV de fecha 18/06/1997), Decreto 166/1999/ de 16 de marzo, por el que se establece el procedimiento para la transmisión de oficinas de farmaci**a** (BOPV de fecha 20/04/1999), Decreto 270/2004 de 28 de diciembre, por el que se establecen las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia y en los almacenes farmacéuticos (BOPV de fecha 11/01/2005).

2.2.- NATURALEZA JURÍDICA DE LA ACTIVIDAD FARMACÉUTICA

La actividad profesional de los farmacéuticos se define, en la doctrina y la jurisprudencia, como una actividad privada aunque intervenida o reglamentada por la Administración, dado que afecta de forma directa y manifiesta a la salud pública y por ello al interés general. La jurisprudencia ha establecido al respecto que "*estamos ante una empresa reglamentada por razón del público interés, aunque los aspectos privados de la empresa incumben exclusivamente al titular*".

Ante ello, conviene analizar la diferencia entre un servicio público y una actividad privada de interés general. En la tradición, el servicio público se define por la reserva de la titularidad pública de la prestación. Por tanto, no todo servicio al público es en puridad un servicio público; lo son sólo aquellos servicios al público que por su esencialidad el Estado se ha reservado su titularidad (con gestión directa o indirecta).

Frente a esta idea aparece, impulsada por el Derecho europeo, la idea de los servicios de interés general basada en una intervención administrativa instrumental: no existe reserva pública de actividad y, por tanto, el prestador privado cuenta con una autorización administrativa[2] [3]. Así, se pasa de un Estado titular de servicios a un Estado regulador de los mismos, sin intervenir en el régimen de propiedad, que protege los intereses públicos a través de la regulación más que de la intervención directa. El

[2] Existe abundante literatura acerca de la transformación contemporánea del concepto de servicio público: AAVV Servicios Públicos, privatizaciones y liberalizaciones en la Unión Europea. Revista de derecho de la Unión Europea nº 7, 2004; ARIÑO ORTIZ, G. El nuevo servicio público Marcial Pons, Madrid 1997; DIEZ-PICAZO L.M. "La idea de servicios de interés económico general" Revista española de Derecho europeo nº2, 2002; FERNANDEZ RODRIGUEZ, T.R. "Empresa pública y servicios público: el final de una época" Revista española de Derecho administrativo nº 81, 1996; FERNANDEZ RODRIGUEZ, T.R. "Del servicio público a la liberalización desde 1950 hasta hoy" Revista de Administración Pública nº 150, 1999; GARRIDO FALLA, F. "El concepto de servicio público en Derecho español" Revista de administración Pública nº 135, 1994; GONZALEZ-VARAS IBAÑEZ, S. "Del servicio público a la regulación: ¿y de la regulación a la desregulación?" Derecho de los negocios, 2001; MALARET GARCIA, E. (dir.) Régimen jurídico de los servicios públicos. CGPJ, Madrid, 1997; MARTIN REBOLLO, L., "De nuevo sobre el servicio público: planteamientos ideológicos y funcionalidad técnica" Revista de Administración Pública nº 100-102, 1983; MUÑOZ MACHADO, S. Servicio público y Mercado. Fundamentos. Civitas Madrid, 1998; SENDIN GARCÍA, M.A. Hacia un servicio público europeo: el nuevo derecho de los servicios públicos. Comares, Granada, 2000; SOUVIRÓN MORENILLA, J.M. La actividad de la Administración y el servicio público. Comares, Granada, 1998; TRONCOSO REIGADA, A. "Dogmática administrativa y derecho constitucional. El caso del servicio público" Revista española de Derecho Constitucional nº 57, 1999; VILLAR ROJAS, Privatización y servicios públicos. Tecnos, Madrid, 1993.

[3] Modernamente la disciplina administrativista descubre que el grado de intervención en el sector no predetermina necesariamente su naturaleza jurídica. Dicho en otras palabras, mientras que tradicionalmente se protegía el interés público de la actividad mediante la asunción de su titularidad *(publicatio*), con posterioridad las técnicas de intervención se limitan a definir el marco de prestación. Las nuevas técnicas no necesariamente suponen una barrera de entrada al sector sino que disciplinan distintos aspectos de la prestación de la actividad de interés general.

sector farmacéutico es especialmente complejo puesto que se sitúa entre los casos de neo-intervencionismo regulador sin haber experimentado de forma previa e inequívoca la fase de titularidad pública.

Con esa técnica reguladora, puede presentarse la duda sobre la capacidad del sector privado de atender necesidades farmacéuticas deficitarias pero la falta de asunción pública del servicio no impide garantizar servicios deficitarios. Las actividades de interés general pueden sujetar el otorgamiento de una autorización al desarrollo de obligaciones de servicio público, financiadas con fondos públicos o con un sistema de compensación entre operadores para evitar el *decreaming*. En estos casos, el reembolso por actividades de prestación de obligaciones de servicio público no se considera ayuda de Estado (jurisprudencia Altmark[4]).

Por muy intensa que sea la necesidad de ordenación de un determinado sector se deberá respetar el principio de libertad de empresa y la participación de los sujetos privados[5]. Así el legislador ha ubicado siempre la actividad farmacéutica en un ámbito de libre ejercicio profesional, y por tanto, la base de su ordenación no se sitúa sólo en la Administración pública territorial sino en los colegios profesionales (Administración corporativa). Todo lo anterior se traduce en un régimen jurídico caracterizado por las siguientes notas: autonomía e independencia funcional frente a la Administración, autonomía organizativa y principio de libre elección de los clientes y competencia entre profesionales.

Los cambios demográficos, económicos y tecnológicos pueden redefinir el grado de intervención de la Administración, superando la discusión el campo puramente normativo. Hay que recordar, además, que el Derecho europeo impone la justificación sobre cualquier medida restrictiva de la competencia: sólo es restringible la libre competencia en la medida en que la aplicación de las normas de competencia, impida, de hecho o de derecho, el cumplimiento de la misión específica encomendada a las

[4] STJCEE de 24 de julio de 2003. Asunto C-280/00 Altmark Trans.

[5] Este nuevo enfoque se ha inspirado en técnicas de derecho económico europeo que admite sólo la reserva de actividad cuando se demuestre que esa es la única forma jurídica de organizar la prestación de un servicio sin poner en riesgo su utilidad pública. En todos los demás casos, la potestad de ordenación tiene un límite en el derecho a la libre empresa.

empresas encargadas de la gestión de servicios económicos de interés general[6]. Este parámetro obliga a enjuiciar las técnicas de intervención en el sector farmacéutico desde un doble prisma: la idoneidad (¿cumplen las medidas los objetivos que se pretenden?) y la proporcionalidad (¿existiría algún medio menos restrictivo de lograr esos mismos objetivos?).

2.3.- ELEMENTOS BÁSICOS DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: LEGISLACIÓN ESTATAL.

La regulación estatal vigente en este sector se fundamenta en el Decreto 909/1978, de 14 de abril[7]. A esta norma se oponían normalmente dos grandes objeciones, por un lado, su naturaleza reglamentaria y, por otro, la ausencia de regulación de cuestiones esenciales como las competencias estatales y autonómicas, o los derechos fundamentales afectados por la norma. Estos problemas no quedaron resueltos ni con la Ley de Sanidad de 1986, ni con la Ley del Medicamento de 1990.

La Ley estatal 16/1997 de regulación de servicios de las oficinas de farmacia puso fin a una etapa de interinidad[8] consagrando como básicos unos preceptos de ordenación farmacéutica y abriendo un espacio de remisión normativa a la regulación de las Comunidades Autónomas, tal y como se observa en los Cuadros 1 y 2. Esta Ley pretende flexibilizar la apertura de farmacias y garantizar la asistencia farmacéutica en todos los núcleos de población así como establecer los principios en los que se fundamenta la tramitación de la apertura de nuevas oficinas de farmacia: concurrencia competitiva; y transparencia, mérito y capacidad del procedimiento autorizatorio.

---

[6] Art. 90.2. Tratado constitutivo de la Comunidad Europea.

[7] Una de las críticas más notables a la Ley 16/1997 fue su aprobación tardía, lo que provocó contradicciones entre las diferentes regulaciones autonómicas, como fue el caso de la Ley 3/1996 de Extremadura o la Ley 4/1996 de Castilla la Mancha. Estas dos normas se fundamentan en una serie de principios que abren paso a un régimen intervencionista por parte de la administración de la Comunidad correspondiente, declarando por ejemplo la actividad farmacéutica como un servicio de interés público, o estableciendo un sistema de otorgamiento de las autorizaciones que conduce a una verdadera funcionarización de los titulares de las oficinas de farmacia. Estas contradicciones se dilucieron en la STC 109/2003 de 5 de junio.

[8] Las Comunidades Autónomas legislaron durante este tiempo inspiradas por principios jurídicos divergentes.

En todo caso, los criterios de ordenación territorial que contiene la Ley 16/1997 no tienen carácter de legislación básica, se trata de una legislación subsidiaria[9]. En particular, corresponde a las Comunidades Autónomas la planificación de la autorización de oficinas de farmacia.

El artículo 1 de la Ley 16/1997 define las oficinas de farmacia como "*establecimientos sanitarios privados de interés público*", y en ese interés público se justifica la intervención de la Administración a la hora de ordenar tanto las oficinas como la propia actividad. Esta "*actividad reglada por razón del interés público*" es una situación intermedia entre la pura y simple actividad industrial o comercial, sometida únicamente a las normas de policía administrativa y las actividades calificadas como servicio público en sentido jurídico estricto, que son aquellas declaradas como tales por la ley, al amparo de lo dispuesto en el art. 128 de la de la Constitución Española. En opinión de GONZALEZ PÉREZ, "*el servicio sanitario que la oficina de farmacia presta no se concibe ni es realizable sin un simultáneo ejercicio comercial, de carácter instrumental, sin que aquél desvirtúe la naturaleza mercantil de la actividad que se lleva a cabo en la oficina de farmacia, que, en cambio, simplemente predetermina su funcionamiento, debilitándose o incluso eliminándose, el aspecto comercial de la actividad en la medida que constituya un obstáculo o desviación en relación al aspecto sanitario*."[10]

A través del 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 se adoptaron medidas liberalizadoras que incidían en la ordenación de las oficinas de farmacia como en la actividad de sus titulares. La medida se limitaba, básicamente, a fijar el margen de los almacenes farmacéuticos (9,6%) y de las oficinas de farmacia, estableciendo un baremo según facturación mensual (entre un 7% y un 33%). Se consagraba, asimismo, la posibilidad de aplicar descuentos a las especialidades farmacéuticas con posibilidad de publicitación. Ninguna de estas

[9] De entre estos preceptos subsidiarios destaca el establecimiento de una distancia mínima de 250 metros entre oficinas de farmacia, y unos módulos mínimos de población para la autorización del establecimiento de oficinas de farmacia: se autorizará como máximo una oficina de farmacia en las zonas básicas de salud que alcancen entre los 2800 habitantes (el módulo de población puede ampliarse hasta 4000), y una farmacia más por cada 2000 habitantes adicionales que vivan en cada zona básica de salud.

[10] GONZALEZ PEREZ, J. y GONZALEZ SALINAS, E. La reforma de la ordenación farmacéutica. Civitas, Madrid, 1996

medidas desvirtuaba la naturaleza de establecimiento sanitario de la oficina de farmacia. El RDL 5/2000 introducía cierta competencia en precios para los medicamentos "publicitarios", separando el ámbito objetivo del servicio a los solos efectos de la aplicación de descuentos.

Por su parte, la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentes y productos sanitarios, entre otros, excluía[11] la posible opción de venta libre de los medicamentos no sujetos a prescripción médica. La exclusión se debe a que todo medicamento, sea o no objeto de prescripción, debe dispensarse en oficina de farmacia autorizada[12]. Más claro es, si cabe, el artículo 84 de la Ley 29/2006 cuando establece que *"en las oficinas de farmacia, los farmacéuticos, como responsables de la dispensación de medicamentos a los ciudadanos, velarán por el cumplimiento de las pautas establecidas por el médico responsable del paciente en la prescripción, y cooperarán con él en el seguimiento del tratamiento a través de los procedimientos de atención farmacéutica, contribuyendo a asegurar su eficacia y seguridad. Asimismo participarán en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos, en particular a través de la dispensación informada al paciente"*.

Los apartados 2 y 6 del citado artículo establecen respectivamente tres principios generales:

- Las Administraciones sanitarias realizarán la ordenación de las oficinas de farmacia en orden a garantizar la adecuada asistencia farmacéutica. (art. 84.2.);

[11] Art. 2.5. "*prohíbe la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos, de medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica. La normativa de desarrollo regulará dichas modalidades de venta con respecto a los medicamentos no sujetos a prescripción médica garantizando, en todo caso, que se dispensen por oficina de farmacia autorizada, con la intervención de un farmacéutico, previo asesoramiento personalizado conforme previenen los artículos 19.4 y 84.1 de esta Ley, y con cumplimiento de la normativa aplicable a los medicamentos objeto de venta (...) Se prohíbe, asimismo, la venta a domicilio y cualquier tipo de venta indirecta al público de medicamentos*" .

[12] Por ello, el artículo 2.6. establece que la custodia, conservación y dispensación de medicamentos de uso humano corresponderá en exclusiva a oficinas de farmacia o servicios de farmacia de los hospitales o a los centros de salud.

- La presencia y actuación profesional del farmacéutico como condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos, teniendo en cuenta el número de farmacéuticos necesarios en función de la actividad de la oficina. (art. 84.2.);
- Las oficinas de farmacia tienen la consideración de establecimientos sanitarios privados de interés público. (art. 84.6.).

En definitiva, cabe concluir que la intervención administrativa sobre las farmacias no sufre modificación con la Ley 29/2006.

Cuadro 1: Preceptos básicos de la legislación estatal

Art. 2.1.	Las CCAA establecerán criterios de planificación para la autorización farmacéutica. Las demarcaciones de referencia para la planificación farmacéutica serán las unidades básicas de atención primaria fijadas por las CCAA.
Art. 2.2.	La planificación de oficinas de farmacia se establecerá teniendo en cuenta la densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, con vistas a garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, y la suficiencia en el suministro de medicamentos, según las necesidades sanitarias en cada territorio. La ordenación territorial de estos establecimientos se efectuará por módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia, que determinarán las CCAA, conforme a los criterios generales antes señalados
Art. 2.5.	El cómputo de habitantes en las zonas farmacéuticas, así como los criterios de medición de distancias entre estos establecimientos, se regularán por las CCAA. El cómputo de habitantes se efectuará en base al Padrón Municipal vigente, sin perjuicio de los elementos correctores que, en razón de las diferentes circunstancias demográficas, se introduzcan por las CCAA.
Art. 4	La transmisión de las oficinas de farmacia únicamente podrá realizarse en favor de otro u otros farmacéuticos. Las CCAA regularán las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones de estos establecimientos.
Art. 5	La presencia y actuación profesional de un farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos. La colaboración de ayudantes o auxiliares no excusa la actuación de farmacéutico en la oficina de farmacia, mientras permanezca abierta al público, ni excluye su responsabilidad profesional. Las CCAA podrán regular el número mínimo de farmacéuticos adjuntos, que, además del titular, deban prestar servicios en las oficinas de farmacia al objeto de garantizar la adecuada asistencia profesional a los usuarios. Esta regulación deberá tener en cuenta, entre otros factores, el volumen y tipo de actividad de las oficinas de farmacia y el régimen de horario de los servicios.

Art. 6	Las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, fijadas por las CCAA, al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia. Las disposiciones que adopten las CCAA en esta materia tendrán el carácter de mínimos, permitiéndose, en consecuencia, el funcionamiento de estos establecimientos en horarios por encima de los mínimos oficiales.

Cuadro 2: Ámbitos de remisión normativa de la legislación estatal a la regulación de las Comunidades Autónomas:

Art.1., 2.1.	Las CCAA establecerán criterios de planificación para la autorización farmacéutica.
Art. 2.2.	La ordenación territorial se efectuará por módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia, que determinarán las CCAA, conforme a los criterios generales antes señalados.
Art. 2.3.	Las CCAA, en función de la concentración de la población, podrán establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia.
Art. 2.4.	Las CCAA, en función de la concentración de la población, podrán autorizar distancias menores de 250 metros entre farmacias; asimismo, las CCAA podrán establecer limitaciones a la instalación de oficinas de farmacia en la proximidad de los centros sanitarios.
Art. 2.5.	El cómputo de habitantes en las zonas farmacéuticas, así como los criterios de medición de distancias entre estos establecimientos, se regularán por las CCAA. Las comunidades pueden introducir elementos correctores al cómputo de habitantes según las circunstancias demográficas.
Art. 3.1.	Corresponde a las CCAA la tramitación y resolución de los expedientes de autorización de apertura de las oficinas de farmacia.
Art. 3.2.	Las Comunidades establecerán un procedimiento específico de autorización.
Art. 3.3.	Las Comunidades regularán los requisitos de las autorizaciones por traslados de oficinas de farmacia, así como el procedimiento para ello.
Art. 4.2.	Las CCAA regularán las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones de estos establecimientos.
Art. 4.3.	Las CCAA podrán prever la prohibición de la transmisión de las oficinas de farmacia objeto de sanción de inhabilitación profesional o penal, temporal o definitiva.
Art. 5	Las CCAA podrán regular el número mínimo de farmacéuticos adjuntos, que, además del titular, deban prestar servicios en las oficinas de farmacia al objeto de garantizar la adecuada asistencia profesional a los usuarios.
Art. 6	Las CCAA fijarán los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia.

2.4.- EL DEBATE SOBRE LAS COMPETENCIAS AUTONÓMICAS.

En materia de "sanidad" al Estado le corresponde el establecimiento de la normativa básica (art.149.1.16 de la Constitución Española), mientras que las Comunidades Autónomas tienen atribuido el desarrollo legislativo y la ejecución de dichas bases[13].

Las Comunidades Autónomas, a partir de esta legislación básica que se establece como un marco normativo unitario de aplicación a todo el territorio, "*podrán, en defensa de su propio interés, introducir las peculiaridades que estimen convenientes dentro del marco competencial que en la materia correspondiente le asigne su Estatuto*" (STC 49/1988, FJ 16). Estas especialidades, sin embargo, "*no pueden prevalecer sobre la necesidad de que existan tratamientos uniformes para todo el territorio nacional dirigidos a asegurar los intereses generales. Y así debe considerarse tanto la configuración de las farmacias abiertas al público como establecimientos sanitarios cuanto al principio de que sólo los farmacéuticos puedan ser titulares y propietarios de las oficinas de farmacia, pues con ello el legislador ha establecido orientaciones que garantizan el mínimo común normativo en esta materia, ejerciendo con ello una opción legítima que le viene atribuida por el art. 149.1.16 de la Constitución Española*" (FJ8).

2.4.1.- STC 109/2003 de 5 de junio

Se han planteado dudas sobre los límites de actuación de las Comunidades Autónomas que han sido resueltos por la STC 109/2003, de 5 de junio. Las dudas, entre otras, se presentan en cuanto al régimen jurídico de las autorizaciones administrativas exigidas para la apertura de oficinas de farmacia, en concreto sobre la transmisibilidad o intransmisibilidad de las mismas, o la transmisibilidad por una sola vez de las autorizaciones existentes en el momento de entrada en vigor de las leyes de

[13] Siempre que hayan asumido las competencias de desarrollo legislativo y ejecución de la legislación básica del Estado en materia de "ordenación farmacéutica" en sus Estatutos de Autonomía.

las CC.AA; la caducidad en determinados supuestos y la titularidad del farmacéutico sobre una sola oficina de farmacia, con exclusión de la cotitularidad.

2.4.1.1- Transmisibilidad de la autorización

El Tribunal Constitucional considera que el art. 4 Ley 16/1997 como norma básica, y que, por tanto, habrá de integrarse en el canon de valoración de la constitucionalidad de las leyes autonómicas. El mencionado precepto establece que:

> *1. La transmisión de las oficinas de farmacia únicamente podrá realizarse a favor de otro u otros farmacéuticos.*
>
> *2. Las Comunidades Autónomas regularán las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones de estos establecimientos.*
>
> *3. En los casos de clausura o cierre obligatorio de las oficinas de farmacia, por sanción de inhabilitación profesional o penal, temporal o definitiva, de cualquier índole, las Comunidades Autónomas podrán prever la prohibición de la transmisión de las citadas oficinas de farmacia, así como la intervención de los medicamentos.*

El TC señala que cuando se trata de elementos estructurales de un determinado diseño de la empresa farmacéutica, se está, indudablemente, ante materia propia de las bases y, por lo tanto, competencia del Estado. Y entiende que la transmisibilidad o no de las oficinas de farmacia constituye uno de esos elementos estructurales, con lo cual la ley autonómica deberá limitarse a desarrollar el régimen básico establecido en la Ley 16/1997.

De acuerdo con el TC, cualquier precepto que proclame la intransmisibilidad de las autorizaciones, ya sea por actos inter vivos o mortis causa, vulnera el art. 4 Ley 16/1997, que dispone la posibilidad de transmisión de las autorizaciones administrativas de apertura de oficinas de farmacia a favor de otro u otros farmacéuticos.

El TC entiende que también sería contrario a la normativa básica estatal (al amparo del art. 149.1.16 de la Constitución Española) el establecer la posibilidad de transmisión de la autorización por una sola vez, ya que el art. 4.1 de la Ley 16/1997 establece la transmisibilidad de las farmacias y no limita la posibilidad de transmisión de las que se hallaren ya abiertas a una sola vez.

2.4.1.2.- Caducidad de la autorización

El art. 4.2 de la Ley 16/1997 dispone que "*las Comunidades Autónomas regularán las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones de estos establecimientos*" y el TC entiende, en consecuencia, que "*la propia norma básica deja a las Comunidades Autónomas, no la potestad de enervar la transmisibilidad de las farmacias, pero si la de someter la transmisión a requisitos o condiciones que, naturalmente, ni podrán ser arbitrarios, ni podrán entrar en pugna con la Constitución*".

Conforme a lo anterior las causas de caducidad que se establezcan que afecten a los casos de muerte, incapacitación, renuncia del titular, jubilación, inhabilitación profesional, suspensión definitiva de funciones, incapacitación laboral permanente, total o absoluta, y declaración judicial de ausencia o incompatibilidad legal que pudieran establecer las Comunidades Autónomas, en modo alguno conducen a entender vulnerada la Ley ni la Constitución, "*dada la naturaleza personal de la autorización, a la que acabamos de referirnos, y el hecho de que no representan (las causas de caducidad mencionadas) un impedimento general a la libre transmisión*", siempre que no representen un impedimento general a la libre transmisión y no resulten arbitrarias.

En cuanto a la caducidad que se pudiera establecer por alcanzar una determinada edad el TC entiende que no cabe nada que objetar desde la perspectiva del art. 149.1.16 de la Constitución Española, pues el establecimiento de una edad tope para el ejercicio de una actividad privada declarada de "interés público" por el art. 1 de la Ley 16/1997 se conecta con dicho interés y ni impide la posibilidad de transmisión ni puede estimarse arbitraria.

Respecto al caso de que una norma autonómica estableciera que cuando se produzca una nueva autorización administrativa para una oficina de farmacia ya

autorizada, hayan de mantenerse en sus puestos de trabajo, como mínimo, a los ayudantes técnicos de farmacia que vinieran prestando servicios de carácter laboral con anterioridad, el TC señala que esta regulación se inscribe en el ámbito de la competencia autonómica para establecer las condiciones de la autorización de las oficinas de farmacia (de acuerdo con el art. 3 Ley 16/1997) y por tanto, la regulación que puedan establecer al respecto las Comunidades Autónomas no vulnera los arts. 149.6 y 7 de la Constitución Española. Lo anterior se justifica al no existir una alteración del régimen laboral que corresponde regular al Estado. De hecho, el que una norma previera la posibilidad de que cuando se produzca una nueva autorización administrativa para una oficina de farmacia ya autorizada, hayan de mantenerse en sus puestos de trabajo como mínimo a los ayudantes técnicos de farmacia que vinieren prestando servicios de carácter laboral con anterioridad, sería plenamente coherente, en el ámbito de la transmisión de las farmacias, con la norma establecida, con carácter general, por el art. 44 del Estatuto de los Trabajadores relativa a la sucesión de empresas.

2.4.1.3.- Unión entre titularidad del negocio y autorización administrativa

En cuanto a la posibilidad de exclusión de la cotitularidad, el art. 4.1 de la Ley 16/1997, dispone que "*la transmisión de las oficinas de farmacia únicamente podrán realizarse a favor de otro u otros farmacéuticos*", de lo que el TC deduce que "*la transmisión de las oficinas de farmacia ha de poder realizarse en régimen de cotitularidad, puesto que aquélla puede operar a favor de otros farmacéuticos*". Por tanto, una norma de una Comunidad Autónoma que prevea que no pueda recaer cotitularidad sobre las oficinas de farmacia vulneraría, según el TC, el criterio básico contenido en la citada Ley y por tanto sería contrario al art. 149.1.16 de la Constitución Española, siendo inconstitucional.

En cambio, el TC considera que sería constitucional una norma en que se prevea que "*cada farmacéutico sólo podrá ser titular de una única oficina de farmacia*" al entender que la normativa básica contenida tanto en la Ley General de Sanidad como en la Ley 16/1997 sólo indica que las oficinas de farmacia podrán ser transmitidas, admitiéndose la cotitularidad, si bien nada señala acerca del número de oficinas de las que es posible ser titular. Teniendo en cuenta que corresponde a las Comunidades

Autónomas la "planificación farmacéutica" (art.1 Ley 16/1997) en su territorio y también "*las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones*" (art. 4.2 Ley 16/1997) de las oficinas de farmacia, nada impide que, en ejercicio de sus competencias de desarrollo legislativo de las bases del Estado, regulen tal exigencia complementaria.

2.4.1.4.- Otros aspectos

El Tribunal Constitucional ha analizado si las normas que pudieran aprobar las Comunidades Autónomas relativas a la prohibición de transmisibilidad de las autorizaciones administrativas, caducidad de la autorización administrativa en determinados supuestos o la titularidad por el farmacéutico de una única oficina de farmacia con exclusión de la cotitularidad, vulnerarían el art. 149.1.16 de la Constitución Española.

Sin embargo, debe analizarse también si, además de la competencia sobre las bases de la sanidad, se podrían vulnerar otros preceptos constitucionales como los contenidos en los arts. 33, 35, 36 y 38 de la Constitución Española. Evidentemente, sólo corresponde comentar los preceptos que no fueran inconstitucionales por vulnerar el art. 149.1.16 de la Constitución Española.

En cuanto a si las causas de caducidad de la autorización administrativa pudieran vulnerar el art. 35.1 de la Constitución Española (derecho al trabajo) hay que considerar que el TC tiene establecido que "*el derecho al trabajo no se agota en la libertad de trabajar sino que se concreta en el derecho a un puesto de trabajo si se cumplen los requisitos necesarios de capacitación*" (STC 22/1981, FJ 8). Asimismo afirma que no existe "*un contenido esencial constitucionalmente garantizado de cada profesión, oficio o actividad empresarial concreta*", y que "*el derecho constitucionalmente garantizado en el art. 35.1 de la Constitución Española no es el derecho a desarrollar cualquier actividad, sino el de elegir libremente profesión y oficio*", precisando que "*la regulación de las distintas profesiones, oficios, actividades empresariales, en concreto, no es, por tanto, una regulación de los derechos constitucionales garantizados en los arts. 35.1 o 38 de la Constitución Española*" (STC 83/1984, FJ 3).

Basándose en dicha doctrina, el TC entiende que los supuestos de caducidad[14] no vulnerarían el art. 35.1 de la Constitución Española, ya que establecen la consecuencia, que en determinados supuestos en los que "*el farmacéutico titular se encuentra objetivamente impedido para ejercer su actividad profesional, la autorización administrativa de la que depende el ejercicio de dicha actividad caduque*". Por tanto, en los citados supuestos, no existe impedimento alguno para el derecho del farmacéutico a ejercer libremente su profesión, ya que se trata de supuestos en que la misma no puede, objetivamente, ser ejercida.

Respecto a las causas de caducidad por cumplimiento de una determinada edad o por conseguir otra autorización para la apertura de farmacia, el TC interpreta que al no ser el derecho al trabajo un derecho exento de límites, la caducidad conectada a la edad no resulta ni desproporcionada ni irrazonable. Asimismo, si la Comunidad Autónoma tiene por conveniente limitar la titularidad del farmacéutico sobre una única oficina de farmacia la caducidad por obtener otra autorización para el ejercicio profesional será plenamente constitucional.

El TC interpreta que tampoco se vulneraría el art. 33 de la Constitución Española (derecho a la propiedad privada) porque "*la fijación del contenido esencial de la propiedad privada no puede hacerse desde la exclusiva consideración subjetiva del derecho o de los intereses individuales que a este subyacen, sino que debe incluir igualmente la necesaria referencia a la función social, entendida no como mero límite externo a su definición o a su ejercicio sino como parte integrante del derecho mismo, puesto que "utilidad individual y función social definen, por tanto, inescindiblemente el contenido del derecho de propiedad sobre cada categoría o tipo de bienes*" (STC 37/1987, FJ 2). Considerando que las farmacias son establecimientos sanitarios privados de interés público (art. 1 Ley 16/1997), sometidos por ello a autorización administrativa, concluye que la caducidad de dicha autorización en casos tasados y proporcionados no menoscaba el art. 33 de la Constitución Española.

[14] Muerte, incapacitación, renuncia del titular, jubilación, inhabilitación profesional, suspensión definitiva de funciones, incapacitación laboral permanente, total o absoluta, y declaración judicial de ausencia o incompatibilidad legal

Finalmente, el TC entiende que las normas enjuiciadas no vulneran tampoco los arts. 36 (ejercicio de las profesiones tituladas) ni 38 de la Constitución Española (libertad de empresa)[15].

2.4.1.5.- Síntesis

De la jurisprudencia constitucional analizada pueden extraerse algunas lecciones generales básicas:

- las Comunidades Autónomas no están habilitadas constitucionalmente para aprobar una norma que impida toda clase de transmisibilidad de las oficinas de farmacia;
- en cuanto a la posibilidad de establecer la caducidad de la autorización administrativa para la apertura de las oficinas de farmacia en determinados supuestos anteriormente examinados, el TC establece que sería conforme a la Constitución;
- el legislador autonómico no podrá aprobar una norma que excluya la cotitularidad sobre las oficinas de farmacia;
- no habría inconveniente en que una norma autonómica estableciera la posibilidad de que un farmacéutico fuera titular de una única oficina de farmacia.

2.4.2.- AUTO DE TRIBUNAL CONSTITUCIONAL DE 24 DE FEBRERO DE 2004

Si la STC 109/2003 había planteado la constitucionalidad de los modelos legislativos autonómicos que presentaban una regulación farmacéutica más restrictiva que la Ley 16/1997, el ATC de 24 de febrero de 2004 resuelve las dudas sobre la opción contraria, es decir, la constitucionalidad de una regulación autonómica más "abierta" que la Ley estatal. En concreto, el Auto resuelve la cuestión de

[15] Ver FJ 15 de la STC.

inconstitucionalidad presentada por la Sala de lo contencioso-administrativo del Tribunal Superior de Justicia de Navarra que se genera en el pleito principal sobre la concesión de la autorización de apertura de una farmacia.

El Tribunal Superior de Justicia interpreta la normativa farmacéutica navarra como portadora de dos tipos de regulación distinta. De un lado, sobre la previsión de la necesaria existencia de un número mínimo de oficinas de farmacia para cada demarcación territorial, número mínimo que se determina en virtud del módulo poblacional [arts. 26.1 y 27.1 a)]. Y, de otro, cubierto tal mínimo, se permite la libertad de apertura de oficinas de farmacia (art. 26.2), siempre que no se superen dos límites: la no superación de un número máximo de oficinas para toda Navarra y el respeto de unas distancias mínimas entre aquéllas (art. 27.2 y 3). El Auto matiza que el primero de los ejes normativos aludidos, esto es, la necesaria existencia de un número mínimo de farmacias por demarcación, delimitado según módulos poblacionales, es considerado respetuoso con la normativa básica estatal pero que el segundo eje, que permite el establecimiento complementario de otras oficinas de farmacia con los dos límites aludidos y sin conexión con los módulos de población de la zona afectada, desconoce y vulnera la normativa básica estatal.

A todo ello responde la fundamentación del Tribunal Constitucional que entiende que la Ley 16/1997 expresamente no califica como básicos los módulos de población. El apartado 1 del artículo 2 establece que corresponde a las Comunidades Autónomas garantizar la asistencia sanitaria estableciendo para ello los oportunos criterios de planificación de las oficinas de farmacia, señalando que la "*planificación farmacéutica se realizará de acuerdo con la planificación sanitaria*", de manera que a estos efectos "*las demarcaciones de referencia para la planificación farmacéutica serán las unidades básicas de atención primera fijadas por las Comunidades Autónomas*." Esta estructura normativa de bases-remisión no supone imponer un mínimo común normativo respecto a los módulos de población. De hecho, lo que impone con carácter básico la Ley estatal son tres aspectos:

- que la planificación farmacéutica se realice por las Comunidades Autónomas en base a la ordenación sanitaria;
- que la planificación farmacéutica tenga en cuenta la densidad demográfica, las característica geográficas del territorio y la distribución de la población;

- que la adecuación territorial se efectúe utilizando los módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia.

El Auto analiza en sus FFJJ 4º y 5º si se respetan estos tres criterios y el ATC concluye declarando la inadmisibilidad de la cuestión de inconstitucionalidad.

2.5.- ESTUDIO COMPARATIVO NORMATIVO: C. A. DE EUSKADI Y C. F. DE NAVARRA.

2.5.1.- Definición de las oficinas de farmacia

La Ley estatal 16/1997 establece que las farmacias son establecimientos sanitarios privados de interés público en los que el farmacéutico titular-propietario de las mismas, asistido, en su caso, de ayudantes o auxiliares, deberá prestar una serie de servicios básicos a la población.

La Ley 11/1994 de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco (en adelante LCAE), establece (art. 5.1) que son establecimientos sanitarios, en los que, en su condición de servicio de interés público, se desarrollan una serie de funciones, esencialmente iguales a las establecidas por el art. 1 de la Ley estatal. Además, se considera a las oficinas de farmacia como establecimientos de atención farmacéutica de dispensación (art. 3.1 a) LCAE).

Por su parte, la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica (en adelante LFN), entiende (art. 14.1), al igual que la Ley estatal, que la oficina de farmacia es un establecimiento sanitario privado de interés público, en el que el o los farmacéuticos propietarios-titulares de la misma, asistidos en su caso de otros farmacéuticos y auxiliares técnicos de farmacia, prestan una serie de servicios a la población, esencialmente los mismos que se prevén en el art. 1 de la Ley estatal. Igualmente y del mismo modo que la LCAE considera a las oficinas de farmacia como establecimientos de atención farmacéutica de dispensación (art. 3.2 a) LFN).

2.5.2.- Presencia del farmacéutico titular

El art. 5.1 de la Ley estatal determina que la presencia y actuación profesional de un farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos. La colaboración de ayudantes o auxiliares no excusa la actuación del farmacéutico en la oficina de farmacia, mientras permanezca abierta al público, ni excluye su responsabilidad profesional. El art. 5.3 de la misma Ley añade que el farmacéutico titular será responsable de garantizar el servicio a los usuarios.

En línea con la Ley estatal, el art. 6.2 LCAE establece que "*la presencia y actuación profesional del titular, o de los cotitulares, es requisito inexcusable para desarrollar las funciones previstas*" para las oficinas de farmacia. Se podría interpretar[16], que en este caso, el requisito es más restrictivo que el exigido en la ley estatal, ya que ésta se limita a exigir la presencia del farmacéutico para la dispensación al público de medicamentos, mientras que la LCAE establece la presencia para las funciones previstas para las oficinas de farmacia, sin limitarla a la dispensación al público de medicamentos.

Los apartados 6 y 7 del artículo 6 LCAE regulan la figura del farmacéutico adjunto (bien por razones de edad del titular, bien por volumen de actividad), y la autorización administrativa de la figura del regente, sustituto o adjunto que designe el titular de la autorización o sus herederos o representantes legales.

El art. 20 LFN establece que la presencia y actuación profesional en la oficina de farmacia de al menos un farmacéutico es requisito indispensable para llevar a cabo las funciones establecidas para las oficinas de farmacia, añadiendo, con el mismo tenor que la Ley estatal, que la colaboración de otros farmacéuticos no excusa la responsabilidad del farmacéutico titular o titulares en la oficina de farmacia. Valga lo

[16] Esta interpretación se confirma si se interpreta *a sensu contrario* con la disposición del art. 6.6.: "*en el supuesto de que el volumen de actividad derive exclusivamente del desarrollo de las funciones y actividades a que se refiere el último apartado del artículo anterior (otras funciones que puede desarrollar el farmacéutico), podrá preverse, como alternativa a la designación de farmacéutico adjunto, la de otro profesional sanitario titulado competente para el ejercicio de esas funciones (por ejemplo, un nutricionista o un ortopeda).*"

dicho anteriormente en relación a la LCAE, en cuanto en este caso también se exige la presencia del farmacéutico para las funciones establecidas para las oficinas de farmacia, sin limitarse a la función de dispensación al público de medicamentos.

Por su parte, el art. 15.3 LFN también establece que "*los titulares podrán contar con la colaboración de farmacéuticos adjuntos y de personal auxiliar técnico farmacéutico*". En su art. 15.4 LFN nos dice, igual que la LCAE, que "*los farmacéuticos que presten servicios en una oficina de farmacia deberán llevar un distintivo que les identifique como técnicos responsables de atención farmacéutica del establecimiento*". Los arts. 16 y 17 regulan de forma similar las figuras del farmacéutico regente y del farmacéutico sustituto.

2.5.3.- Titularidad y propiedad de los farmacéuticos a una única oficina de farmacia

No se encuentra referencia alguna en la Ley estatal, por lo que se debe estar a la interpretación realizada por el Tribunal Constitucional (STC 109/2003)[17]. Si en algo es relevante el texto normativo estatal es en la utilización del término "farmacéutico titular-propietario" en las definiciones del artículo 1.

De manera más explícita, el art. 6.1 LCAE establece que "*cada farmacéutico solamente podrá ser propietario y titular o copropietario y cotitular de una única oficina de farmacia*". Además la adquisición de la condición de cotitular conlleva necesariamente la adquisición de la condición de copropietario y viceversa.

[17] El Tribunal Constitucional en la STC 109/2003, fundamento jurídico 11, considera que "*sería constitucional una norma en que se prevea que "cada farmacéutico sólo podrá ser titular de una única oficina de farmacia" al entender que la normativa básica contenida tanto en la Ley General de Sanidad como en la Ley 16/1997 sólo indica que las oficinas de farmacia podrán ser transmitidas, admitiéndose la cotitularidad, si bien nada señala acerca del número de oficinas de las que es posible ser titular*". Teniendo en cuenta que corresponde a las Comunidades Autónomas la "*planificación farmacéutica" (art.1 Ley 16/1997) en su territorio y también "las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones*" (art. 4.2 Ley 16/1997) de las oficinas de farmacia, nada impide que, en ejercicio de sus competencias de desarrollo legislativo de las bases del Estado, regulen tal exigencia complementaria.

El art. 15.1 LFN establece, al igual que LCAE, que "*cada farmacéutico únicamente podrá ser propietario y titular o copropietario y cotitular de una única oficina de farmacia abierta al público, responsabilizándose de las funciones*" de las oficinas de farmacia.

2.5.4.- Solo los farmacéuticos pueden ser propietarios de las oficinas de farmacia

La normativa estatal limita la posibilidad de ser propietario de una oficina de farmacia exclusivamente a los farmacéuticos[18].

Por su parte, el art. 6.1 LCAE establece de manera más tajante que "*sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia abiertas al público*". Igual previsión se recoge en el art. 15.1 LFN.

En su art. 15.2 LFN establece que "*todos los copropietarios-cotitulares de una oficina de farmacia responden solidariamente del cumplimiento de las condiciones exigidas en la presente Ley Foral respecto a la oficina de farmacia y de las responsabilidades a que por razón de la titularidad estén sujetos*".

Como se verá más adelante, estas restricciones son objeto de fuertes críticas en el Dictamen de la Comisión Europea de fecha 28 de junio de 2006 dirigido al Reino de España en un procedimiento por incumplimiento del derecho comunitario.

[18] En esta materia la única referencia de la ley estatal se contiene en el art. 1 cuando señala que las oficinas de farmacia son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, en la que el "*farmacéutico titular-propietario de las mismas… deberá prestar*" una serie de servicios a la población.

2.5.5.- Horario

El art. 1.1 de la ley estatal prevé que "*las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, fijadas por las Comunidades Autónomas, al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia".* A ello añade el art. 6.2 que *"las disposiciones que adopten las Comunidades Autónomas en esta materia tendrán el carácter de mínimos, permitiéndose, en consecuencia, el funcionamiento de estos establecimientos en horarios por encima de los mínimos oficiales*", exigiéndose en este caso, por el art. 6.3, que lo comuniquen, con carácter previo, a la Comunidad Autónoma y que se deberá mantener con continuidad dicho régimen, en los términos en que la autoridad sanitaria les indique.

El art. 8 LCAE establece en su apartado 1 que "*las oficinas de farmacia deben prestar atención farmacéutica a los ciudadanos de forma continuada*". *A tal efecto, permanecerán abiertas al público durante el horario ordinario que se determine por la Autoridad sanitaria, oídos los Colegios Oficiales de Farmacéuticos. Para la determinación de este horario se deberán tener en cuenta las peculiaridades de cada territorio, por lo que podrá no ser unitario para toda la Comunidad Autónoma*".

Por su parte, el art. 8.3 recoge que "*dicho horario ordinario podrá permitir que, en determinadas situaciones, la adecuada prestación de la atención farmacéutica pueda realizarse sin que sea necesaria la atención al público en todas las oficinas de farmacia.*

El art. 8.4 establece que "*fuera de dicho horario, la atención farmacéutica sólo se prestará en régimen de urgencia, durante el cual se dispensarán obligatoriamente medicamentos y productos sanitarios prescritos en receta médica y aquellos otros que, a valoración del farmacéutico responsable, merezcan, en ese momento, ser calificados como urgentes o necesarios*".

El art. 8.5 prevé que "*el régimen de urgencias se atenderá por un sistema de turnos que, de acuerdo con los criterios que determine el Departamento de Sanidad, se fijará por los Colegios Oficiales de Farmacéuticos*".

Finalmente, el art. 8.6 establece que "*las oficinas de farmacia podrán cesar temporalmente sus actividades durante el periodo vacacional siempre y cuando se respeten las necesidades de atención farmacéutica que determine el Departamento de Sanidad. Corresponde a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos la organización de los turnos vacacionales, entre los farmacéuticos interesados en disfrutarlo*".

Todas estas previsiones se recogen en el Decreto 188/1997, de 29 de julio, por el que se determina el horario de atención al público de las oficinas de farmacia[19].

El art. 22.1 LFN, transcribe casi literalmente la normativa estatal cuando establece que "*las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad horaria, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, en las condiciones fijadas reglamentariamente por el Departamento de Salud del Gobierno de Navarra al objeto de garantizar la atención farmacéutica continuada a la población*".

El art. 22.2 LFN establece que "*las oficinas de farmacia podrán cesar temporalmente sus actividades durante el periodo vacacional, siempre y cuando se respeten las necesidades de atención farmacéutica. Corresponderá al Departamento de Salud la organización de los turnos de vacaciones entre los farmacéuticos y farmacéuticas interesados en disfrutarlas*".

Estas previsiones legales son objeto de desarrollo en el Decreto foral navarro 129/2003 de 26 de mayo, por el que se establece el horario de atención al público, el servicio de guardia y el cierre temporal pr vacaciones de las oficinas de farmacia[20].

La única diferencia manifiesta, pues, en el análisis de los horarios es la regulación con rango legal de la participación de la Colegios farmacéuticos que efectúa la Ley vasca. Mientras que en Navarra la cuestión se remite a las normas que fije el Departamento de Salud (que puede regular directamente sin recurrir a la

19 BOPV n. 155 de 18 de agosto de 1997.

20 BON n. 75 de 16 de junio de 2003.

Administración corporativa), en la CAE, la determinación de la apertura de las oficinas de farmacia durante las situaciones excepcionales del horario ordinario, corresponderá a los Colegios Oficiales de Farmacéuticos.

2.5.6.- Limitaciones al acceso: necesidad de obtención de autorización administrativa

La Ley estatal (art. 3.1.) señala que "*corresponde a las Comunidades Autónomas la tramitación y resolución de los expedientes de autorización de apertura de las oficinas de farmacia. Los expedientes se ajustarán a lo establecido en la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común, y en las normas autonómicas de procedimiento*". En su art. 3.2 prevé que "*la autorización de nuevas oficinas de farmacia se tramitará con arreglo a los principios de publicidad y transparencia, previo el procedimiento específico que establezcan las Comunidades Autónomas, en el que se podrán prever la exigencia de fianzas o garantías que - sin perjuicio del respeto a la seguridad jurídica y la correcta tramitación de los procedimientos- aseguran un adecuado desarrollo, en tiempo y forma, de las actuaciones*".

Por tanto, se efectúa una remisión a la regulación autonómica en cuanto al procedimiento de otorgamiento de la autorización pero no a la autorización misma. En desarrollo de este especio normativo, el art. 32 LCAE establece que los establecimientos y servicios de atención farmacéutica regulados en la presente ley estan sujetos a:

- autorización administrativo-sanitaria previa del Departamento de Sanidad para su creación, transmisión, obras, traslado o cierre;
- autorización de funcionamiento, que será otorgada por el Departamento de Sanidad, una vez comprobados, mediante la correspondiente acta de inspección, que se cumplen las condiciones y requisitos de la autorización;
- registro y catalogación;
- elaboración y remisión a la Administración sanitaria de las informaciones y estadísticas sanitarias que le sean requeridas;

- cumplimiento de las obligaciones derivadas del principio de solidaridad e integración sanitaria, en caso de emergencia o de peligro para la salud pública;
- control e inspección del cumplimiento de los requisitos exigidos por la normativa vigente.

En cuanto al procedimiento, el art. 34.1 establece que "*el procedimiento para la autorización de una nueva oficina de farmacia se iniciará de oficio por el propio Departamento de Sanidad, mediante convocatoria publicada en el Boletín Oficial del País Vasco. La convocatoria correspondiente o, en su caso, el anuncio sobre la no procedencia de nuevas oficinas de farmacia se realizará durante el primer semestre del año, una vez conocidos los datos de la revisión de los padrones municipales de habitantes*".

El art. 34.2 indica que "*para acceder a la titularidad de la oficina de farmacia en los supuestos de formularse más de una solicitud, reglamentariamente se establecerá un baremo atendiendo a las circunstancias y méritos profesionales y académicos. Dichos procedimientos sólo podrán resolverse a favor de farmacéuticos de más de 65 años o de farmacéuticos titulares o cotitulares de oficinas de farmacia ubicadas en la misma zona farmacéutica cuando no existan otras solicitudes en el mismo expediente*." De esta disposición parece desprenderse un doble criterio:

- la preferencia a los farmacéuticos más jóvenes cuando concurran sus solicitudes junto con otros farmacéuticos que estén en edad de jubilación de acuerdo con el régimen general de la Seguridad Social para trabajadores autónomos;
- la preferencia de farmacéuticos solicitantes ex novo o en distintas zonas farmacéuticas a la de la solicitud.

Estas previsiones, sin embargo, no parecen indicar una excepción a la regla de la titularidad o cotitularidad de una oficina de farmacia. En el supuesto de tratarse de una solicitud con un único candidato ya titular de otra farmacia en la misma u otra zona farmacéutica, la autorización debería declararse desierta puesto que no se puede ser titular de más de una oficina de farmacia. Por tanto, las disposiciones del art. 34.2. deben entenderse como una forma de prelación entre varias solicitudes.

El art. 34.3 establece que "*reglamentariamente se determinará el orden de prioridad en la resolución de los procedimientos de creación y de traslado, siempre que*

hayan sido presentadas dentro del plazo previsto en el anuncio de convocatoria publicado en el Boletín Oficial del País Vasco". Ello se lleva a cabo mediante el Decreto vasco 338/1995 de 27 de junio, de creación, traslado, cierre y funcionamiento de oficinas de farmacia[21]. Se determina el baremo para la autorización de las oficinas de farmacia dentro de cada nivel de prioridad atendiendo a criterios de mérito, capacitación y, en su caso, ubicación de la oficina de farmacia de la que fuesen titulares.

El Anexo del Decreto vasco 338/1995[22] computa en la baremación aspectos como: experiencia profesional (hasta un máximo de 15 puntos); experiencia docente (máximo 6 puntos); publicaciones (máximo 3 puntos); formación de postgrado; conocimiento del euskera (máximo 5 puntos); Idiomas de la UE (máximo 2 puntos).

En lo que refiere a la legislación navarra, el art. 6.1 LFN establece que "*la instalación, creación, funcionamiento, modificación, traslado y cierre o supresión de los servicios y establecimientos a que se refiere la presente Ley Foral está sujeta a previa autorización administrativa del Departamento de Salud, de conformidad con la presente Ley Foral y demás normativa que le sea de aplicación*".

El art. 6.2 LFN indica que el procedimiento para la autorización a la que se refiere se ajustará a lo dispuesto en la e Ley Foral, a las normas de desarrollo reglamentario que se dicten al efecto y a las normas del procedimiento administrativo común[23].

El art. 24 LFN requiere autorización previa, estableciendo en su apartado 1º que "*la apertura de oficinas de farmacia queda sujeta a autorización administrativa del Departamento de Salud, previa comprobación de que tanto el titular o titulares como los locales propuestos, y su correspondiente equipamiento, reúnen las condiciones exigidas en la legislación básica del Estado, en la presente Ley Foral y demás normativa*

---

21 BOPV n. 147 de 3 de agosto de 1995.

22 En su redacción modificada por el Decreto vasco 23/2004 de 3 de febrero de 2004 (BOPV nº 33 de 18 de febrero de 2004).

23 Ver Decreto Foral 197/2001 de 16 de julio, por el que se dictan normas de desarrollo de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre de 2000 de Atención Farmacéutica en materia de oficinas de farmacia. BON n. 92, de 30 de julio de 2001.

que le sea de aplicación". En su apartado 2º establece que "*así mismo está sujeta a autorización administrativa del Departamento de Salud la apertura de otras secciones de la oficina de farmacia asociadas a la actividad de la oficina de farmacia*". En su apartado 3º nos dice que "*tiene la consideración de requisito previo y necesario para la autorización de una nueva oficina de farmacia, que todas y cada una de las Zonas Básicas de Salud tengan cubiertas las previsiones mínimas resultantes de aplicar los criterios de planificación previstos en la Sección Tercera del presente Capítulo*". En su apartado 4º establece que "*el procedimiento para la autorización de apertura de nuevas oficinas de farmacia se ajustará a lo dispuesto en la presente Ley Foral, a las normas de desarrollo reglamentario que se dicten al efecto y en todo caso a las normas del procedimiento administrativo común, siendo conforme a los principios de publicidad, transparencia y en su caso concurrencia*".

De forma general pueden apreciarse algunas ligeras diferencias entre la regulación vasca y la navarra en este aspecto. A pesar de que la LFN no establece ningún criterio de preferencia para conceder autorizaciones en caso de concurrencia de varias solicitudes más allá de la previsión del art. 26.2.b in fine según el cual "*de no haber solicitantes que reúnan dichas características (experiencia profesional), la apertura de nueva oficina de farmacia se resolverá a favor del licenciado en Farmacia sin oficina de farmacia que acredite mayor nota promedio en la licenciatura*", es el Decreto Foral 197/2001 de 16 de julio el que establece el principio de preferencia cronológica de la presentación de las respectivas solicitudes (art. 4.4.) y una baremación de méritos[24].

Por otra parte, en cuanto a la valoración de estos méritos, destaca que en la CAE se realiza por una Comisión de Valoración de composición paritaria entre la Administración y el Sector, mientras que en Navarra, se realiza únicamente por el Departamento de Salud que comprueba los siguientes elementos de manera eliminatoria: experiencia y expediente.

[24] "*Los méritos para establecer el orden de prelación en caso de concurrencia son los siguientes: mayor experiencia profesional como farmacéutico, en los últimos 10 años a razón de 0,1 punto por cada mes. Los empates producidos según este criterio, se resolverán a favor del que acredite una mejor nota promedio en la licenciatura, a razón de 0,1 punto por cada aprobado, 0,2 puntos por cada notable, 0,3 puntos por cada sobresaliente y 0,4 puntos por cada matrícula de honor".*

Finalmente, en Navarra, se establece como requisito previo para la concesión de nuevas autorizaciones farmacéuticas la constatación de que no existen Zonas Básicas de Salud que no tengan cubiertas sus prestaciones farmacéuticas. Así, si alguna zona quedara desprovista del número mínimo de oficinas de farmacia que resulte de la planificación no podrá autorizarse la instalación de nuevas oficinas de farmacia en todo el territorio de la Comunidad (art. 24.3 LFN). De esta forma se garantiza la suficiencia del suministro de medicamentos a los núcleos de menor población.

2.5.7.- Ordenación territorial. Zonas farmacéuticas, módulos de población y distancias entre oficinas de farmacia

La Ley estatal establece, con carácter general, un módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia, de 2.800 habitantes por establecimiento, dando la posibilidad a las Comunidades Autónomas de establecer módulos de población superiores en función de la concentración de la población, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia. Una vez superadas estas proporciones podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes.

Hay que añadir que la Ley estatal establece que 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.

Como se ha destacado anteriormente, el modelo estatal no es un modelo básico sino subsidiario. Las Comunidades deben atender los módulos de población de la Ley 16/1997 si no disponen de legislación específica. Tanto la C. F. de Navarra como la CAE disponen de sus propias normativas por lo que les corresponde libremente establecer los criterios de población para planificar la autorización farmacéutica. [25]

[25] Ver Auto del Tribunal Constitucional de 24 de febrero de 2004.

La regulación contenida en la LCAE establece en el artículo 9.1. que la planificación de oficinas de farmacia se realizará en base a las necesidades de atención farmacéutica de los habitantes de una demarcación territorial determinada. Esta demarcación territorial se denominará zona farmacéutica y estará formada por el conjunto de una o varias zonas de salud.

Según dispone el artículo 10.1 LCAE, las zonas farmacéuticas se clasificarán de acuerdo con los siguientes criterios:

a) en los casos en que un municipio sea territorialmente superior a una zona de salud, se tomará como zona farmacéutica la delimitación del municipio. Excepcionalmente seguirán computándose como municipio único incluido en zona farmacéutica a que se refiere este apartado a) los casos en que alguna de las zonas de salud del mismo comprenda, a su vez, otro u otros municipios o parte de ellos.

b) en los casos en que una zona de salud comprenda la totalidad de un único municipio, la zona farmacéutica coincidirá territorialmente con la zona de salud y con el municipio.

c) en los casos en que una zona de salud comprenda, total o parcialmente, varios municipios, se tomará como zona farmacéutica la delimitación de la zona de salud.

En los supuestos del apartado a), el número de oficinas de farmacia será como máximo de una por cada 3.200 habitantes. Una vez cubierta esta proporción podrá establecerse una nueva oficina de farmacia siempre que se supere dicha proporción en 2.500 habitantes.

En los supuestos del apartado b), el número de oficinas de farmacia será, como máximo, de una por cada 2.800 habitantes empadronados en la zona farmacéutica. Una vez cubierta esta proporción, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia siempre que se supere dicha proporción en 2.500 habitantes.

En los supuestos del apartado c), el número de oficinas de farmacia será, como máximo, de una por cada 2.500 habitantes empadronados existentes en la zona farmacéutica, salvo que uno de los municipios que la conforman concentre, al menos,

el 75% del total de habitantes de la misma. En este caso, dicha zona será clasificada como perteneciente al grupo b) del artículo anterior.

De la combinación de estos criterios de zonificación, resulta el siguiente cuadro:

Cuadro 3

Dimensión zona	Módulo población	Farmacia extra
Menor a municipio	3.200 hab.	2.500 hab.
Igual a municipio	2.800 hab.	2.500 hab.
Mayor a municipio	2.500 hab.	2.500 hab.

Asimismo, el art. 14.1 LCAE cuando establece que "*no se autorizarán oficinas de farmacia en municipios de menos de 800 habitantes, prestándose, en su caso, la atención farmacéutica de acuerdo con lo previsto en el art. 25 (relativo a los botiquines)*". Aunque excepcionalmente, cuando en programas de fomento de ciertas zonas especialmente deprimidas se prevea contemplar, a instancia de las Administraciones Locales, entre otras medidas, la creación de oficinas de farmacia, se podrá autorizar dicha creación en municipios de menos de 800 habitantes.

En materia de planificación de zonas, existe un modelo similar tanto en la legislación estatal como la LCAE que limita la apertura de una oficina de farmacia a la existencia de un número mínimo de habitantes (en la CAE superior al establecido con carácter general por la Ley estatal). Es decir, establece un máximo de una oficina de farmacia por cada módulo de población. Esta coincidencia de "modelo regulador", se quiebra, sin embargo, al comprobar la diferencia con el sistema previsto por la Ley de Navarra.

En primer lugar, el art. 26.1 LFN establece que la planificación farmacéutica es la previsión del número mínimo de oficinas de farmacia que precisa cada Zona Básica de Salud (ZBS) para conseguir un equitativo acceso a la atención farmacéutica de toda la población de la Comunidad Foral, y sin cuya garantía no podrá instalarse nuevas oficinas de farmacia conforme al libre ejercicio profesional. A ello se añaden que si alguna ZBS quedara desprovista del número mínimo de oficinas de farmacia que resulta de la planificación a la que se refiere la LFN, no podrá autorizarse la instalación de

nuevas oficinas de farmacia en todo el territorio de Navarra hasta tanto se cumplan en su integridad las previsiones de planificación.

Con lo anterior se observa que la filosofía que inspira esta regulación es sustancialmente distinta a lo establecido tanto por la Ley estatal como por la LCAE. Mientras que los modelos estatal y vasco se basan en la limitación de la apertura (se exige un mínimo de población para proceder a una autorización de apertura), el modelo navarro se basa en la fijación de un número mínimo de farmacias que atiendan a la población.

El art. 27.1 LFN establece que las ZBS que forman parte de una localidad y en cada una de las localidades que integran una ZBS deberán contar como mínimo, con el número de oficinas de farmacia abiertas al público que resulten de aplicar la fórmula siguiente: n° habitantes de la ZBS dividido entre 2800 habitantes. Las fracciones de 5 o más décimas se corrigen por exceso y las inferiores a 5 décimas por defecto[26].

Para las localidades con una población superior a 700 habitantes contarán, como mínimo, con una oficina de farmacia abierta al público, así como las localidades de población inferiores cuando así se establezca mediante Ley Foral en atención a las circunstancias de dispersión geográfica e interés público.

En las ZBS de especial actuación farmacéutica que detalla la propia ley como mínimo se establece una oficina de farmacia por cada 1.400 habitantes.

2.5.8.- Distancias entre las oficinas de farmacia

En lo referente a las distancias mínimas entre oficinas de farmacia, el art. 15.1 LCAE señala que "*el emplazamiento de una nueva oficina de farmacia deberá guardar una distancia de, al menos, 250 metros respecto de la oficina más próxima, sea o no de*

[26] Por tanto para una población de 5000 habitantes deberá haber un mínimo de 2 oficinas de farmacia (5000/2800 = 1,78). Hay que remarcar que la LFN utiliza el concepto de "mínimo", con lo cual podrán establecerse más de 2 oficinas de farmacia para una población de 5000 habitantes (el límite lo establece el art. 27.2 al decir que "el número máximo total de oficinas de farmacia establecidas en Navarra no será superior a una por cada 700 habitantes).

la misma zona de salud". Como excepción a esta regla, el art. 15.2 establece que "excepcionalmente, en aquellas zonas farmacéuticas de densidad mayor a 4.000 hab/km2, se podrá establecer reglamentariamente una escala en la que en función de la densidad de cada zona de salud pueda reducirse la distancia entre oficinas de farmacia ubicadas en las mismas hasta un mínimo de 150 metros, respetando la distancia establecida con carácter general respecto a las oficinas de farmacia de las zonas de salud colindantes".

En cambio, el art. 27.3 LFN en relación a la distancia mínima entre farmacias establece que "*la distancia entre todas las oficinas de farmacia que se autoricen en virtud de lo establecido en la presente Ley Foral será como mínimo de 150 metros, medidos por el camino peatonal más corto*". Esta previsión se establece con carácter general y no como excepción, con lo que se contrapone a lo establecido en la Ley estatal en su art. 2.4 (no básico) establece como regla general una distancia mínima entre farmacias de 250 metros.

2.5.9.- Traslado de las oficinas de farmacia

El traslado de las oficinas de farmacia es uno de los aspectos en los que la ley estatal efectúa una clara remisión a las Comunidades (art. 3.3.: "*las Comunidades Autónomas regularán los requisitos de las autorizaciones por traslados de oficinas de farmacia, según las causas que los motiven, así como el procedimiento para ello*").

Así, en cumplimiento del mandato estatal, el art. 16.1 LCAE establece que "*las oficinas de farmacia sólo podrán trasladarse dentro de la zona farmacéutica en que estén ubicadas*". Establecido este principio limitativo general, la LCAE desarrolla varios supuestos:

a) municipios territorialmente superiores a la zona de salud
b) municipios que coincidan territorialmente con la zona de salud
c) zona de salud que comprenda territorialmente varios municipios

En cuanto al procedimiento a seguir, el art. 35.1 LCAE establece que "*en los casos de traslado previstos en los apartados 2, 3 y 4 del artículo 16, el procedimiento*

se iniciará a solicitud del farmacéutico interesado". En el art. 35.2 prevé que "*los traslados forzosos de oficinas de farmacia, bien sean definitivos o provisionales, se iniciarán de oficio por la Administración sanitaria, una vez tenga conocimiento de los hechos que lo motivan, siempre que, previamente, no se hayan iniciado por los interesados*"[27].

Por su parte, la LFN efectúa una regulación mucho más escueta.[28] En concreto, el art. 25 LFN prevé en su apartado 1 que "*las oficinas de farmacia abiertas al público podrán ser objeto de traslado dentro del mismo municipio en el que se encuentren ubicadas ya sea con carácter voluntario o por fuerza mayor*". En su apartado 2 establece que "*los nuevos locales propuestos deberán reunir los requisitos establecidos en la presente Ley Foral y específicamente deberán respetar la distancia mínima entre oficinas de farmacia establecida en la misma*". Por ultimo en su apartado 3 nos dice que "*la autorización del nuevo local implica el cierre del anterior*".

2.5.10.- Transmisión de las oficinas de farmacia

El art. 4.1 de la Ley 16/1997 establece que "*la transmisión de las oficinas de farmacia únicamente podrá realizarse a favor de otro u otros farmacéuticos*".

Asimismo, una vez sentado este principio general, se efectúa una remisión a la legislación autonómica mediante la redacción del art. 4.2 que establece que "*las Comunidades Autónomas regularán las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones de estos establecimientos*".

También prevé el art. 4.3 que "*en los casos de clausura o cierre obligatorio de las oficinas de farmacia, por sanción de inhabilitación profesional o penal, temporal o*

27 Estos preceptos han sido objeto de desarrollo en el Decreto vasco 338/1995 de 27 de junio de creación, traslado, cierre y funcionamiento de oficinas de farmacia (BOPV nº 147 de 3 de agosto de 1995), modificado por el Decreto vasco 23/2004 de 3 de febrero de 2004 (BOPV nº 33 de 18 de febrero de 2004).

28 Hay que acudir pues al Decreto foral navarro 197/2001 de 16 de julio, por el que se dictan normas de desarrollo de la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre de 2000, de Atención Farmacéutica, en materia de oficinas de farmacia. BON nº 92, de 30 de julio de 2001, modificado a su vez por el Decreto foral 72/2006 de 16 de octubre.

definitiva, de cualquier índole, las Comunidades Autónomas podrán prever la prohibición de la transmisión de las citadas oficinas de farmacia, así como la intervención de los medicamentos".

Con este marco regulador estatal, el art. 17.1 LCAE establece que "*la transmisión de las oficinas de farmacia, sólo podrá llevarse a cabo cuando hayan transcurrido, al menos, tres años desde la apertura o desde la última transmisión, salvo por fallecimiento, jubilación, incapacitación o declaración judicial de ausencia del farmacéutico titular*". Esta transmisión "*estará sujeta a autorización del Departamento de Sanidad. Previamente a las transmisiones a título oneroso no previstas en el número 3 de este artículo, el transmitente comunicará a la Administración sanitaria el precio y las demás condiciones generales de la transmisión. La Administración sanitaria hará público, mediante anuncio en el Boletín Oficial del País Vasco, la apertura de un concurso de méritos para determinar el orden de preferencia para la transmisión entre todos aquellos que acepten las condiciones de la oferta efectuada por el transmitente, en los términos en que figure reflejada ésta en el expediente administrativo. La transmisión se autorizará, una vez valorados los méritos de los solicitantes, a favor de aquél que alcance mayor puntuación. Será requisito indispensable para la participación en dichos concursos que se acredite por parte de los concursantes el cumplimiento de tres años de ejercicio profesional en algún servicio de atención farmacéutica*". (art. 17.2.)[29].

El art. 17.3 LCAE establece que "*todas las transmisiones a título gratuito, así como las transmisiones a título oneroso a favor de hijo, padres, nietos, hermanos o cónyuge del farmacéutico titular, se autorizarán con arreglo al procedimiento que se establezca reglamentariamente*".

A diferencia de la legislación vasca y sin desarrollar el mandato de remisión que efectúa la Ley estatal, hay que notar como la LFN no regula la transmisión de las oficinas de farmacia, por lo que al respecto es aplicable supletoriamente el art. 4 de la Ley 16/1997.

[29] Específicamente, el Decreto 166/1999 de 16 de marzo (BOPV nº 73 de 20 de abril de 1999), establece el procedimiento para la transmisión de oficinas de farmacia.

2.5.11.- La regulación de los botiquines

Junto con el establecimiento de las oficinas de farmacia, la regulación sectorial permite también la figura de los botiquines. Se trata de locales pequeños (mínimo 10 m^2 en Navarra y 12 m^2 en la CAE), atendidos por un farmacéutico que está vinculado a una farmacia principal. Su justificación es una mayor garantía de accesibilidad para casos excepcionales de insuficiencia del servicio farmacéutico en núcleos de población en áreas de dispersión demográfica. Los botiquines no pueden dispensar otro producto diferente de los medicamentos o productos sanitarios y tienen un horario de atención que se fija de manera individualizada.

En la CAE, la iniciación del procedimiento de autorización de botiquín debe partir siempre de la Administración mientras que en Navarra lo puede solicitar un titular de farmacia. Si lo solicita la Administración Sanitaria, deberá acreditar que se trata de un municipio de menos de 800 habitantes donde el Osakidetza/Servicio Vasco de Salud esté prestando asistencia médico-sanitaria. El procedimiento vasco, además, resulta más detallado puesto que incluye tanto informes de los Colegios farmacéuticos como criterios de resolución en caso de concurrencia de más de una solicitud. El Decreto vasco determina que la transmisión de la oficina de farmacia principal implica la extinción de la autorización del botiquín.

La regulación CAE prevé los botiquines temporales para aquellas poblaciones, barrios o zonas que, al menos durantes 2 meses al año, la población supera los 1.500 habitantes. En estos casos se deberá también acreditar que el tiempo necesario para cubrir la distancia en automóvil desde la zona hasta la farmacia más próxima es superior a 5 minutos.

2.5.12.- Las existencias mínimas

La obligatoriedad de mantener en las oficinas de farmacia unas existencias mínimas de medicamentos supone una medida reguladora destinada a garantizar la prestación. Sin embargo, dicha medida supone la imposición de una carga económica al farmacéutico que obligatoriamente debe contar con una inversión mínima en productos. Por tanto, podría pensarse que una medida flexibilizadora o liberalizadora se

acompaña de una disminución de las existencias mínimas obligatorias para facilitar de este modo el acceso a la autorización.

Para ello, se han comparado las siguientes normas:

- Decreto vasco 270/2004 de 28 de diciembre, que establece las existencias mínimas de medicamentos y productos sanitarios en las oficinas de farmacia (BOPV nº 6 de 11 de enero de 2005).

- Orden foral del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra de 16 de julio de 1993, que aprueba los medicamentos de tenencia mínima (BON nº 89, de 21 de julio de 1993) modificada por Orden Foral 92/1997 de 1 de julio.

Mientras que el Decreto Vasco obliga a disponer de al menos 83 referencias mínimas, la Orden foral navarra detalla hasta cerca de 360 productos, aunque la regulación vasca impone exigencias cuantitativas mayores[30]. En cualquier caso, de la comparación se desprende una metodología distinta pero no una relación entre modelo regulador y existencias farmacéuticas obligatorias.

Por último, la Ley navarra 12/2001no ha supuesto una modificación en la cuestión de la tenencia de stocks mínimos: no se ha publicado, con rango normativo, ninguna norma posterior a 1997.

[30] Por ejemplo, paracetamol o aspirinas 20 envases, frente a los 2 en Navarra.

Cuadro 4. COMPARATIVO LCAE 11/1994 Y LFN 12/2000

Aspecto	LCAE	LFN
Definición farmacia como establecimiento sanitario	SI	SI
Presencia farmacéutico titular	SI para funciones de dispensación	SI para funciones de dispensación
Limitaciones titularidad-propiedad	SI	SI
Horarios	Determinación por la Comunidad	Determinación por la Comunidad
Autorización administrativa	SI	SI
Autorización nuevas oficinas	Planificación módulos población	Prerequisito todas la ZBS cuenten con farmacia
Planificación módulos	Criterio máximo	Criterio mínimo
Distancias	250	150
Traslado	Regulación extensa	Dentro del mismo municipio
Transmisión	3 años apertura	No se regula

2.6.- DERECHO COMUNITARIO EUROPEO

2.6.1.- Marco general

El ordenamiento comunitario no prejuzga el régimen de titularidad de las empresas, o lo que es lo mismo, desde la óptica de los principios europeos, no existe una opción en favor de la limitación de la iniciativa pública en la actividad económica. Cualquier Estado puede tener operadores públicos de servicios bajo el régimen de libre concurrencia. Sin embargo, la existencia de monopolios comerciales que mantienen los Estados Miembros y sus entes subestatales -que puede entrar en contradicción con los principios de la libre prestación de servicios- o los derechos de exclusividad y el cierre de los mercados nacionales han sido objeto de análisis por parte de la jurisprudencia del Tribunal de Luxemburgo. Las dos sentencias cruciales, son en este caso, las que se resuelven los casos Corbeau y Almelo.

En la sentencia Corbeau[31], se establece, en definitiva, una separación entre servicios esenciales y servicios de interés general. Para estos últimos, no se admite la reserva monopolista excepto que se pueda demostrar que la prestación privada de estos servicios pondría en peligro el equilibrio económico del servicio esencial del que se hace cargo el titular del derecho exclusivo. La atribución de derechos exclusivos se justifica por una razón de equilibrio económico del conjunto del servicio. Si la obligación que incumbe al titular del derecho exclusivo de cumplir su misión de interés general, en condiciones de equilibrio económico, presupone la posibilidad de una compensación entre los sectores de actividad rentables y los sectores menos rentables, se justifica una limitación de la competencia en los sectores económicamente rentables.

En la sentencia Almelo[32], el Tribunal europeo afirma que se trata de una restricción por razón de un servicio público de interés general. De forma parecida al

---

31 Sentencia de 19 de mayo de 1993 Asunto C-320/91 dictada en resolución de una cuestión prejudicial en el proceso penal seguido contra Paul Corbeau, en el que se analiza la compatibilidad de una reserva monopolista en favor del servicio público de correos con la actividad que presta un particular que hace la recogida domiciliaria y la distribución de cartas en Lieja

32 Sentencia de 27 de abril de 1994. Asunto C-393/92 dictada en resolución de una cuestión prejudicial en el proceso contra el Ayuntamiento de Almelo. que trata de un caso donde una empresa de distribución regional de energía eléctrica, a pesar de ser titular de una concesión no exclusiva de distribución de electricidad en el territorio asignado, prohíbe importar energía a los distribuidores locales por medio de una cláusula de compra en exclusiva. Los contratos

pronunciamiento de la sentencia del caso Corbeau, el Tribunal determina que la restricción anticompetitiva que suponen los contratos de suministro exclusivo solo se pueden admitir si son la única manera posible de garantizar a la empresa distribuidora el cumplimiento del servicio público.

En definitiva, la clave de la jurisprudencia contenida a las sentencias Corbeau y Almelo reside en la fórmula de control de la monopolización utilizada por el Tribunal de Justicia. Así, se especifica que el monopolio o las restricciones anticompetitivas sólo se justifican si se demuestra que económicamente es imprescindible organizar el servicio de manera exclusiva y excluyente, para, con ello, poder garantizar el interés general que se persigue. También esta jurisprudencia[33] ha posibilitado la llamada desagregación de los servicios públicos o fragmentación del contenido de las prestaciones en diferentes unidades de negocio para aislar aquéllas esenciales del servicio universal. El servicio universal puede considerarse como el núcleo duro de la prestación, resistente al mercado competitivo. En cambio, todo aquello que quede fuera de este núcleo esencial, no admitirá restricciones a los mecanismos de libre mercado.

Por todo ello, desde la perspectiva de la Comisión europea, la definición de un servicio de interés general no implica siempre la titularidad pública de la gestión del mismo ni las restricciones anticompetitivas en su ordenación. A pesar de que, por definición, el mercado por sí solo no se encargaría de suministrar estas prestaciones, ello no implica que deba eliminarse cualquier mecanismo de mercado por la organización del servicio. Al final, la pluralidad de operadores o la financiación de los servicios de interés general pueden ser la mejor manera de garantizar la calidad y el precio asequible de las actividades que son económicamente no rentables pero socialmente positivas.

En otras palabras, la decisión del establecimiento de un servicio y su forma de gestión queda en manos de las autoridades locales, pero se debe poder justificar que la

celebrados determinan las condiciones de suministro de energía eléctrica y no suponen una transmisión a los distribuidores locales de la concesión de servicio público otorgada a la empresa regional.

[33] Esta jurisprudencia ha sido después ampliamente recogida en la Comunicación de la Comisión Europea sobre servicios de interés general (Bruselas 20 de septiembre 2000 (COM (2000) 580 final).

concesión de derechos exclusivos o especiales no excede de aquello necesario para garantizar la prestación del servicio. En definitiva, se demuestra como el respeto a las normas de la competencia y las libertades inherentes al mercado único son plenamente compatibles con la garantía de la prestación de servicios públicos.

El conjunto de actividades reservadas en el sector público tendrá que superar los controles de oportunidad del Derecho europeo y deberá tener en cuenta un conjunto de técnicas de intervención de los servicios de interés general diferentes de la reserva tradicional. Así, aunque el Derecho europeo no elimina la posibilidad de una reserva monopolista, si que ordena la organización de los servicios de interés general con unas técnicas diferentes de las tradicionales[34].

2.6.2.- Dictamen motivado de la Comisión europea 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, de fecha 28 de junio 2006. 2001/5261. C(2006) 2726

La Comisión, en su función de guardiana de los Tratados, emitió un dictamen motivado contra España en el marco de un procedimiento de incumplimiento del Derecho comunitario por problemas de compatibilidad de la regulación farmacéutica con la libertad de establecimiento recogida en el art. 43 del Tratado Constitutivo de la Comunidad Europea. El proceso afecta no sólo a la legislación del Estado sino también a la legislación autonómica de desarrollo.

El dictamen analiza tres aspectos básicos de la regulación española de farmacias: la planificación territorial, el procedimiento de concesión de autorizaciones y las normas de propiedad de las farmacias. El dictamen, entre otros, indica que pueden afectar al derecho de libre establecimiento dentro de la UE. Así, son objeto de análisis aspectos como:

[34] La desagregación de actividades, el principio de libre acceso de terceros, el servicio universal, la financiación transparente…

- que las Comunidades han reforzado los módulos de población y distancias para la planificación territorial. Como excepción, Navarra (Ley 12/2000 de 16 de noviembre) establece que podrán autorizarse oficinas de farmacia por debajo del límite estatal (respetando la proporción de una oficina de farmacia por cada 700 habitantes) lo que evidencia un enfoque normativo menos restrictivo respecto a la planificación sin perjudicar la accesibilidad del servicio;
- aunque los procedimientos de autorización están sujetos a los principios de publicidad y transparencia, la Ley valenciana 6/1998 de 22 de junio, concede prioridad a los farmacéuticos que tengan experiencia profesional en la Comunidad;
- La legislación española prohíbe que un mismo farmacéutico sea propietario de más de una farmacia al mismo tiempo. Se unen pues los criterios de propiedad con el de titularidad de la autorización.

Todo ello pueden constituir restricciones a la libertad de establecimiento. El dictamen recuerda, con carácter general, que las restricciones sólo son admisibles en Derecho comunitario si se dan ciertas circunstancias[35]:

- que se apliquen de manera no discriminatoria
- que se justifiquen por razones imperiosas de interés general
- que garanticen la realización del objetivo que persiguen (idoneidad)
- que no vayan más allá de lo necesario para alcanzar dicho objetivo (proporcionalidad).

Las normas nacionales relativas a la apertura de oficinas de farmacia deben evaluarse también bajo esos parámetros de compatibilidad con la libertad de establecimiento. Hay que atender igualmente a lo dispuesto en el apartado 5 del artículo 45 de la Directiva 2005/36/CE. El considerando 26 de la mencionada Directiva, establece que "*La presente Directiva no coordina todas las condiciones de acceso a las actividades del ámbito farmacéutico y su ejercicio. En concreto, la distribución geográfica de las farmacias y el monopolio de dispensación de medicamentos deben*

35 STJCEE de 30 noviembre 1995 Gebhard Asunto C-55/94.

seguir siendo competencia de los Estados miembros. Por otra parte, la presente Directiva no altera las disposiciones legales, reglamentarias y administrativas de los Estados miembros que prohíben a las empresas la práctica de ciertas actividades farmacéuticas o imponen ciertas condiciones a dicha práctica".

Sin embargo, la planificación farmacéutica y consiguiente distribución geográfica de las farmacias en función de dicha planificación y de los módulos que en la misma se acojan debe ser idónea a los objetivos que persigue.

En definitiva, en opinión de la Comisión[36], los límites cuantitativos al establecimiento de oficinas de farmacia no son ni idóneos ni necesarios, de manera que no sirven para obtener los objetivos sanitarios perseguidos. Los objetivos de garantía de un servicio de calidad a los usuarios pueden obtenerse además con el respeto a las normas deontológicas (obligaciones profesionales de los farmacéuticos) o con el ejercicio de una potestad pública de inspección y control. Por lo tanto, las restricciones no serían tampoco proporcionales.

Respecto a las distancias la Comisión establece que *"en lo que atañe a las restricciones relativas específicamente a la distancia entre farmacias, conviene destacar que tales distancias no resultan útiles ya que tal exigencia no es susceptible de garantizar una distribución equilibrada de las farmacias. Si se puede suponer, en el plano económico, que sólo se abrirá una farmacia en los lugares atractivos desde el punto de vista de su supervivencia comercial, lo cierto es que nada en el actual sistema español impide a un farmacéutico abstenerse de abrir un establecimiento en una zona en la que no tenga ninguna oportunidad de garantizarse unas rentas suficientes. Al mismo tiempo, el sistema existente en Navarra parece concentrarse más bien en la necesidad de garantizar una presencia mínima de farmacias en una zona, sin por ello*

[36] Opina la Comisión que *… Al analizar la proporcionalidad de las medidas españolas, la Comisión considera, en primer lugar, que éstas no son susceptibles de garantizar la consecución de los objetivos que persiguen ya que una limitación del número de farmacias no es, como medida cuantitativa, un medio adecuado para garantizar un buen suministro de medicamentos y puede incluso resultar contraproducente en este sentido. La existencia de varias farmacias en las cercanías sería, por el contrario, un medio de mejorar el suministro de medicamentos y, por consiguiente, de reforzar la protección de la salud, tal como pretende el legislador español. Al mismo tiempo, la Comisión no ve de qué manera una "liberalización" de las normas de establecimiento podría privar de farmacias algunas regiones. Tal liberalización podría ocasionar un aumento del número de farmacias en regiones muy pobladas pero ello no implicaría una disminución del número de farmacias en otras zonas determinadas, por ejemplo, las rurales, con relación a la situación existente".*

establecer límites máximos de presencia de establecimientos en zonas más atractivas una vez que dicha condición previa se cumple".

La limitación de la propiedad de las farmacias a los farmacéuticos y la prohibición de que los mismos tengan más de un establecimiento, es también objeto de examen. Supuestamente, la limitación encuentra su fundamento en el interés público que supone garantizar la presencia en las farmacias de un titulado con los máximos niveles de independencia y responsabilidad.

Según la Comisión, *"La normativa española en cuestión persigue el mismo objetivo de la no mercantilización de la profesión de farmacéutico y su actividad así como su responsabilización personal tal como ocurre con la legislación griega en materia de almacenes de óptica censurada en la sentencia C-140/03. Precisamente, sobre este punto, el Tribunal de Justicia juzgó que tales objetivos de protección de la salud pública pueden alcanzarse mediante medidas menos restrictivas de la libertad de establecimiento tanto de las personas físicas como de las personas jurídicas, por ejemplo, mediante la exigencia de la presencia de un profesional cualificado asalariado o asociado en cada almacén, de normas aplicables en materia de responsabilidad civil a causa de otros, así como de normas que impongan un seguro de responsabilidad profesional. Por otra parte, en lo que atañe a la tesis española según la cual una liberalización de las formas jurídicas comprometería el objetivo de garantizar que la optimización de la utilización de los medicamentos por la población prima sobre la rentabilidad máxima, debe también destacarse que en la situación actual en España nada impide a un farmacéutico intentar aumentar sus ventas vendiendo más medicamentos".*

2.6.3.- Sentencia del Tribunal de Justicia de 21 de abril de 2005 (Asunto C.140/03)

La Comisión, mediante escrito de 27 de enero de 1998, llamó la atención del Gobierno griego sobre la incompatibilidad de su Ley 971/79 con los artículo 43 y 48 del Tratado CE que regulan respectivamente, la libertad de establecimiento de personas y empresas.

Según la Comisión, la República Helénica restringió las condiciones de establecimiento de los ópticos personas físicas, al adoptar y mantener en vigor la Ley nº 971/79, relativa al ejercicio de la profesión de óptico y a los comercios de artículos de óptica, que no permitían a un óptico diplomado, persona física, explotar más de una óptica. La Comisión entendió que las restricciones controvertidas iban más allá de lo necesario para alcanzar el objetivo que perseguían. Por tanto, no estaban justificadas.

En definitiva, el Tribunal declaró que:

1. La República Helénica había incumplido las obligaciones que le incumbían en virtud del artículo 43 CE al adoptar y mantener en vigor la Ley nº 971/79, que no permitía a un óptico diplomado, persona física, explotar más de una óptica.
2. La República Helénica había incumplido las obligaciones que le incumbían en virtud de los artículos 43 CE y 48 CE al adoptar y mantener en vigor la Ley nº 971/79 y la Ley nº 2646/98, que supeditaban la posibilidad de que una persona jurídica abriera una óptica en Grecia a los requisitos de que:
   - la autorización para abrir y explotar la óptica se expida a nombre de un óptico titulado, persona física, el titular de la autorización de explotar la óptica participe al menos en un 50 % en el capital de la sociedad y en sus beneficios y pérdidas, la sociedad sea colectiva o comanditaria, y
   - dicho óptico participe, como máximo, en otra sociedad propietaria de una óptica, a condición de que la autorización para abrir y explotar ésta se expida a nombre de otro óptico titulado.

2.6.4.- Sentencia del Tribunal de Justicia de 31 de mayo de 2005 (Asunto C-438/02)

La sentencia tiene por objeto una petición de decisión prejudicial planteada, con arreglo al artículo 234 CE, por el Stockholms tingsrätt (Suecia), en el procedimiento penal contra Krister Hanner. Según la legislación sueca, con arreglo al artículo 4 de la Ley nº 1152 de 1996, sobre el comercio de medicamentos, la venta al por menor de medicamentos, con o sin receta, sólo puede ser efectuada por el Estado o por personas jurídicas sobre las que éste ejerza una influencia determinante. Se reserva, así, la venta

al por menor de medicamentos a Apoteket AB, sociedad por acciones donde el Estado sueco detenta 2/3 del capital.

El órgano judicial que remite la cuestión prejudicial pregunta esencialmente si este sistema estatal de derecho exclusivo de venta se opone al art. 31 del Tratado. El Tribunal entiende que, según jurisprudencia reiterada, el artículo 31 CE, apartado 1, si bien no exige la supresión total de los monopolios nacionales de carácter comercial, prescribe su adecuación de tal manera que quede asegurada la exclusión de toda discriminación entre los nacionales de los Estados miembros respecto de las condiciones de abastecimiento y de mercado[37].

En efecto, el artículo 31 CE, apartado 1, tiene por objeto conciliar la posibilidad de que los Estados miembros mantengan determinados monopolios de carácter comercial, como instrumentos para el logro de objetivos de interés público, con las exigencias del establecimiento y del funcionamiento del mercado común. Pretende suprimir los obstáculos a la libre circulación de mercancías, con excepción, no obstante, de los efectos restrictivos sobre los intercambios que son inherentes a la existencia de los monopolios de que se trata (sentencia de 23 de octubre de 1997, Franzén, Asunto C-189/95, apartado 39).

Estas circunstancias bastan para concluir que el modo de organización y funcionamiento de Apoteket, y más concretamente su sistema de selección de medicamentos, puede perjudicar al comercio de medicamentos procedentes de otros Estados miembros en relación con el de los medicamentos suecos. Por consiguiente, este monopolio nacional no está organizado de manera que se excluya cualquier discriminación de los medicamentos procedentes de otros Estados miembros. En consecuencia, infringe el artículo 31 CE, apartado 1.

Junto con el razonamiento relativo a la existencia de monopolios nacionales de venta que el Tribunal concluye infringido por la legislación sueca, se razona también la posibilidad de exceptuar el sector de las farmacias de la libertad de establecimiento

[37] Ver las sentencias de 3 de febrero de 1976, Manghera y otros, 59/75, Rec. p. 91, apartados 4 y 5; de 13 de marzo de 1979, Hansen, 91/78, Rec. p. 935, apartado 8; de 7 de junio de 1983, Comisión/Italia, 78/82, Rec. p. 1955, apartado 11; de 14 de diciembre de 1995, Banchero, C-387/93, Rec. p. I-4663, apartado 27, y de 23 de octubre de 1997, Franzén, C-189/95, Rec. p. I-5909, apartado 38.

debido a la función de servicio económico de interés general que desarrollan. No se duda de que las oficinas de farmacia constituyen un eslabón importante del sistema sanitario en cuanto permite a los ciudadanos tener un acceso fácil y cómodo a las medicinas. Procede por tanto responder a la pregunta acerca de si el servicio que desarrollan las farmacias justifica un régimen excepcional. El Tribunal responde de manera negativa también a esta segunda cuestión (aps. 47 y 48)[38].

El Tribunal, por una parte, declara que el régimen sueco de monopolio farmacéutico público es contrario a las normas del Tratado. De otra parte, sin embargo, la fundamentación del fallo de la sentencia no se basa en el carácter anticompetitivo de la reserva monopolista sino en el hecho que la organización de ese monopolio no establece medidas de salvaguarda para evitar la potencial discriminación del acceso de medicamentos de otros Estados miembros. Al final, la crítica al sistema sueco no es que pueda establecerse un sistema de mercado privado frente al monopolio público sino que no existe un sistema de selección que excluya cualquier discriminación de los medicamentos procedentes de otros Estados miembros.

[38] *"A este respecto, de la jurisprudencia del Tribunal de Justicia resulta que el artículo 86 CE, apartado 2, puede invocarse para justificar la concesión, por parte de un Estado miembro a una empresa encargada de la gestión de servicios de interés económico general, de derechos exclusivos contrarios al artículo 31 CE, apartado 1, en la medida en que el cumplimiento de la misión específica a ella confiada no pueda garantizarse sino mediante la concesión de tales derechos y siempre que el desarrollo de los intercambios no resulte afectado de una forma contraria al interés de la Comunidad (véanse, en este sentido, las sentencias de 23 de octubre de 1997, Comisión/Países Bajos, C-157/94, Rec. p. I-5699, apartado 32; Comisión/Italia, C-158/94, Rec. p. I-5789, apartado 43, y Comisión/Francia, C-159/94, Rec. p. I-5815, apartado 49**).** Sin embargo, no puede justificarse con arreglo al artículo 86 CE, apartado 2, un régimen de venta como el que es objeto del procedimiento principal, descrito en los apartados 42 y 43 de la presente sentencia, si no existe un sistema de selección que excluya cualquier discriminación de los medicamentos procedentes de otros Estados miembros".*

2.7.- TÉCNICAS DE INTERVENCIÓN ADMINISTRATIVA MAS RELEVANTES

2.7.1.- Acceso: necesidad de autorización

La autorización administrativa de apertura de oficinas de farmacia es un acto administrativo declarativo de derechos que, en principio, es irrevocable para la Administración. El Real Decreto 1778/1994 de 5 de agosto adecua a la Ley de Procedimiento Administrativo el otorgamiento de autorizaciones de farmacia. En su art. 1.2. se establece el alcance de esa autorización: *"a los efectos de este Real Decreto se entiende por autorizaciones todos aquellos actos administrativos, cualesquiera que sea su denominación específica, por los que, en uso de una potestad de intervención legalmente atribuida a la Administración, se permite a los particulares el ejercicio de una actividad, previa comprobación de su adecuación al ordenamiento jurídico y valoración del interés público afectado".*

El procedimiento para el otorgamiento de la autorización debe cumplir los principios de publicidad y transparencia y sujetarse a un baremo establecido. En otras palabras, la autorización como constatación de unos criterios objetivos que regulan la actividad es el ejercicio de la legítima potestad administrativa de planificación.

Así pues, en términos técnico-jurídicos, la autorización no crea un derecho subjetivo sino que el farmacéutico es siempre titular de un derecho al legítimo ejercicio de la profesión. La autorización no es constitutiva sino declarativa de que unos determinados requisitos se cumplen para cohonestar el ejercicio privado con el interés público en garantizar la adecuada ordenación de la actividad. Menos aún, la autorización no publifica la actividad.

Este aspecto incide fuertemente en el carácter transmisible de la autorización. En opinión de GONZÁLEZ PEREZ, "*esa autorización es un control formal previo mediante cuya exigencia se comprueba que el titular reúne las condiciones legal o reglamentariamente establecidas (titulación académica, etc.) y que el local designado cumple igualmente los requisitos establecidos (dimensiones, distancia respecto de otras farmacias, etc). Esa autorización es, además, una autorización de funcionamiento, lo que permite comprobar, mediante las inspecciones correspondientes que se giran*

periódicamente, que esas condiciones permanecen y que las limitaciones se están cumpliendo"[39].

2.7.2.- Planificación territorial: Zonas farmacéuticas, módulos de población y distancias[40]

Corresponde a las Comunidades Autónomas la planificación de la autorización de oficinas de farmacia. Las normas de ordenación territorial deben dirigirse a un fin último cual es garantizar la adecuada atención farmacéutica a toda la población. Para ello deben contemplarse los módulos de población y las distancias. El módulo de población debe contemplar igualmente las características demográficas de la zona: densidad y dispersión.

La legislación (art. 2 Ley 16/1997) establece dos criterios básicos:

- en función de la concentración de la población, los módulos pueden oscilar entre 2.800 habitantes y 4.000 por cada oficina de farmacia. Una vez superada esa proporción, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes;
- en zonas rurales, turísticas o de montaña las Comunidades Autónomas pueden establecer módulos inferiores si, en función de las características demográficas y geográficas, se constata que el criterio general no garantiza la atención.

Junto con la determinación de las zonas farmacéuticas, existe otra limitación a la radicación: las distancias (art. 2.4. Ley 16/1997). El criterio general cifra esa distancia en 250 metros, con dos excepciones, que pueden fijar las Comunidades Autónomas:

- en función de la densidad de población puede reducirse esa distancia;

---

39 GONZALEZ PEREZ, J. y GONZALEZ SALINAS, E. La reforma de la ordenación farmacéutica. Civitas, Madrid, 1996.

40 El RDL 11/1996 de 17 de junio se aplica sólo a las zonas urbanas. En aquellas zonas que no tengan el carácter de urbanas, sigue rigiendo la reglamentación estatal o autonómica anterior.

- se pueden establecer limitaciones de distancias ante la proximidad de centros sanitarios.

Todas las medidas relativas a la planificación de la localización de las farmacias tienen como objetivo limitar la competencia excesiva (*overcompetition o sobreoferta*). Con ello se garantiza unos ingresos mínimos a los profesionales de manera que puedan prestar un servicio sanitario adecuado. El razonamiento presupone que si desapareciera la planificación, la mayor proliferación o concentración de las farmacias supondría una disminución de ingresos de tal magnitud que se pondría en riesgo la continuidad del servicio.

2.7.3.- Restricciones a la transmisión

La oficina de farmacia tiene un valor de mercado, y sólo quien posee el título de farmacéutico puede ser adquirente o cesionario de la Oficina de farmacia, así la oferta y la demanda determinan el precio de venta.

En el informe TDC de 1995, se establece que "*el acceso a la propiedad y titularidad de una oficina de farmacia está fuertemente regulado. La regulación es restrictiva y provoca fuertes desajustes entre la oferta y la demanda. Dado que la demanda es manifiestamente superior a la oferta, el acceso a la propiedad y titularidad de una oficina de farmacia, a menudo, supone realizar elevados desembolsos por el traspaso que gravan fuertemente a los nuevos titulares imponiendo, a su vez, restricciones a la competencia. En muchos casos dicho acceso supone simultáneamente la posibilidad del ejercicio profesional y la creación del propio puesto de trabajo. Por esta razón, conseguir la propiedad de una oficina de farmacia se considera un privilegio alcanzable, en general, sólo por aquellos que puedan hacer frente a los desembolsos necesarios*".

La transmisión se regula ya en el Decreto 909/1978 y la Ley 16/1997, de forma general, en su artículo 4 establece los criterios que rigen la transmisión de las oficinas de farmacia, que, esencialmente, establecen unas bases generales y dejan el resto de la regulación a las Comunidades Autónomas: la transmisión de las oficinas de farmacia únicamente podrá realizarse en favor de otro u otros farmacéuticos y las Comunidades

Autónomas regularán las formas, condiciones, plazos y demás requisitos de las transmisiones de estos establecimientos.

La propia naturaleza jurídica de la oficina de farmacia (actividad privada de interés general sujeta a autorización) comporta la unión entre los aspectos relativos a la propiedad del negocio y la titularidad de la autorización.

El Tribunal Supremo ha tenido ocasión de pronunciarse sobre el particular en la STS de 27 de diciembre de 1991 (RJ 1992/306) en los siguientes términos *"sólo los farmacéuticos podrán ser propietarios o titulares de las oficinas de farmacia; condición inherente al ejercicio de una profesión que requiere la posesión de un título académico y que, en función del régimen jurídico establecido necesita, además, la autorización de la Administración competente por la limitación en el número de autorizaciones a conceder en un término municipal, el suceder en la titularidad de una farmacia, que no puede condicionarse por la voluntad de los herederos del farmacéutico ya que no forma parte del patrimonio hereditario al no ser transmisible, toda vez que aquéllos no pueden ejercer como farmacéuticos sin tener el título habilitante adecuado*" (FJ 2).

Y añade que "*los derechos de naturaleza patrimonial inherentes a un establecimiento farmacéutico: la propiedad del local, o el de naturaleza real o personal en que se legitime su posesión, enseres y específicos existentes en el tiempo en que se haga efectiva la autorización por la Administración conforme a lo dispuesto en los arts. 1.º y 3.º de la Orden de 16-7-1959, si forman parte del cual hereditario del farmacéutico fallecido y, por tanto, transmisibles «mortis causa» según lo dispuesto en el artículo 659 del Código Civil; contenido patrimonial relativo al local en que se halle abierta la farmacia cuya transmisión debe deferirse por la normativa del Derecho Civil y que no condiciona que el titular de la farmacia ejerza su derecho en el caso de que por los herederos del farmacéutico no le concedieren el uso del local, por no llegar a un acuerdo acerca de la valoración de dichos bienes y derechos con el titular de la farmacia, o según la normativa vigente no fuere posible, por pertenecer la propiedad a un tercero ponerlo a nombre del nuevo farmacéutico como arrendatario o propietario u obtener por otro título su posesión; ya que en este caso se daría el supuesto de un traslado forzoso con cierre del establecimiento en que esté abierta la farmacia*" (FJ 3).

2.7.4.- Horario de prestación del servicio. Turnos de guardia

La jornada y horario de los servicios farmacéuticos ha sido objeto de numerosas críticas puesto que un horario poco flexible perjudicaba el principio general de accesibilidad de los medicamentos. Estas críticas fueron en parte atendidas con la redacción del art. 6 de la Ley 16/1997 que establece literalmente:

1. Las oficinas de farmacia prestarán sus servicios en régimen de libertad y flexibilidad, sin perjuicio del cumplimiento de los horarios oficiales y normas sobre guardias, vacaciones, urgencias y demás circunstancias derivadas de la naturaleza de su servicio, fijadas por las Comunidades Autónomas, al objeto de garantizar la continuidad de la asistencia.
2. Las disposiciones que adopten las Comunidades Autónomas en esta materia tendrán el carácter de mínimos, permitiéndose, en consecuencia, el funcionamiento de estos establecimientos en horarios por encima de los mínimos oficiales.
3. Los establecimientos que realicen jornadas u horarios por encima de los mínimos establecidos deberán comunicarlo, con carácter previo, a la Comunidad Autónoma y deberán mantener con continuidad dicho régimen, en los términos en que la autoridad sanitaria les indique.

En consecuencia, sólo cuando el ejercicio de la libertad mercantil no permita cubrir los objetivos sociales deberá aplicarse subsidiariamente la regulación que establece los turnos de guardia y los servicios de urgencia. De esta manera se reconoce que constituyen una realidad económica distinta las farmacias en grandes ciudades y las farmacias rurales, a los efectos de poder ofrecer una eficaz asistencia sanitaria.

Con ello, la Ley recoge el principio de regulación mínima y libertad del farmacéutico para ampliar el mismo. Siguiendo la exposición de GÓMEZ-REINO, puede dividirse entre:

- horario ordinario: se aplica a todas las farmacias y depende de la regulación autonómica. Se realiza igualmente un cómputo semanal mínimo;
- horario de urgencia: son servicios que se realizan fuera del horario ordinario y se organizan normalmente en turnos rotatorios entre varias farmacias. Se dispensan medicamentos y productos sanitarios prescritos en receta médica y

aquellos que se consideren urgentes. La organización de los servicios en estos casos depende de los módulos de población a la que hay que atender con la finalidad de garantizar una adecuada accesibilidad;

- horario libre: cumplidos los horarios ordinario y de urgencia, las farmacias pueden ampliar libremente el horario hasta el punto que en las grandes ciudades se impone el modelo de las farmacias 24 horas. Este horario debe ser objeto de comunicación y debe mantenerse durante un período mínimo de un año.

2.7.5.- Delimitación objetiva del producto sujeto

El papel de las farmacias como establecimiento sanitario está plenamente justificado cuando el producto que se dispensa es una especialidad farmacéutica de prescripción obligatoria. Sin embargo, la actividad farmacéutica se extiende mucho más allá de esos casos no todos los productos que dispensan las farmacias son de interés general. El Tribunal de Defensa de la Competencia en su informe *La competencia en España: balance y nuevas propuestas* ya advertía que "*si se permitiera que los productos farmacéuticos cuya dispensación no exige receta médica se vendieran en todo tipo de establecimientos, los consumidores podrían acceder a los mismos más fácilmente y, a buen seguro, a mejor precio*"

La Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su artículo 7 establece que sólo serán medicamentos los legalmente reconocidos como tales:

- los medicamentos de uso humano[41] y de uso veterinario elaborados industrialmente o en cuya fabricación intervenga un proceso industrial.

[41] Los medicamentos de uso humano constituyen la categoría más relevante. La Ley define como medicamentos de uso humano "*toda sustancia o combinación de sustancias que se presente como poseedora de propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueda usarse en seres humanos o administrarse a seres humanos con el fin de restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o establecer un diagnóstico médico*".

- las fórmulas magistrales
- los preparados oficinales
- los medicamentos especiales

Los medicamentos exentos de control de precios, no financiados por la Seguridad Social y que, según el art. 78 de la Ley 29/2006, no requieren receta para su dispensación podrán ser objeto de publicidad bajo control del Ministerio competente. Los medicamentos de prescripción, se caracterizan por que, además de requerir la correspondiente receta médica, su precio está intervenido por la Administración y no pueden ser objeto de publicidad dirigida a los consumidores.

De todas maneras, lo realmente relevante es que con independencia de la posibilidad de publicidad, los medicamentos sólo pueden venderse en farmacias.

Además, las farmacias comercializan también productos sanitarios como los relacionados con la ortopedia y los productos cosméticos y dietéticos. Para todos ellos, si bien existen normas distintas en cuanto a su dispensación y en cuanto al régimen de precios y descuentos, no existe una separación objetiva por razón del producto cuando se considera la actividad como de interés general.

2.7.6.- Presencia del farmacéutico titular

Toda oficina de farmacia requiere un profesional con titulación y colegiación obligatoria. Así, se dispone en el art. 5.1. de la Ley 16/1997: "*la presencia y actuación profesional de un farmacéutico es condición y requisito inexcusable para la dispensación al público de medicamentos. La colaboración de ayudantes o auxiliares no excusa la actuación del farmacéutico en la oficina de farmacia, mientras permanezca abierta al público, ni excluye su responsabilidad profesional*." Según establece la STC 83/1984, de 24 de julio, "*no puede entenderse que sea contrario al principio de igualdad ante la Ley subordinar a la posesión de un determinado título académico el ejercicio de la actividad de dispensación al público de especialidades farmacéuticas, ni afecta a tal principio el hecho de que los titulados que quieran ejercer su profesión como titulares de una oficina de farmacia hayan de contar con los medios propios para instalarla*."

Este aspecto, sin embargo, no debe confundirse con las disposiciones que vinculan necesariamente la titularidad de la autorización con la condición de farmacéutico. Así, el ejemplo más claro puede encontrarse en la regulación vasca de ordenación farmacéutica aprobada mediante Ley 11/1994, de 17 de junio. En su art. 6.1. se establece que: *"cada farmacéutico solamente podrá ser propietario y titular, o copropietario y cotitular de una única oficina de farmacia"*

Con estas limitaciones se impide que las licencias de farmacia puedan considerarse un negocio a los efectos de inversión ni que aparezcan cadenas de establecimientos cuya titularidad pertenezca a un grupo. Esta restricción podría vulnerar lo establecido en la Ley General de Sanidad (art. 89) que contempla la libertad de empresa en el sector sanitario. El Tribunal de Defensa de la Competencia[42] en su informe utiliza un símil muy gráfico: "*es posible la apertura de un hospital a partir de una inversión privada sin que sea necesario que los inversores sean médicos. La excepcionalidad de esta norma, pese a su generalización, resulta sorprendente y constituye una fuerte barrera al desarrollo de la competencia en el sector*".

2.7.7.- Precios. La cuestión del margen fijo y la prohibición de descuentos

El RD 167/1997, de 7 febrero, por el que se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de medicamentos de uso humano. Este texto fue objeto de modificación por parte del RD-Ley 5/2000, de 23 de junio, de medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso farmacéutico de los medicamentos, y de nuevo por el Real Decreto 2402/2004. De acuerdo con ello, se destaca lo siguiente:

a) Precio de venta al público de los medicamentos publicitarios:

   El precio fijado en el envase de los medicamentos publicitarios será considerado como precio máximo de venta al público. Reglamentariamente se establecerá el descuento máximo aplicable por las oficinas de farmacia a estos medicamentos.

[42] Ver su informe *La competencia en España: balance y nuevas propuestas*

b) Margen de las oficinas de farmacia:

1. El margen profesional de las oficinas de farmacia por dispensación y venta al público de medicamentos de uso humano se fija en el 27,9 % sobre el precio de venta al público sin impuestos para aquellos medicamentos cuyo precio de venta de laboratorio sea igual o inferior a 89,62€. Para los medicamentos que superen este precio, el margen es fijo e igual a 37,94€ por envase.
2. En el caso de dispensación de medicamentos con posibilidad de publicidad, las oficinas de farmacia disponen de la facultad de aplicar descuentos de hasta el 10 % en el precio de venta al público impuestos incluidos, fijado en el envase, que será considerado precio máximo de venta al público.

La Comisión europea ha considerado que no existe un vínculo directo entre la necesidad de controlar el gasto farmacéutico público y el límite cuantitativo al número de oficinas de farmacia autorizadas. Se puede controlar el gasto mediante la reducción de márgenes o incidiendo en el número de recetas que expiden los médicos, pero no dificultando el establecimiento de farmacias.

Finalmente, merece la pena recordar que el artículo 93 de la Ley 29/2006 de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, recoge el funcionamiento del sistema de precios de referencia en vigor en España desde el 2000.

2.8.- SÍNTESIS

Principales conclusiones que arroja el análisis jurídico realizado respecto a la regulación de las oficinas de farmacia:

1. La Ley 16/1997 define las oficinas de farmacia como "establecimientos sanitarios privados de interés público". Ello excluye tanto la total libertad de acceso como la *publicatio* de las farmacias convirtiéndolas en un servicio público *stricto sensu*. Las oficinas de farmacia están integradas en el

Sistema Nacional de Salud, pero como establecimientos mercantiles deben respetar las normas de defensa de la competencia.

2. La intervención administrativa de los servicios de interés general debe compatibilizarse con las libertades económicas básicas derivadas del ordenamiento comunitario y de la Constitución Española. Las restricciones a la libre competencia, la libertad de establecimiento y la libertad de circulación sólo son admisibles desde la óptica del Derecho comunitario y de la Constitución Española si se logra justificar que las restricciones son necesarias, idoneas y proporcionadas.

3. La autorización administrativa de apertura de oficinas de farmacia se entiende como un acto administrativo declarativo de derechos. La autorización no crea un derecho subjetivo sino que el farmacéutico es siempre titular de un derecho al legítimo ejercicio de la profesión. La autorización no es constitutiva sino declarativa de que unos determinados requisitos se cumplen para cohonestar el ejercicio privado con el interés público en garantizar la adecuada ordenación de la actividad. Este aspecto incide en el carácter transmisible de la autorización.

4. Corresponde a las Comunidades Autónomas la planificación de la autorización de oficinas de farmacia. Las normas de ordenación territorial deben dirigirse a un fin último cual es garantizar la adecuada atención farmacéutica a toda la población. Los módulos de población de la Ley 16/1997 no tienen carácter de norma básica ni uniforme, sino sólo subsidiarios. Este criterio ha sido respaldado por el Auto del Tribunal Constitucional de 24 de febrero de 2004.

5. La Ley navarra 12/2000, declarada constitucional por el Auto del Tribunal Constitucional de 24 de febrero de 2004, establece una ordenación territorial farmacéutica diferenciada de la ordenación subsidiaria estatal contenida en la Ley 16/1997 y con la ordenación de la Ley 11/1994 de la CAE:

   5.1. En vez de establecer un número máximo de farmacias por módulo de población (de 2800 a 4000 personas), fija el número mínimo de farmacias para atender a la población de cada zona básica de salud en una farmacia cada 2800 habitantes. Ninguna farmacia podrá ser autorizada a instalarse en otra zona básica de salud si no se alcanza el

número mínimo de farmacias en todas y cada una de las zonas básicas de salud de Navarra.

5.2. Una vez se ha logrado el número mínimo de farmacias, todo farmacéutico podrá ser autorizado a abrir una oficina de farmacia en Navarra hasta que se alcance un número límite: el número máximo total de oficinas de farmacia establecidas en Navarra no será superior a una por cada 700 habitantes.

5.3. Mientras en el modelo subsidiario estatal y el vasco, que se basan en la limitación de la apertura, se exige un mínimo de población para proceder a una autorización de apertura, el modelo navarro se basa en la fijación de un número mínimo de farmacias que atiendan a la población.

6. La Comisión Europea presentó en fecha 28 de junio de 2006 un dictamen motivado contra el Reino de España en el marco de un proceso jurisdiccional de incumplimiento del derecho comunitario que plantea aspectos contrarios al Derecho europeo como:

6.1. El hecho que las Comunidades hayan reforzado los módulos de población y distancias para la planificación territorial. Además, existe el ejemplo de Navarra (Ley 12/2000 de 16 de noviembre) que establece que podrán autorizarse oficinas de farmacia por debajo del límite estatal (respetando la proporción de una oficina de farmacia por cada 700 habitantes).

6.2. A pesar de que los procedimientos de autorización están sujetos a los principios de publicidad y transparencia, la Ley valenciana 6/1998 de 22 de junio, concede prioridad a los farmacéuticos que tengan experiencia profesional en la Comunidad.

6.3. La legislación española prohíbe que un mismo farmacéutico sea propietario de más de una farmacia al mismo tiempo. Se unen pues los criterios de propiedad con el de titularidad de la autorización.

7. La Comisión reconoce que la distribución geográfica de las farmacias y el monopolio de dispensación de medicamentos es competencia de los Estados miembros. Sin embargo, algunos de los criterios aplicados por la legislación española (concepto de población mínima) no es idóneo al fin que se persigue (garantizar el acceso de los ciudadanos a los medicamentos). Una

limitación del número de farmacias no es, como medida cuantitativa, un medio adecuado para garantizar un buen suministro de medicamentos y puede incluso resultar contraproducente en este sentido.

8. Existen precedentes de sentencias del Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas (de 21 de abril de 2005 en el Asunto 140/03 sobre ópticas en Grecia y de 31 de mayo de 2005 Asunto C-438-02 sobre farmacias en Suecia), en el que se han acreditado y prohibido restricciones contra la libertad de establecimiento y de circulación de bienes y servicios incompatibles con el Tratado de la Unión Europea con similitudes al caso de las farmacias en España tanto en el caso de unión entre propiedad y licencia de ejercicio de establecimientos sanitarios privados (ópticos en Grecia), como en la regulación de monopolios públicos de dispensación (farmacias en Suecia).

9. La STC 109/2003 admite que el Estado ha configurado una regulación uniforme para todo el territorio nacional, en relación con las autorizaciones de apertura de las oficinas de farmacia:

   9.1. Las Comunidades Autónomas no estan habilitadas constitucionalmente para aprobar una norma que impida toda clase de transmisibilidad de las oficinas de farmacia.

   9.2. Sería conforme a la Constitución que las Comunidades Autónomas estableciesen la caducidad de la autorización administrativa para la apertura de las oficinas de farmacia en determinados supuestos.

3.- ANÁLISIS ECONÓMICO

3.1.- INTRODUCCIÓN

El análisis económico tiene como objetivo evaluar el impacto que tiene la regulación farmacéutica de la Comunidad Autónoma de Euskadi sobre la competencia entre oficinas de farmacia y en el bienestar de los pacientes.

El estudio realizado sigue la metodología expuesta en Borrell (2006) que resume las lecciones de la experiencia comparada de los últimos años en la utilización del análisis económico de la competencia[43]. Así, se discuten los fundamentos económicos de la competencia en el sector, y se utiliza métodos y técnicas cuantitativas que permiten evaluar los daños a la competencia de las restricciones que impone la planificación farmacéutica.

En el análisis se utiliza la evidencia empírica comparada CAE-CFNavarra para poner de manifiesto cuál es la dinámica competitiva y cuáles los efectos sobre la atención farmacéutica y el bienestar de los ciudadanos en el acceso a la atención farmacéutica de aplicar modelos distintos de planificación farmacéutica. Se contruye de esta manera lo que se conoce como un *but for scenario*: cómo podría a llegar a ser la competencia entre oficinas de farmacia si fueran similares las condiciones de establecimiento de las oficinas de farmacia.

[43] Existe un consenso generalizado en la práctica de la política de competencia sobre cuáles son los aspectos que se deben abordar al estudiar la competencia en los mercados de bienes y en los de prestación de servicios.

Las guías de actuación y la práctica de las autoridades de la competencia han ido convergiendo hacia un análisis económico de prácticas restrictivas de la competencia, de operaciones de concentración y de regulaciones restrictivas de la competencia más explícito y más formal.

3.2.- EL SECTOR DE LAS OFICINAS DE FARMACIA: GRANDES CIFRAS

3.2.1.- Oficinas de farmacia y población

Las oficinas de farmacia constituyen el último eslabón de la cadena distributiva del producto farmacéutico. A diferencia de otros países en los que otros agentes asistenciales –médicos y hospitales- juegan un importante rol en la dispensación de medicamentos, o en los que las oficinas de farmacia se integran en estructuras industriales o cadenas, en el Estado Español la distribución se articula a través de una red de más de 20.500 las oficinas de farmacia independientes. Este monto representa la existencia de una oficina de farmacia por cada, aproximadamente, 2.100 habitantes (año 2005); ratio relativamente estabilizado, a nivel estatal en la dos últimas décadas (1980-2000).

Cuadro 5. Evolución del número de farmacias y del número de habitantes por farmacia en el estado: 1990-2005

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 Farmacias	2.172	2.101	2.098	2.084	2.073	2.068	2.062	2.080	2.082	2.099	2111	2.143

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Gráfico 1

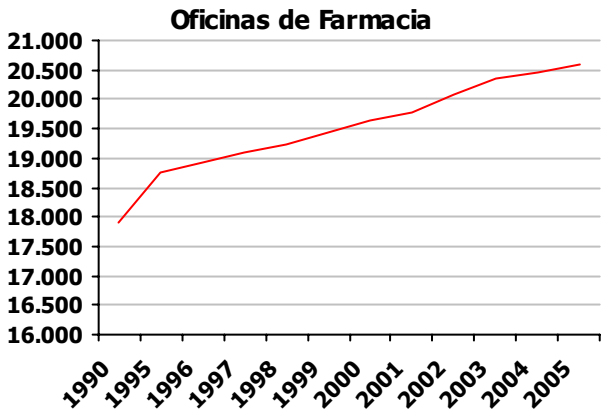
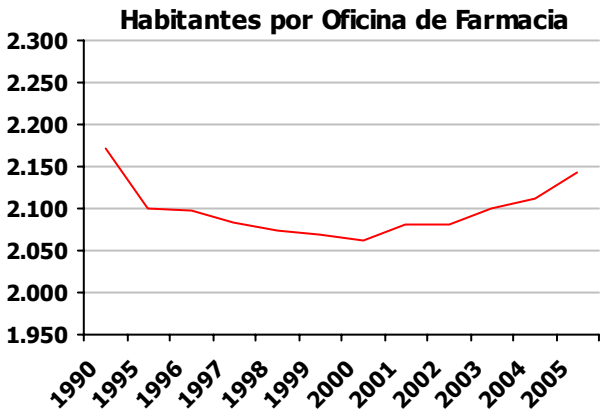


Gráfico 2



La comparación internacional es compleja y poco transparente por las distintas prácticas distributivas de cada país. En cualquier caso, y haciendo abstracción de esa diversidad, las cifras disponibles sitúan el ratio de densidad de farmacias por 10.000 habitantes del estado español entre los más elevados de Europa (sólo superado por Bélgica y Grecia). En términos de densidad de farmacias por Km^2, sin embargo, esta posición se ve matizada, ocupando posiciones intermedias por detrás de Alemania, Bélgica, Italia, Grecia, y Francia.

Cuadro 6. Indicadores de densidad de oficinas de farmacia en diferentes países europeos 2002. Ranking comparativo

Habitantes por farmacia		Farmacias por 10.000 hab.		Farmacias por 100km^2	
Dinamarca***	18.406	Grecia	8,8	Bélgica**	18,4
Suecia	9.917	Bélgica**	5,5	Grecia	7,1
Países Bajos	9.901	España	4,7	Alemania	6,0
Austria*	7.542	Francia	3,9	Italia	5,5
Finlandia	6.509	Irlanda	3,2	Reino Unido	5,0
Reino Unido	4.889	Italia	2,9	Francia	4,3
Portugal	4.184	Alemania	2,6	España	4,0
Alemania	3.843	Portugal	2,4	Países Bajos	3,9
Italia	3.485	Reino Unido	2,0	Portugal	2,7
Irlanda	3.146	Finlandia	1,5	Irlanda	1,8
Francia	2.532	Austria*	1,3	Austria*	1,3
España	2.125	Países Bajos	1,0	Dinamarca***	0,7
Bélgica**	1.819	Suecia	1,0	Finlandia	0,2
Grecia	1.134	Dinamarca***	0,5	Suecia	0,2

** 1998 ** 1999 ***2000*

Fuente: El sector del medicamento en Cataluña. Cámara de Comercio de Barcelona. Datos procedentes de Farmaindustria

Atendiendo a las distintas características territoriales, demográficas y legales de las diferentes CCAA, el ratio general de dotación farmacéutica en el Estado Español abre en 2005 un abanico que va desde los 3.272 habitantes/farmacia de Ceuta a los 1.085 de Navarra. Este último indicador se ha alcanzado después de un proceso acelerado de crecimiento del número de farmacias entre el año 2001 y 2006 en el marco del cambio del marco de ordenación territorial producido en esa Comunidad.

En ese abanico abierto entre las distintas CCAA, la CAE sitúa su ratio en 2005 en 2.614 habitantes por oficina de farmacia, sólo superado por Canarias, Ceuta y Melilla.

Evolutivamente, las diferentes CCAA marcan unas pautas de crecimiento del número de las oficinas de farmacia relativamente homogéneo (en 13 de ellas el crecimiento del periodo 2001-05 es inferior al 3%), con la excepción de Navarra tal y como se ha señalado anteriormente que presenta un crecimiento de en torno al 40% y de Castilla-La Mancha, cercano al 25%. En el caso de la CAE el crecimiento del periodo 2001-05 es del 0,99%.

Navarra y Castilla-La Mancha, explican prácticamente la mitad del crecimiento (47,8%) del parque de las oficinas de farmacia del Estado en el periodo 2001-05.

Cuadro 7. Oficinas de farmacia por CCAA: evolución 2001-2005 y ratio de habitantes por oficina de farmacia 2005

AUTONOMIA	OFICINAS DE FARMACIAS					INCREMENTO %01-05	HABITANTES POR OFICINA DE FARMACIA 2005
	2001	2002	2003	2004	2005		
ANDALUCIA	3.443	3.471	3.494	3.510	3.535	2,67	2.221
ARAGON	677	681	682	682	682	0,74	1.861
ASTURIAS	442	443	443	444	445	0,68	2.419
BALEARES	384	384	388	391	398	3,65	2.470
CANARIAS	647	650	692	702	701	8,35	2.808
CANTABRIA	237	237	239	241	241	1,69	2.333
CASTILLA – LA MANCHA	933	1.054	1.155	1.165	1.167	25,08	1.624
CASTILLA Y LEON	1.550	1.551	1.550	1.557	1.567	1,10	1.602
CATALUÑA	2.897	2.918	2.935	2.951	2.969	2,49	2.356
CEUTA	23	23	23	23	23	0,00	3.273
EXTREMADURA	673	672	677	677	677	0,59	1.601
GALICIA	1.234	1.248	1.264	1.268	1.214	-1,62	2.275
LA RIOJA	146	146	146	145	146	0,00	2.062
MADRID	2.687	2.699	2.706	2.724	2.740	1,97	2.177
MELILA	21	22	23	23	22	4,76	2.977
MURCIA	536	538	540	544	544	1,49	2.456
NAVARRA	392	501	527	538	547	39,54	1.085
PAIS VASCO	805	805	807	809	813	0,99	2.614
COM. VALENCIANA	2.039	2.055	2.057	2.067	2.148	5,35	2.185
ESTADO	19.766	20.098	20.348	20.461	20.579	4,11	2.143

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

En lo que hace a los farmacéuticos colegiados, el ritmo de crecimiento del colectivo en el Estado es, significativamente más elevado que el de oficinas de farmacia. Así, en tanto que las oficinas de farmacia crecían en el periodo 1990-2005 un 15%, los farmacéuticos colegiados lo hacían en un 61,9%. Estos distintos ritmos, se

plasman en una progresiva caída del porcentaje de titulares de oficinas de farmacia respecto al número de colegiados.

Cuadro 8. Evolución en el estado 1990-2005 del número de colegiados y del % de titulares de oficinas de farmacia respecto a los mismos

CONCEPTO	1990	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Colegiados	36.590	41.387	43.221	44.990	46.761	48.717	50.759	52.641	54.710	56.501	57.955	59.251
%Titulares de OF/Colegiados	48,91	45,29	43,75	42,41	41,11	39,90	38,69	37,55	36,74	36,01	35,30	34,73

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

En el caso de la CAE, la comparación del periodo 2001-05 del número de oficinas de farmacia respecto al número de colegiados evoluciona igualmente a la baja, pasando del 33,85% de 2001 al 30,14% de 2005. Esta tendencia es prácticamente generalizada en todas las CCAA. Sólo escapan a la misma Castilla-La Mancha y Navarra.

Cuadro 9. Número de colegiados y % de oficinas de farmacia respecto a los mismos por CCAA. Evolución 2001-05

CCAA	2001		2005	
	Colegiados	% de oficinas de farmacia respecto al nº de colegiados	Colegiados	% de oficinas de farmacia respecto al nº de colegiados
Andalucía	8.607	40,00	9.901	35,70
Aragón	1.464	46,24	1.582	43,11
Asturias (Principado de)	1.215	36,38	1.266	35,15
Balears (Illes)	996	38,55	1.107	35,95
Canarias	1.778	36,39	2.092	33,51
Cantabria	588	40,31	631	38,19
Castilla y León	3.495	44,35	3.731	42,00
Castilla-La Mancha	2.095	44,53	2.383	48,97
Cataluña	8.457	34,26	9.480	31,32
Comunidad Valenciana	5.343	38,16	5.795	37,07
Extremadura	1.442	46,67	1.473	45,96
Galicia	3.952	31,22	4.317	28,12
Madrid (Comunidad de)	8.057	33,35	9.646	28,41
Murcia (Región de)	1.306	41,04	1.418	38,36
NAVARRA	1.020	38,43	1.246	43,90
País Vasco	2.378	33,85	2.697	30,14
Rioja (La)	345	42,32	373	39,14
Ceuta	50	46,00	54	42,59
Melilla	53	39,62	59	37,29

Fuente: Elaboración Propia a partir de los datos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos. INE.

3.2.2.- El mercado farmacéutico

El mercado farmacéutico del Sistema Nacional de Salud ascendió en 2005 de acuerdo al Colegio General de Colegios Profesionales de Farmacéuticos a más de 11.129 millones de euros. De ellos, más del 91% se corresponde a especialidades farmacéuticas[44] o medicamentos de uso humano; en torno al 4% a efectos y accesorios; y el 5% restante a formulaciones magistrales y varios.

Estas cifras se canalizaron a través de más de 764 millones de recetas, con un monto económico por receta (PVP) de 14,55 euros.

Cuadro 10. Mercado de sobre la atención farmacéutica y el bienestar de los ciudadanos farmacéuticas del SNS (2005)

CONCEPTO	PVP $_{IVA}$ (miles de euros)	%	RECETAS (miles)	%	PVP $_{IVA}$/RECETA (euros)
Especialidades	10.175.405,40	91,43	740.808,10	96,85	13,74
Efectos y Accesorios	436.472,50	3,92	16.577,40	2,17	26,33
Fórmulas y varios	517.279,90	4,65	7.498,20	0,98	68,99
TOTAL	11.129.157,80	100,00	764.883,70	100,00	14,55

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

En términos evolutivos el comportamiento de este mercado durante los últimos diez años marca un crecimiento medio anual cercano al 10%. Escapan a esta tendencia el año 1997 y los últimos ejercicios de 2004 y 2005 que marcan crecimientos cercanos al 6%.

[44] En 2006 las especialidades farmacéuticas pasan a denominarse medicamentos de uso humano. En adelante se utilizarán estas dos expresiones como sinónimos.

Cuadro 11. Mercado del sistema nacional de salud 2005 a PVP_{iva} en oficinas de farmacia. Especialidades Farmacéuticas, Fórmulas, Efectos y Accesorios (millones de Euros)

AÑO	Consumo Total a PVP_{IVA} SNS	%Var. Anual
1994	4.295,37	
1995	4.815,19	12,1
1996	5.340,19	10,9
1997	5.615,60	5,2
1998	6.174,72	10,0
1999	6.762,54	9,5
2000	7.319,94	8,2
2001	8.019,35	9,6
2002	8.839,03	10,2
2003	9.948,54	12,6
2004	10.514,00	5,7
2005	11.129,16	5,9

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Al margen del Sistema Nacional de Salud, la cuantificación del mercado de productos comercializados a través de las oficinas de farmacia –prescripciones de facultativos ajenos al SNS, medicamentos publicitarios, y productos no farmacéuticos- es más compleja. Abriendo el foco hacia el mercado de especialidades farmacéuticas externas al SNS, el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos cuantifica el mercado total de especialidades farmacéuticas en 2005 en 13.575 millones de euros; es decir 3.400 millones de euros adicionales al mercado de especialidades vinculado al SNS (10.175 millones). Dicho de otro modo, el mercado de especialidades farmacéuticas del SNS representa en torno al 75% del mercado de especialidades farmacéuticas, a precios de venta al público, alcanza una dimensión equivalente al 1,50% del PIB aproximadamente

Las estimaciones del resto de productos son más difíciles; en particular las asociadas a los productos no farmacéuticos –cosméticos, etc.-. A título informativo cabe señalar que la Asociación Nacional de Especialidades Farmacéuticas Publicitarias cifraba el mercado de estos productos en 2005 en 600 millones de euros y el mercado de la

parafarmacia (productos de cuidado personal PEC, nutrición NUT y cuidado del paciente PAC) en cerca de 2.500 millones.

En el caso de la CAE la facturación asociada a los más de 35 millones de recetas del mercado farmacéutico de especialidades vinculado al SNS ascendió, de acuerdo a las cifras provisionales que publica el Ministerio de Sanidad, a cerca de 482 millones de euros; en torno al 4,8% del conjunto estatal.

Cuadro 12. Gasto farmacéutico del sistema oficial de salud vía receta por CCAA 2005

COMUNIDAD AUTÓNOMA	GASTO FARMACEUTICO VIA RECETA DEL SNS (euros)	NÚMERO DE RECETAS
ANDALUCIA	1.663.198.372,63	137.580.880
ARAGON	321.209.841,21	23.466.033
ASTURIAS	285.401.434,99	20.599.710
BALEARES	177.707.642,94	13.011.615
CANTABRIA	126.495.507,77	9.485.924
CASTILLA LA MANCHA	474.646.174,62	35.723.987
CASTILLA Y LEON	596.220.179,63	43.261.747
CATALUÑA	1.617.875.397,25	125.056.043
CANARIAS	433.156.388,22	31.724.448
EXTREMADURA	278.853.981,38	20.820.542
GALICIA	734.949.583,96	52.468.493
MADRID	1.034.484.041,09	83.030.428
MURCIA	330.604.268,66	24.020.839
NAVARRA	13.559.170,95	9.801.929
C. VALENCIANA	1.269.610.392,70	92.789.118
PAIS VASCO	481.933.736,23	35.024.561
LA RIOJA	68.376.836,23	4.993.658
CEUTA	11.966.711,20	980.012
MELILLA	9.095.426,94	795.130
TOTAL ESTADO	10.051.377.625,60	764.635.097

Fuente: Ministerio de Sanidad y Consumo. Datos provisionales de facturación de recetas médicas

Si se parte de la cuota del 4,8% de participación en el mercado estatal del SNS, como elemento de orientación aplicado al mercado total de especialidades farmacéuticas en el Estado que cuantifica el Consejo General de Colegios Farmacéuticos, cabría estimar el mercado total de especialidades farmacéuticas de la CAE en torno a 652 millones de euros.

3.2.3.- Los precios de los productos farmacéuticos

El precio de los medicamentos de uso humano responde a un esquema regulado. Se utiliza el año 2005 como referencia, la composición relativa del precio de los productos farmacéuticos se muestra en el Cuadro 13.

A partir de esta estructura y siguiendo la composición del precio medio de las especialidades aplicada al mercado total de especialidades antes cuantificado, se obtiene una facturación media estimada de especialidades farmacéuticas por oficina de farmacia de aproximadamente 0,80 millones de euros para la CAE y de 0,66 millones para el conjunto del estado; con márgenes de 0,21 millones en las oficinas de farmacia vasca y de 0,17 en el conjunto estatal.

Cuadro 13. Composición relativa del precio de especialidades farmac. 2005

Especialidades en función del margen de la Oficina de Farmacia	Laboratorio	Margen Distribución	Margen Farmacia	IVA 4%	TOTAL
PVP (sin IVA) de las Especialidades BASE=100					
Especialidades en general	65,78	6,32	27,90		100,00
Especialidades Genéricas: Hasta el 28 de febrero de 2005, margen farmacia del 33% del PVP	64,95	6,24	28,81		100,00
Especialidades de Margen Fijo por envase	>=63,25	<=6,32	<=27,90		100,00
PRECIO MEDIO DE LAS ESPECIALIDADES	66,74	6,13	27,13		100,00
PVP IVA de las Especialidades BASE=100					
Especialidades en general	63,25	6,08	26,83	3,85	100,00
Especialidades Genéricas: Hasta el 28 de febrero de 2005, margen farmacia del 33% del PVP	62,45	6,00	27,70	3,85	100,00
Especialidades de Margen Fijo por envase	>=63,25	<=6,08	<=26,83	>=3,85	100,00
PRECIO MEDIO DE LAS ESPECIALIDADES	64,17	5,89	26,09	3,85	100,00
A partir del 1 de marzo de 2005, los márgenes de las especialidades son los siguientes: 1. Especialidades con precio Laboratorio menor de 89,62 euros Margen Distribución: 8,6%/PVD Margen Oficina de Farmacia: 27,9%/PVD 2. Especialidades con precio Laboratorio igual o mayor de 89,62 euros Margen Distribución: 8,43 euros Margen Oficina de Farmacia: 37,94 euros					

Fuente: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

Cuadro 14. Estimación del mercado 2005 de especialidades farmacéuticas en el estado y CAE: facturación media por oficina de farmacia y resto de eslabones de la cadena de distribución (millones de euros)

		LABORATORIO	MAYORISTAS	OFICINAS DE FARMACIA		
			Margen Distribución	Margen Farmacia	IVA	TOTAL
Mercado de especialidades Farmacéuticas	ESTADO	8.711,07	799,56	3.541,72	522,64	13.575,00
	CAE	418,39	38,40	170,11	25,10	652,00
Facturación media por Oficina de Farmacia en especialidades farmacéuticas	ESTADO	0,42	0,04	0,17	0,02	0,66
	CAE	0,51	0,05	0,21	0,05	0,80

Fuentes: Estimación propia a partir de datos del Consejo General de Colegios Profesionales de Farmacéuticos. Ministerio de Sanidad

3.2.4.- Mapa de oficinas de Farmacia de la CAE

En 2006, el número de oficinas de farmacia de la CAE asciende a 817 de acuerdo al desglose comarcal que se presenta a continuación.

Cuadro 15. Mapa comarcal de oficinas de farmacia de la CAE 2006

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	HABITANTES/ FARMACIA	DENSIDAD FARMACIAS*	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD**
VALLES ALAVESES	5.262	3	1.754	0,6	10	1,9
LLANADA ALAVESA	241.497	74	3.263	0,3	19	0,1
MONTAÑA ALAVESA	3.152	2	1.576	0,6	4	1,3
RIOJA ALAVESA	10.826	8	1.353	0,6	13	1,2
ESTRIBACIONES DEL GORBEA	7.791	5	1.558	0,6	5	0,6
CANTABRICA ALAVESA	33.398	13	2.569	0,4	8	0,2
ÁLAVA	301.926	105	2.875	0,3	59	0,2
GRAN BILBAO	872.678	327	2.669	0,4	66	0,1
DURANGUESADO	93.581	32	2.924	0,3	18	0,2
ARRATIA-NERVIÓN	22.205	10	2.221	0,5	13	0,6
ENCARTACIONES	30.342	13	2.334	0,4	16	0,5
GERNIKA/BERMEO (BUSTURIALDEA)	45.111	21	2.148	0,5	20	0,4
MARKINA-ONDARROA (LEA-ARTIBAI)	25.795	10	2.580	0,4	12	0,5
PLENTZIA-MUNGIA (URIBE)	49.768	18	2.765	0,4	20	0,4
BIZKAIA	1.122.637	431	2.605	0,4	165	0,1
BAJO BIDASOA	76.334	30	2.544	0,4	3	0,0
BAJO DEBA	54.115	22	2.460	0,4	8	0,1
ALTO DEBA	61.654	22	2.802	0,4	7	0,1
DONOSTIALDEA	319.563	135	2.367	0,4	23	0,1
GOIERRI	64.902	27	2.404	0,4	16	0,2
TOLOSALDEA	45.897	20	2.295	0,4	12	0,3
UROLA COSTA	69.430	25	2.777	0,4	9	0,1
GIPUZKOA	691.895	281	2.462	0,4	78	0,1
TOTAL	2.116.458	817	2.591	0,4	302	0,1

** Número de farmacias por mil habitantes* *** Número de Centros de Salud por mil habitantes*

Fuente: INE. Padrón Municipal 2006, Gobierno Vasco. Elaboración propia

Se observa que los ratios de densidad farmacéutica son relativamente homogéneos en los tres Territorios Históricos y sus diferentes comarcas.

3.2.5.- El caso navarro: una referencia comparativa

Cuadro 16. Mapa comarcal de oficinas de farmacia de la CF Navarra 2006

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	HABITANTES/ FAMARCIA	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
NOROESTE	53.705	61	880	1,1	57	1,1
PAMPLONA	321.514	280	1.148	0,9	67	0,2
TIERRA ESTELLA	40.551	45	901	1,1	55	1,4
PIRINEO	12.629	15	842	1,2	75	5,9
NAVARRA MEDIA ORIENTE	32.069	36	891	1,1	27	0,8
RIBERA ALTA	57.739	55	1.050	1,0	25	0,4
TUDELA	83.667	69	1.213	0,8	18	0,2
NAVARRA	601.874	561	1.073	0,9	324	0,5

Fuente: INE. Padrón Municipal 2006, Gobierno de Navarra. Elaboración propia

3.3.- IDENTIFICACIÓN DE LOS MERCADOS RELEVANTES

El análisis de la competencia en cualquier sector requiere dirigir la mirada hacia donde se produce la rivalidad entre profesionales o empresas para atender las necesidades de la población. Para ello, se parte de la definición del mercado de relevante tanto de producto como geográfico. Con la identificación del mercado de producto se identifican qué bienes o servicios son sustitutivos desde el punto de vista de la demanda, y en qué medida distintos profesionales rivalizan en atender las necesidades de la demanda ofreciendo distintos servicios.

La definición del mercado geográfico, por su parte, requiere identificar el área territorial en el que se produce la rivalidad entre profesionales que ofrecen sus servicios a la población. Se trata de conocer cuál es el ámbito en el que se produce la mutua interdependencia entre profesionales que compiten por satisfacer las necesidades de la población. Esa interdependencia en un entorno competitivo restringe la capacidad de los profesionales de hacer negocio, y orienta los esfuerzos de los operadores hacia atender las demandas a precios asequibles.

3.3.1.- Mercado de producto

La oficina de farmacia ofrece un conjunto variado de servicios. El más importante tanto en número de servicios como en el importe de facturación de los mismos es la dispensación de medicamentos. En especial, la dispensación de medicamentos de uso humano de prescripción médica a cargo de los fondos públicos del Sistema Nacional de Salud representa en torno a tres cuartas partes de las ventas de medicamentos. Además, las oficinas de farmacia comercializan otros productos sanitarios como son los complementos alimenticios, los productos para el cuidado personal, los productos de nutrición, y productos para el cuidado de los pacientes.

La farmacia ofrece un conjunto de productos diferenciados ya sea en exclusividad (reserva legal de dispensación de medicamentos), o bien en competencia con otros establecimientos comercializadores de productos sanitarios para el cuidado personal, la nutrición o el cuidado de los pacientes. Unos productos no son, por regla general, sustituivos de los otros. Para cada tratamiento médico o para cada necesidad de cuidado personal existe de hecho poca competencia entre distintos productos. Las oficinas de farmacia rivalizan entre ellas y con otros establecimientos en un conjunto de mercados relevantes de productos diferenciados poco sustitutivos entre sí.

Los márgenes que obtienen los farmacéuticos en la dispensación de medicamentos están fijados reglamentariamente, por tanto, no hay competencia en precios. La competencia se ciñe a ofrecer mejores servicios para la mayor parte de la actividad profesional del sector. Existe controversia jurídica sobre si los farmacéuticos pueden ofrecer descuentos sobre los márgenes regulados En todo caso, la normativa estatal farmacéutica sólo autoriza explícitamente los descuentos en los medicamentos llamados publicitarios[45]. Y en este caso existe un límite máximo en los descuentos. Por el contrario, el resto de productos de venta en farmacia tienen precios y márgenes libres.

Así, la oficina de farmacia ofrece servicios de dispensación y comercialización vinculados a productos diferenciados que pertenecen a mercados relevantes distintos. Y, en unos casos, compite sólo con otras farmacias en la dispensación de

[45] Para un pequeño grupo de medicamentos que no requieren receta médica y que pueden anunciarse directamente al público.

medicamentos cuya comercialización está reservada por ley a las oficinas de farmacia, y, en cambio, en otros compite con otros canales comerciales ya que no existe reserva legal en el caso de los complementos alimenticios, y los productos de nutrición, cuidado personal o cuidado de pacientes.

3.3.2.- Mercado geográfico

El espacio geográfico en el que se produce la interacción competitiva entre las diversas oficinas de farmacia es un entorno muy localizado alrededor del domicilio y el centro de salud que más utilizan los ciudadanos.

La literatura internacional y la evidencia empírica disponible tanto para España como para otros países europeos pone de manifiesto que la mayor parte de las compras de productos farmacéuticos se realizan en las oficinas de farmacia más cercanas al domicilio familiar y al centro de asistencia sanitaria primaria. Sólo una pequeña parte de las compras se realizan en oficinas de farmacia cercanas al puesto de trabajo, o bien en oficinas de conveniencia situadas en centros comerciales, estaciones de tren, aeropuertos, etc.

Schaumans y Verboven (2006) creen razonable definir los mercados geográficos relevantes a escala de pueblos grandes o ciudades pequeñas (*town level*) tras revisar un conjunto de estudios sobre asistencia sanitaria. La población en los pueblos o ciudades pequeñas se suele distribuir de forma más densa o dispersa en torno a un centro, excepto en las zonas urbanas más densamente pobladas donde se forman continuos urbanos con diversas centralidades.

Por ello, Schaumans y Verboven (2006) proponen estudiar la dinámica competitiva en los pueblos o ciudades de menos de 15.000 habitantes y de densidad menor a 800 habitantes por kilómetro cuadrado. En estas poblaciones, los pacientes se

guían en sus decisiones sobre donde abastecerse de medicamentos por la información local[46].

En este mismo sentido, el amplio estudio realizado por la *Office of Fair Trading, OFT,* del Reino Unido en 2003 sobre la prestación del servicio farmacéutico al público en el Reino Unido también ofrece evidencia[47] de que los mercados goegráficos relevantes tienen carácter local en el caso de las oficinas de farmacia.

Esta evidencia indica que no existe sustituibilidad por parte de la demanda a alterar los patrones de localización de las compra. En el caso del Reino Unido, Frontier Economics (2002b, en el marco del estudio OFT 2003) encuentra que sólo son las farmacias en lugares de paso y centros comerciales las que ofrecen descuentos respecto a los precios mayoritarios en las farmacias de proximidad, cercanas al domicilio o centro de salud. En este mismo sentido, Frontier Economics (2002b, en OFT 2003) señala que las farmacias de centros comerciales (supermercados) son las únicas que tienen precios menores al resto de farmacias (de proximidad en su mayoría).

Esta escasa variación de precios entre las farmacias de proximidad en el Reino Unido también indica que la aplicación del test del monopolista hipotético[48] en la definición del mercado geográfico en el sector de las oficinas de farmacia nos llevaría a delimitar el ámbito de la rivalidad entre los farmacéuticos en los entornos que delimitan los desplazamientos mayoritarios de la población atendida entre sus domicilios y los

[46] Schaumans y Verboven (2006) también citan algunas encuestas que indican que los pacientes no viajan fuera de su ciudad a visitar a su médico de familia. En Holanda, el 85% de los pacientes se desplazan menos de 5 kilómetros para acceder al consultorio de medicina general, y normalmente este desplazamiento se realiza dentro de la ciudad de residencia. En Bélgica, el 94% de los pacientes tienen un médico de familia fijo que visita en un consultorio médico cercano a su domicilio.

[47] Por ejemplo, OFT (2003) muestra que sólo el 6% de los pacientes utiliza farmacias de paso en su desplazamiento entre su domicilio y su trabajo, mientras que el resto utiliza las farmacias de proximidad que tiene entre su domicio y el consultorio de su médico, que normalmente está en su localidad de residencia.

[48] Las autoridades de defensa de la competencia delimitan como mercado relevante el territorio más pequeño sobre el que un monopolista hipotético desearía tener exclusividad para poder aumentar los precios en más de un 5%. Es el llamado criterio SSNIP que proviene de las siglas *Small but Significant and Non transitory Increase in Prices*. Es decir, el territorio más pequeño en el que si un monopolista tuviera exclusividad, no tuviera competencia, podría cargar los precios que harían máximos sus beneficios. En este territorio, la presencia de competidores le impediría cargar precios mayores.

centros de salud, o incluso que ni se produce rivalidad de precios entre las farmacias localizadas en estos entornos de desplazamientos de casa al centro de salud (farmacias de proximidad).

Partiendo de esta referencia, se ha realizado un trabajo de campo, bajo el enfoque de análisis de casos, para confirmar el carácter local de la interacción competitiva entre las farmacias en la CAE y en la CF Navarra. El objetivo es realizar un *pretest del monopolista hipotético* que aporte evidencias sobre en qué medida cada oficina de farmacia abierta al público rivaliza en precios o servicios con las oficinas de farmacia que están abiertas en su entorno más inmediato.

Los datos de precios y servicios que se han extraído del trabajo de campo se han utilizado para realizar una prueba de lo que sería un *test del monopolista hipotético,* en este caso *un pretest*. Esta prueba tiene que indicar en qué medida la pequeña muestra estructurada de datos levantada permite sostener que el mercado relevante es local, de nivel municipal o incluso de barrio, o bien comarcal o regional.

Si la presencia de mayor número de oficinas de farmacia en cada uno de los municipios y barrios de Navarra elegidos muestra que los precios son significativamente menores y los servicios prestados más amplios, la rivalidad a nivel local tiene efectos. Y en ese caso, el mercado geográfico relevante es de carácter local (municipal para los pequeños pueblos, y de barrio para las ciudades). Y en ese caso, la limitación de la libertad de entrada (la monopolización a efectos de competencia) tendría efectos adversos para el público.

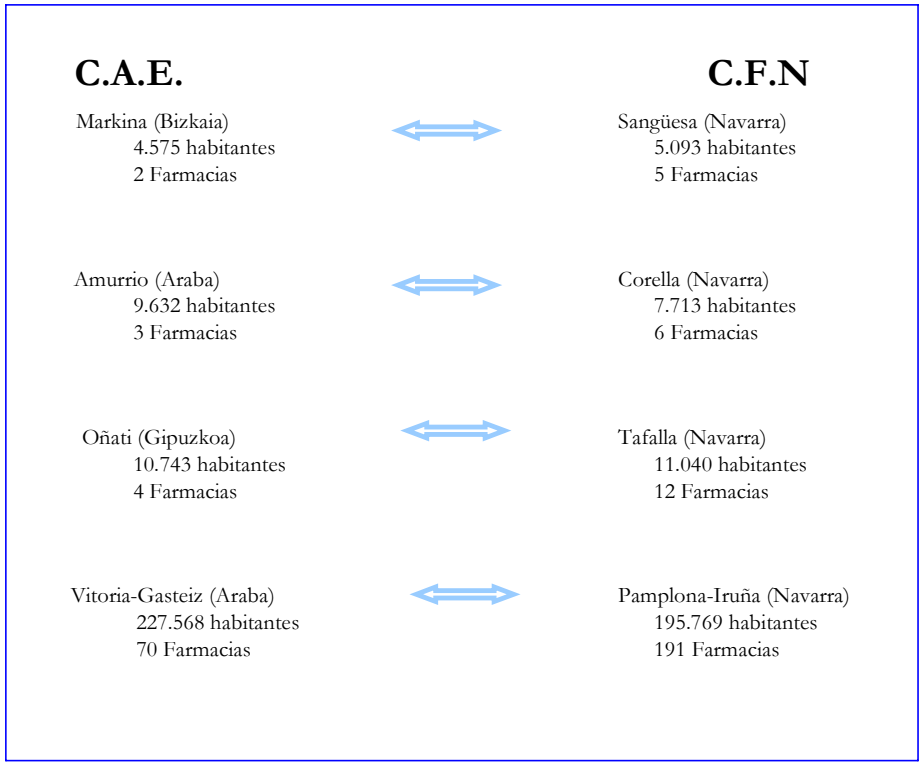
Este enfoque sostenido en una reducida muestra no permite realizar inferencias estadísticas más allá del ámbito de observación pero la comparación obtenida en los precios y los servicios ofrecidos al público en oficinas de farmacia en la CAE en relación a oficinas de entornos similares en Navarra, resulta ilustrativa de en qué medida la presencia de más rivales, o de rivales más cercanos, cambia las estrategias competitivas de los farmacéuticos.

Tal y como se mostrará más adelante con más detalle, la comparación entre la CAE y Navarra es especialmente interesante porque el cambio en el modelo navarro de planificación farmacéutica en el año 2000 ha permitido la apertura de numerosas farmacias durante los últimos 6 años. En 2006, en Navarra existen 561 farmacias

abiertas al público, una farmacia cada 1.073 habitantes en promedio. En la CAE, en cambio, existen 817 farmacias abiertas al público una farmacia por cada 2.875 habitantes en Álava, por cada 2.605 habitantes en Bizkaia y 2.462 en Gipuzkoa.

Se ha escogido una pequeña muestra de cinco entornos urbanos de características sociodemográficas y geográficas similares en la CAE como en Navarra.

Figura 1



La figura 1 muestra que cada uno de los municipios de la CAE comparaados con su contraparte en Navarra se caracteriza por tener un número mucho menor de oficinas de farmacia abiertas al público. De esta manera, se puede observar qué efectos tiene la menor rivalidad existente en la CAE en relación a la mayor competencia que se da en entornos similares en Navarra.

Para las farmacias localizadas en estos entornos seleccionados se ha realizado una exploración sobre el terreno con el objetivo de ver si la mayor competencia que existe en Navarra en forma de mayor número de establecimientos abiertos al público ya sea a nivel municipal, o bien de barrio o zona urbana, se traslada en forma de menores precios o mejor servicio a los pacientes. En el Anexo 2 se muestra la ficha-cuestionario que se ha utilizado en el trabajo de campo.

Con todo, el mayor número de farmacias en los municipios navarros no parece corresponderse con un incremento significativo de la distancia entre las farmacias abiertas al público en cada uno de los municipios. Mientras que tanto en la CAE como en Navarra se observa que existen dos o tres farmacias muy céntricas y cercanas unas de otras, las siguientes farmacias (terceras o cuartas en adelante) parecen estar más distantes del centro del municipio.

El mayor número de farmacias que se observa en los municipios navarros no se ha concentrado en el centro de los municipios visitados. En este sentido, hay que advertir que el nuevo modelo de planificación farmacéutica de Navarra ha reducido la distancia mínima de los 250 a los 150 metros, pero no la ha eliminado.

El *test del monopolista hipotético*[49] tiene como objetivo delimitar cuál es el mercado relevante en el que se produce la interacción competitiva entre los establecimientos, profesionales o empresas en competencia.

El cuadro 17 pone de manifiesto que existe poca competencia en precios entre farmacias abiertas al público. Con todo, existen más farmacias en cada municipio de Navarra que en cada municipio de la CAE, y además las farmacias se enfrentan en promedio a más rivales en Navarra que en la CAE, y esta mayor rivalidad se traduce en menores precios en Navarra. En el cuadro 17 se observa que cada farmacia de la

[49] Las autoridades de defensa de la competencia delimitan como mercado relevante el territorio más pequeño sobre el que un monopolista hipotético desearía tener exclusividad para poder aumentar los precios en más de un 5%. Es el llamado criterio SSNIP que proviene de las siglas *Small but Significant and Non transitory Increase in Prices*. Es decir, el territorio más pequeño en el que si un monopolista tuviera exclusividad, no tuviera competencia, podría cargar los precios que harían máximos sus beneficios. En este territorio, la presencia de competidores le impediría cargar precios mayores.

muestra se enfrenta en la CAE sólo con 0.9 farmacias en su entorno más próximo de un recorrido de una manzana a pie, mientras que en Navarra cada farmacia se encuentra con la competencia de 1.6 farmacias en su entorno más próximo. El cuadro también muestra que la menor rivalidad promedio en la CAE se traduce en unos precios de los productos de márgenes libres o con descuentos autorizados de entre un 4% y un 5% mayores en la CAE que en Navarra.

Estos menores precios promedio en Navarra se dan tanto en los productos del área no reservada legalmente a las farmacias, comercialización de productos para el cuidado personal, la nutrición y el cuidado de pacientes (5%), como en los productos del área reservada legalmente a las farmacias, los medicamentos (4%).

Cuadro 17. Diferencias de precios.

	Euskadi	Navarra
IDENTIFICACIÓN Y ENTORNO		
Número de farmacias visitadas	13	14
Mediana de farmacias en el municipio	4	9
Media de farmacias a la vista	0.6	0.9
Media de farmacias en la manzana	0.6	1.6
% farmacias cerca centro de salud	62%	50%
% farmacias en entorno comercial	54%	93%
Diferencia en la media farmacias a la vista	0.3	
Diferencia en la media de farmacias en la manzana	1.0	
Diferencia en localización entorno salud	-12%	
Diferencia en localización entorno comercial	39%	
DIFERENCIAS DE PRECIOS		
1. Todos los productos de la cesta		
Descuento medio por producto	5%	
2. Area reservada (medicamentos)		
Descuento medio por producto	4%	
3. Area libre (otros productos)		
Descuento medio por producto	5%	

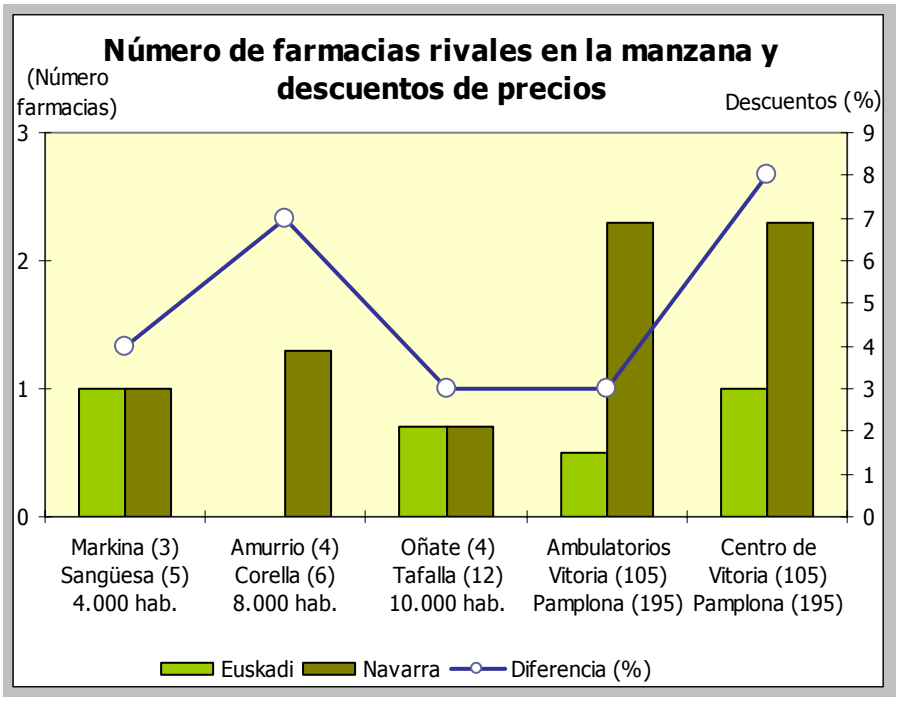
Nota: El cuadro muestra un precio superior medio en la CAE respecto a Navarra en la pequeña muestra de 27 farmacias de 10 municipios/barrios visitados.

El trabajo de campo realizado permite dilucidar cuál es la rivalidad que importa a efectos del estudio de la competencia en el sector de las oficinas de farmacia: en qué medida es la presencia de más farmacias abiertas en el conjunto de la Comunidad

Autónoma, de la provincia, de la comarca, o bien es la presencia de más farmacias en el municipio y el barrio la que fuerza los precios a la baja y los servicios al alza.

El gráfico 3 y el cuadro 17 ponen de manifiesto que no es sólo el número de farmacias existentes, sino la proximidad entre ellas la que impulsa la competencia en precios. Y, además, las farmacias que están cercanas a los centros de salud parecen tener un poder de mercado derivado de su localización que hace que la apertura de nuevas farmacias en el municipio no sea suficiente para moderar los precios. Sólo la competencia en la cercanía del ambulatorio es en estos casos relevante.

Gráfico 3



El gráfico 3 muestra que los descuentos afloran especialmente en los casos de Amurrio/Corella (7%) y de los centros de Vitoria-Gasteiz/Pamplona (8%). En estos dos casos hay diferencias significativas en el número de farmacias rivales en el entorno de una manzana a pie de las farmacias visitadas. En Amurrio ninguna de las tres farmacias visitadas tenía rivales en su entorno, mientras que en Corella cada farmacia de las tres visitadas tenía en promedio 1.3 farmacias rivales en su entorno. Asimismo, en el centro de Vitoria las tres farmacias visitadas sólo tenían una farmacia rival en promedio en su

entorno, mientras que en el centro de Pamplona cada farmacia visitada tenía 2.3 farmacias rivales en su entorno.

En los casos Markina/Sangüesa no existen diferencias en la proximidad de la rivalidad a pesar de que en Sangüesa existen 5 farmacias mientras que en Markina hay sólo 2. La existencia de más farmacias no conlleva mayores descuentos de precios (los descuentos se quedan en este caso en el 4%). Parece que las nuevas farmacias en Sangüesa están demasiado alejadas de las existentes, o bien la localización de las existentes es demasiado buena como para que la apertura de nuevas farmacias discipline los precios.

En este mismo sentido, la existencia de 12 farmacias en Tafalla parece ser incluso menos efectiva en moderar de forma proporcional los precios en relación a los existentes en las cuatro farmacias de Oñati. El descuento promedio alcanza sólo el 3%. De nuevo en este caso, más farmacias no se traducen en la necesaria proximidad entre las nuevas farmacias para conseguir disciplinar los precios.

Y finalmente, en el caso de un entorno cercano a un centro de salud parece que ni la proximidad sea suficiente para moderar los precios. En el caso de la comparación entre farmacias que están junto a centros de salud, la mayor rivalidad en Pamplona (2.3 farmacias rivales) frente a la menor en Vitoria-Gasteiz (0.5) no es suficiente para conseguir descuentos de precios importantes. Los descuentos se quedan en el 3%. El mercado relevante de las que están junto a centros de salud se reduce a los pocos metros en torno al centro de salud.

Con estos datos se realiza el *pretest del monopolista hipotético*. La mayor restricción al establecimiento de farmacias en la CAE ofrece evidencia de que la competencia tiene marcado carácter local, ya que sólo cuando se amplia el número de farmacias y la proximidad entre ellas en el entorno local afloran menores precios, y como se vera más adelante ampliación de la atención farmacéutica (más horas de atención al público, y nuevos servicios complementarios).

Además, hay que advertir que los mercados relevantes son en las ventas en el área reservada (medicamentos) y en las ventas en el área libre (otros productos). El mercado relevante de los productos que no son de venta exclusiva en farmacia parece ser el mercado local, municipal o de barrio, ya que un aumento del número de

farmacias va aparejado a mayores descuentos, del 6% al 8% en la mayoría de casos (excepto en Markina/Sangüesa que lleva a descuentos del 3%).

En cambio, el mercado relevante de los productos de venta exclusiva en farmacias (medicamentos) parece ser menor al municipal. En estos casos, la proximidad entre farmacias fomenta la competencia, y la proximidad a un centro de salud disipa la competencia.

3.4.- ANÁLISIS DE LA CONCENTRACIÓN Y DE LA DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL EN EL SECTOR DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

Una vez definidos los mercados geográficos como los entornos locales de proximidad entre el domicilio familiar y los centros de salud, se ha llevado a cabo un análisis del grado de concentración. El indicador de concentración elegido es el número de oficinas de farmacia en los diversos mercados geográficos definidos a nivel local[50].

Al analizar las grandes cifras del sector se observa que el número de farmacias abiertas al público por cada mil habitantes en Navarra era ya en 2005 casi el doble que en la CAE, y que el patrón geográfico de estas diferencias no es homogéneo a lo largo del territorio. En los núcleos más poblados se supera esta diferencia. El indicador de habitantes por farmacia en Navarra está por debajo de cualquiera de los países de la Unión Europea y de las CCAA. El indicador de la CAE se sitúa en la tabla baja del ranking de los países de la Unión Europea y de las CCAA

Dada la definición local del mercado relevante, se ha realizado una primera aproximación a la capacidad de sustitución que tiene la población de la compra en una oficina de farmacia por la compra en una farmacia competidora a partir del análisis de la localización de las oficinas de farmacia en el territorio, su proximidad y su

[50] No ha sido posible acceder a información sobre dispensación de medicamentos a cargo de fondos públicos que permitirían calcularar indicadores de concentración como cuotas de mercado e índices de Herfindhal-Hirschman (la suma del cuadrado de las cuotas de mercado).

concentración en relación a la población que atienden y la distribución de los centros de salud.

Siguiendo a Schaumans y Verboven (2006) se ha delimita estos mercados municipales en los que la rivalidad entre farmacias queda acotada a un área geográfica separada de las demás como los municipios de menos de 15.000 habitantes y de menos de 800 habitantes por kilómetro cuadrado, mercados relevantes mutuamente excluyentes que pueden ser analizados sin temor a que exista interdependencia entre ellos.

La información sobre el municipio en el que están localizadas todas las farmacias de la CAE y Navarra y su titularidad y los datos relativos a la localización de los centros de salud en la CAE y en Navarra ha permitido calcular una serie de estadísticas sobre la estructura de los mercados geográficos en los que interaccionan las oficinas de farmacia y estimar modelos que predicen el número de farmacias, dadas las características sociodemográficas y regulatorias.

Los cuadros 18 a 31 muestran la distribución de las farmacias existentes por municipios de distintas dimensiones para los tres territorios de la CAE y para Navarra. A pesar de que el número de estos municipios en los distintos territorios abre un abanico significativo, se constata que en cada uno de los diferentes segmentos poblacionales contemplados el tamaño de los municipios resulta comparable.

Los datos son especialmente reveladores del cambio en la distribución de las oficinas de farmacia que se ha producido entre los territorios históricos de la CAE y Navarra.

Este análisis muestra que las menores restricciones al establecimiento de nuevas farmacias en Navarra ha favorecido la apertura de nuevas oficinas en los nucleos urbanos de mayor población y densidad y ha ha conllevado la apertura de numerosas farmacias en los nucleos de población más pequeños y dispersos: uno de los beneficios de la mayor competencia es la mayor accesibilidad geográfica a la atención farmacéutica.

Cuadro 18

Municipios de menos de 500 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	17	21	24	62	119	94%	95%	100%	97%	77%
1	0	1	0	1	34	0%	5%	0%	2%	22%
2	1	0	0	1	1	6%	0%	0%	2%	1%
3	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
4	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
5	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
6	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
7	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
12	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
Número de municipios	18	22	24	64	154	100%	100%	100%	100%	100%

De acuerdo con el cuadro 18 son muy pocos los municipios de menos de 500 habitantes que cuentan con una farmacia abierta al público en la CAE. La probabilidad de no tener farmacia alcanza el 97%. Un 2% tienen una farmacia, y un 2% tienen dos farmacias. De hecho, desde la promulgación de la Ley 11/1994 de la CAE[51] no se autoriza la apertura de nuevas farmacias en municipios de menos de 800 habitantes. Por el contrario, en Navarra la probabilidad de no tener farmacia en estos municipios pequeños es del 77%. Un 22% tienen una farmacia y un 1% tienen dos. Las menores restricciones al establecimiento de farmacias que se ha dado en Navarra durante estos últimos 6 años no ha tenido el efecto adverso de mermar la accesibilidad territorial a la atención farmacéutica.

Estos municipios son comparables en términos de población tal y como muestra el cuadro 19, de hecho, son algo más pequeños. Los municipios de Navarra tienen en promedio 201 habitantes, mientras que en Araba tienen 299, en Bizkaia 317 y en Gipuzkoa tienen 250. En Navarra existen 34 municipios que tienen una farmacia cuando en promedio tienen 333 habitantes.

[51] 14.1.No se autorizarán oficinas de farmacia en municipios de menos de 800 habitantes, prestándose, en su caso, la atención farmacéutica de acuerdo con lo previsto en el artículo 25. 2.- Excepcionalmente, cuando en programas de fomento de ciertas zonas especialmente deprimidas se prevea contemplar a instancia de las Administraciones Locales, entre otras medidas, la creación de oficinas de farmacia, se podrá autorizar dicha creación en municipios de menos de 800 habitantes. Reglamentariamente se determinarán el procedimiento y el baremo para su autorización.

Cuadro 19

Municipios de menos de 500 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	Media de población ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	17	21	24	119	302	311	250	161
1	3	1	0	34	284	456		333
2	0	0	0	1				367
3	0	0	0	0				
4	0	0	0	0				
5	0	0	0	0				
6	0	0	0	0				
7	0	0	0	0				
12	0	0	0	0				
Número de municipios	20	22	24	154	299	317	250	201

El cuadro 20 muestra la distribución del número de farmacias en los municipios de 500 a 1000 habitantes. De nuevo, la probabilidad de no contar con una farmacia es mucho mayor en la CAE (45%) que en Navarra (3%). Esta parece ser la principal diferencia entre el modelo farmacéutico de la CAE y el de Navarra, la apertura de más farmacias en estos pequeños municipios. En cambio, la libertad de establecimiento no genera casi mayor número de aperturas de segundas farmacias (sólo en un 6% de los municipios navarros de este segmento de población tienen dos farmacias abiertas al público frenta a ninguno en la CAE). De los cuadros 20 y 21 se deduce que para los municipios de menos de 1000 habitantes, el mercado relevante está siempre dominado por una sola oficina de farmacia en caso de que exista servicio farmacéutico.

Cuadro 20

Municipios de 500 a 1000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	6	8	3	17	1	55%	44%	33%	45%	3%
1	5	10	6	21	31	45%	56%	67%	55%	91%
2	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%	6%
3	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
4	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
5	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
6	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
7	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
12	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
Número de municipios	11	18	9	38	34	100%	100%	100%	100%	100%

El cuadro 21 muestra que los municipios comparados tienen una dimensión poblacional similar. La media de habitantes por municipio es de 735 en Navarra, mientras que es un poco superior en Araba (784 habitantes), y muy parecida a la de Bizkaia (758 habitantes) y a la de Gipuzkoa (714 habitantes).

Cuadro 21

Municipios de 500 a 1000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias					Media de población			
	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	6	8	3	1	766	682	597	678
1	5	10	6	31	804	819	773	736
2	0	0	0	2				757
3	0	0	0	0				
4	0	0	0	0				
5	0	0	0	0				
6	0	0	0	0				
7	0	0	0	0				
12	0	0	0	0				
Número de municipios	11	18	9	34	784	758	714	735

Tal y como indica el cuadro 22, a partir de los 1000 habitantes y hasta alcanzar los 2000 habitantes, la cuestión ya no está en si se dispone de una farmacia, sino de si el modelo regulatorio favorece o no que pueda llegar a existir un duopolio. El modelo de la CAE es mayoritariamente un modelo de monopolio (92%). En cambio, en el modelo navarro en más de un tercio de los municipios se da un duopolio (36%), mientras que en la mitad existe una sola oficina de farmacia monopolista (54%). En el resto, o no existe farmacia abierta al público (7%), o hay 3 farmacias abiertas (4%).

Cuadro 22

Municipios de 1000 a 2000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias										
	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	0	1	1	2	2	0%	6%	8%	5%	7%
1	11	17	12	40	15	100%	94%	92%	95%	54%
2	0	0	0	0	10	0%	0%	0%	0%	36%
3	0	0	0	0	1	0%	0%	0%	0%	4%
4	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
5	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
6	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
7	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
12	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
Número de municipios	11	18	13	42	28	100%	100%	100%	100%	100%

Según el cuadro 23 se están comparando municipios de dimensión poblacional similar, de en torno 1300/1400 habitantes.

Cuadro 23

Municipios de 1000 a 2000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	0	1	1	2		1140	1113	1319
1	11	17	12	14	1324	1352	1454	1300
2	0	0	0	11				1504
3	0	0	0	1				1504
4	0	0	0	0				
5	0	0	0	0				
6	0	0	0	0				
7	0	0	0	0				
12	0	0	0	0				
Número de municipios	11	18	13	28	1324	1340	1428	1381

El cuadro 24 muestra que en los municipios entre 2000 y 15.000 habitantes existe mayor diversidad de estructuras de mercado. En la CAE predomina el monopolio (48%), aunque también hay un elevado número de duopolios (24%). En Navarra, en cambio, la estructura más común es la caracterizado por tres oficinas de farmacia (39%), seguida por estructuras entre cuatro y doce farmacias (31%).

Cuadro 24

Municipios entre 2000 y 15000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
1	6	19	7	32	1	86%	61%	25%	48%	2%
2	0	6	10	16	13	0%	19%	36%	24%	28%
3	1	4	2	7	18	14%	13%	7%	11%	39%
4	0	1	6	7	6	0%	3%	21%	11%	13%
5	0	0	2	2	3	0%	0%	7%	3%	7%
6	0	1	1	2	1	0%	3%	4%	3%	2%
7	0	0	0	0	3	0%	0%	0%	0%	7%
12	0	0	0	0	1	0%	0%	0%	0%	2%
Número de municipios	7	31	28	66	46	100%	100%	100%	100%	100%

En el cuadro 25 que en Navarra las estructuras de mercado son de mayor número de competidores a pesar de que la dimensión poblacional es menor en promedio.

Cuadro 25

Municipios entre 2000 y 15000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	0	0	0	0				
1	6	19	7	1	2680	3301	2977	2355
2	0	6	10	13		6178	5341	2409
3	1	4	2	18	9592	7569	10663	3221
4	0	1	6	6		12134	10034	4737
5	0	0	2	3			14382	4478
6	0	1	1	1		14882	13993	7621
7	0	0	0	3				7074
12	0	0	0	1				10924
Número de municipios	7	31	28	46	3668	5067	7091	3767

El cuadro 26 refleja la estructura de los mercados de municipios entre 2000 y 5000 habitantes. El contraste entre el predominio del monopolio en la CAE (89%) frente al predominio de la estructura de mercado de tres farmacias en Navarra (46%) es revelador del efecto de la mayor libertad de establecimiento en Navarra.

Cuadro 26

Municipios entre 2000 y 5000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
1	6	19	7	32	1	100%	95%	70%	89%	3%
2	0	1	3	4	13	0%	5%	30%	11%	35%
3	0	0	0	0	17	0%	0%	0%	0%	46%
4	0	0	0	0	4	0%	0%	0%	0%	11%
5	0	0	0	0	2	0%	0%	0%	0%	5%
6	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
7	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
12	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
Número de municipios	6	20	10	36	37	100%	100%	100%	100%	100%

En el cuadro 27 se observa de nuevo que el tamaño poblacional de los municipios del rango 2000 a 5000 habitantes de Navarra se sitúa entre los tamaños poblacionales de estos mismos municipios en la CAE. También muestra como en

Navarra existen más farmacias abiertas al público en municipios que en promedio tienen un menor tamaño poblacional a los municipios de la CAE.

Cuadro 27

Municipios entre 2000 y 5000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	0	0	0	0				
1	6	19	7	1	2680	3301	2977	2355
2	0	1	3	13		4823	4513	2409
3	0	0	0	17				3072
4	0	0	0	4				3989
5	0	0	0	2				4196
6	0	0	0	0				
7	0	0	0	0				
12	0	0	0	0				
Número de municipios	6	20	10	37	2680	3377	3438	2979

El cuadro 28 recoge las estructuras de mercado en los municipios entre 5000 y 10000 habitantes. De nuevo se da el contraste entre el predominio del duopolio en la CAE (60%) frente al predominio de los mercados de entre 4 (25%) y 7 farmacias (38%) en Navarra.

Cuadro 28

Municipios entre 5000 y 10000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
1	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
2	0	5	7	12	0	0%	56%	70%	60%	0%
3	1	4	1	6	1	100%	44%	10%	30%	13%
4	0	0	2	2	2	0%	0%	20%	10%	25%
5	0	0	0	0	1	0%	0%	0%	0%	13%
6	0	0	0	0	1	0%	0%	0%	0%	13%
7	0	0	0	0	3	0%	0%	0%	0%	38%
12	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
Número de municipios	1	9	10	20	8	100%	100%	100%	100%	100%

En este rango poblacional de 5000 a 10000 habitantes, el cuadro 29 refleja como los municipios de Navarra tienen menos población en promedio que los de la CAE. Como en los casos anteriores, para tamaños poblacionales similares, en Navarra existen más farmacias abiertas al público que en la CAE.

Cuadro 29

Municipios entre 5000 y 10000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	0	0	0	0				
1	0	0	0	0				
2	0	5	7	0		6449	5696	
3	1	4	1	1	9592	7569	8739	5762
4	0	0	2	2			9197	6233
5	0	0	0	1				5041
6	0	0	0	1				7621
7	0	0	0	3				7074
12	0	0	0	0				
Número de municipios	1	9	10	8	9592	6947	6700	6514

Cuadro 30

Municipios entre 10000 y 15000 habitantes y menos de 800 hab/km2

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	EUSKADI	NAVARRA
0	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
1	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
2	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
3	0	0	1	1	0	0%	13%	10%	0%	0%
4	0	1	4	5	0	50%	50%	50%	0%	0%
5	0	0	2	2	0	0%	25%	20%	0%	0%
6	0	1	1	2	0	50%	13%	20%	0%	0%
7	0	0	0	0	0	0%	0%	0%	0%	0%
12	0	0	0	0	1	0%	0%	0%	0%	100%
Número de municipios	0	2	8	10	1		100%	100%	100%	100%

El municipio navarro con 12 farmacias es Tafalla, que contrasta con la estructura más común de farmacias de la CAE: 4 farmacias, en este segmento de población en la CAE.

Cuadro 31

Municipios entre 10000 y 15000 habitantes y menos de 800 hab/km

Número de farmacias	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA	ARABA	BIZKAIA	GIPUZKOA	NAVARRA
0	0	0	0	0				
1	0	0	0	0				
2	0	0	0	0				
3	0	0	1	0			12586	
4	0	1	4	0		12134	10453	
5	0	0	2	0			14381	
6	0	1	1	0		14882	13993	
7	0	0	0	0				
12	0	0	0	1				10924
Número de municipios	0	2	8	1		13508	12144	10924

3.5.- ANÁLISIS DE LOS EFECTOS DE LA REGULACIÓN SOBRE LA COMPETENCIA

La regulación de las oficinas de farmacia configura su planificación y su estructura y con ello la competencia que se dé en el sector.

Para profundizar en el impacto de la regulación se recurre a dos métodos de análisis. En primer lugar, en una primera aproximación y a través del trabajo de campo sobre una muestra de 27 farmacias de la CAE y Navarra se obtienen diversas evidencias. En segundo lugar, mediante técnicas econométricas se estudia cual sería la situación en la CAE si se aplicase el modelo regulatorio de Navarra.

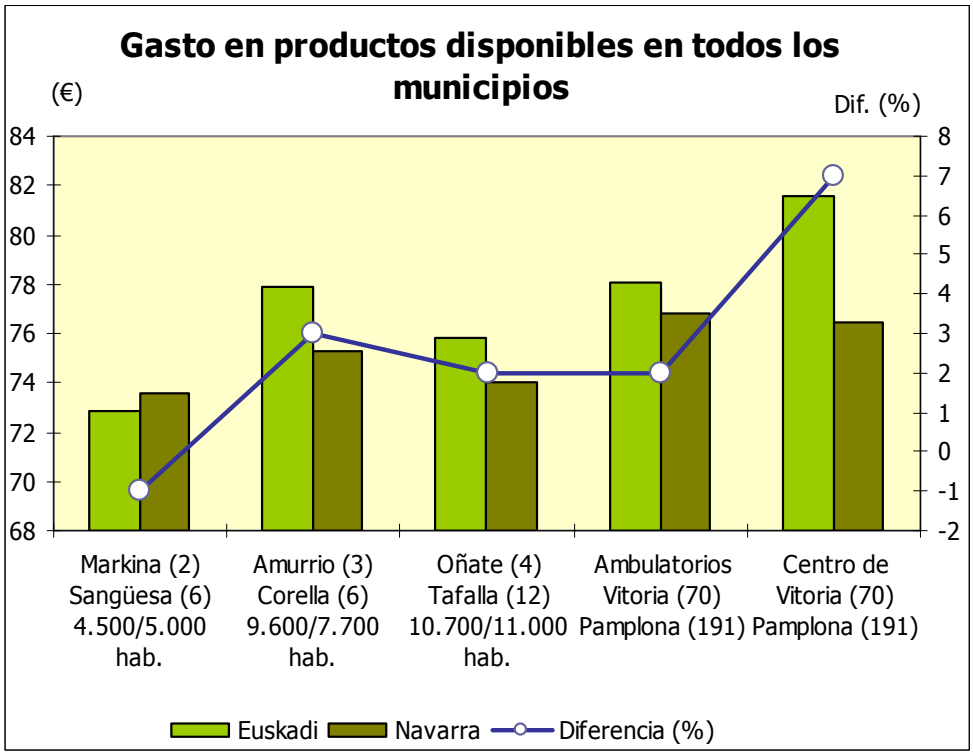
3.5.1.- Una aproximación a la incidencia de distintas regulaciones: CAE-Navarra

Se han visitado 27 farmacias: 13 en la CAE y 14 en Navarra en las que se han observado distintas variables en relación con el gasto y los servicios: horario; sala de ventas; servicios complementarios; y rivalidad y proximidad.

A continuación se muestran los resultados en el Gráfico 4 y en los Cuadros 32-35.

3.5.1.1.- Gasto en productos de precio no regulado

Gráfico 4. Gasto en productos disponibles en todo



Nota: Entre paréntesis el número de farmacias abiertas al público en cada unos de los municipios visitados, y debajo el número aproximado de habitantes en el municipio de la CAE y de la CFN en este orden.
Fuente: Elaboración propia a partir de los datos recopilados en el trabajo de campo.

Por lo general, el gasto en Navarra es menor que en la CAE: excepto en el caso de la Markina/Sangüesa, para comprar los productos de la cesta en los municipios emparejados se precisa menos dinero en Navarra. De todos modos, las diferencias no son importantes, excepto en el caso de las farmacias del centro de Vitoria-Gasteiz y Pamplona. En Pamplona el gasto en la cesta de productos comparable es un 7% menor que en Vitoria. Además, existen diferenciales de gasto medio significativos entre municipios en la CAE: desde un gasto de unos 73 euros en Markina para adquirir la cesta de los productos preestablecida hasta de 82 euros en Vitoria-Gasteiz. En cambio, en Navarra las diferencias de precio son más moderadas: El gasto medio va de los 74 euros en Sangüesa a los 77 euros en las cercanías de un ambulatorio en Pamplona.

3.5.1.2.- Horarios

Cuadro 32. Horarios

	Euskadi	Navarra
A.- IDENTIFICACIÓN Y ENTORNO		
Número de farmacias visitadas	13	14
Mediana de farmacias por municipio	4	9
Número de farmacias en la manzana	0.6	1.6
% farmacias cerca centro de salud	62%	50%
% farmacias en entorno comercial	54%	93%
C.- HORARIO		
1.- Mañana		
4 horas ó menos	31%	29%
De 4 a 5 horas	69%	36%
5 horas ó más	0%	36%
2.- Tarde		
3 horas	31%	29%
De 3 a 4 horas	46%	50%
4 horas ó más	23%	21%
3.- Sábado		
Menos de 4 horas	69%	50%
De 4 horas a menos de 5 horas	31%	14%
5 horas ó más	0%	36%
4.- Apertura en domingo		
Domingo	0%	0%

En Navarra, más de un tercio de las farmacias abiertas al público abren 5 horas o más por las mañanas de lunes a viernes, y también los sábados (36%). En la CAE, no se han observado aperturas de 5 horas o más.

4.5.1.3.- Salas de ventas

Cuadro 33. Salas de ventas

	Euskadi	Navarra
A.- IDENTIFICACIÓN Y ENTORNO		
Número de farmacias visitadas	13	14
Mediana de farmacias por municipio	4	9
Número de farmacias en la manzana	0.6	1.6
% farmacias cerca centro de salud	62%	50%
% farmacias en entorno comercial	54%	93%
B.- SALA DE VENTAS		
1.- Aspecto		
a) Instalaciones		
1. Anticuado, falto de iluminación	23%	21%
2. Renovado, iluminado	77%	50%
3. Recién renovado, esplendoroso	0%	29%
b) Presentación de productos		
1. Con lineales over the counter	100%	100%
2. Sin lineales over the counter	0%	0%
2.- Dimensión		
1. Farmacia pequeña, un único mostrador de atención al público	31%	57%
2. Farmacia grande, de varias cajas/mostradores de atención al público	69%	43%
3.- Señalar la existencia de un espacio infantil		
1. Sí	0%	7%
2. No	100%	93%
3. Otros	0%	0%

En promedio, las farmacias visitadas en Navarra tienen una menor dimensión: el 57% son pequeñas y, en cambio, el 69% de las visitadas en la CAE son grandes. Hay mayor proporción de farmacias recién renovadas o nuevas en Navarra (29%).

Cuadro 34. Servicios complementarios

	Euskadi	Navarra
A.- IDENTIFICACIÓN Y ENTORNO		
Número de farmacias visitadas	13	14
Mediana de farmacias por municipio	4	9
Número de farmacias en la manzana	0.6	1.6
% farmacias cerca centro de salud	62%	50%
% farmacias en entorno comercial	54%	93%
D.- SERVICIOS		
1.- Servicio a domicilio por encargo		
1. No se dispensa a domicilio en ningún caso	92%	100%
2. Sí, sólo para colectivos (residencias, pisos tutelados, etc...)	0%	0%
3. Sí, tanto particulares como colectivos	8%	0%
2.- a) Servicios de atención		
Ortopedia		
1. Sí	31%	36%
2. No	69%	64%
Óptica		
1. Sí	0%	14%
2. No	100%	86%
Medida de tensión		
1. Sí	100%	71%
2. No	0%	29%
Análisis clínicos		
1. Sí	39%	50%
2. No	62%	50%
Otros		
1. Sí	8%	7%
2. No	92%	93%
Promedio		
1. Sí	35%	36%
2. No	65%	64%
2.- b) Aparatos		
Báscula		
1. Sí	100%	79%
2. No	0%	21%
Tallímetro		
1. Sí	100%	57%
2. No	0%	43%
Tensiómetro		
1. Sí	100%	86%
2. No	0%	14%
Promedio		
1. Sí	75%	55%
2. No	25%	45%
3.- Disponibilidad servicio urgente		
1.- Si la compra es por la mañana		
Por la tarde	100%	100%
2.- Si la compra es por la tarde		
A la mañana siguiente	100%	100%

El que la regulación sea distinta no parece afectar significativamente al número y tipo de servicios de atención farmacéutica ofrecidos. Se aprecia una mayor disposición en Navarra a atender demandas de servicios complementarios como servicios ópticos y análisis clínicos, mientras que en la CAE se dan en mayor medida demandas de servicios como medir la tensión. Además, la mayor dimensión de las farmacias en la CAE permite tener mayor número de aparatos al servicio del público como básculas, tallímetros y tensiómetros.

4.5.1.4.- Distancias

Cuadro 35. Distancias

		Euskadi	Navarra
A.- IDENTIFICACIÓN Y ENTORNO			
Número de farmacias visitadas		13	14
Mediana de farmacias por municipio		4	9
Número de farmacias en la manzana		0.6	1.6
% farmacias cerca centro de salud		62%	50%
% farmacias en entorno comercial		54%	93%
E.- RIVALIDAD Y PROXIMIDAD			
1.- Número de farmacias en el entorno visual			
	0	38.50%	42.90%
	1	61.50%	35.70%
	2		7.10%
	3		14.30%
2.- Número de farmacias en un recorrido a pie de una manzana			
	0	38.50%	7.10%
	1	61.50%	50.00%
	2		28.60%
	3		7.10%
	4		7.10%

En Navarra, existen tanto farmacias que se localizan cerca de un centro de salud (50%) pero también farmacias que se han localizado aproximándose a los equipamientos comerciales de los municipios visitados (93%). En la CAE, en cambio, la mayor parte se situa cerca de un centro de salud (62%), y no tantas combinan esa localización con la cercanía a equipamientos comerciales (54%).

4.5.1.5.- Estudio de campo: conclusiones

De los datos recopilados en el estudio de campo se extrae que, además de mayor cobertura geográfica, la mayor competencia local entre oficinas de farmacia puede dar lugar a ahorros que se trasladan al público y moderar las diferencias de precios: en Navarra las diferencias de precios son inferiores a las de la CAE entre las farmacias de los pueblos más pequeños (farmacias con productos más asequibles), y las farmacias de los centros urbanos más densos y transitados (farmacias más caras). Asimismo., la mayor competencia local puede favorecer horarios de atención farmacéutica más amplios.

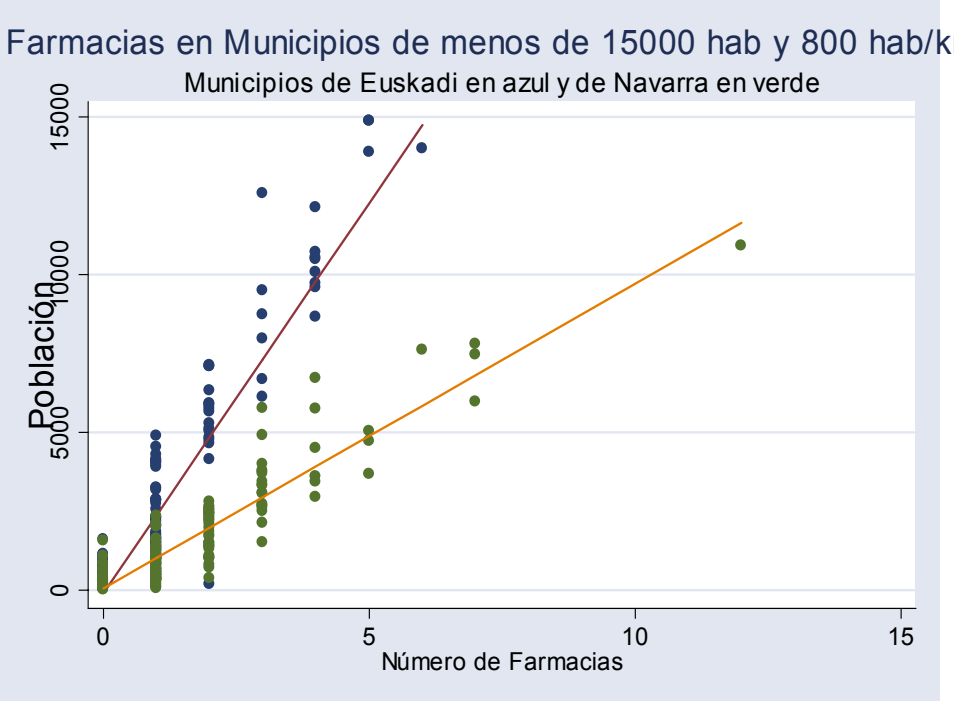
3.5.2.- Simulación de aperturas de farmacias potenciales en la CAE al aplicar el modelo de Navarra. Una aproximación econométrica.

El cambio de modelo de regulación de la apertura de nuevas oficinas de farmacia en Navarra en el año 2000 ofrece un laboratorio para conocer la dinámica de la competencia en el establecimiento de nuevas farmacias en mercados relevantes de distintas características.

Tal y como señalan Schaumans y Verboven (2006) la literatura ha identificado un conjunto reducido de características socioeconómicas que explican gran parte de la variación en el número de farmacias abiertas al público. De entre estas variables destaca la población residente de cada una de las localidades y junto a ella, otras variables explicarían una pequeña parte adicional de la variación: peso de la población joven, porcentaje de población mayor, porcentaje de extranjeros y nivel de renta.

El gráfico 5 refleja la población como variable que explica buena parte de la variación en el número de farmacias en los mercados relevantes definidos: municipios de la CAE y Navarra de menos de 15.000 habitantes y de menos de 800 hab/km^2.

Gráfico 5

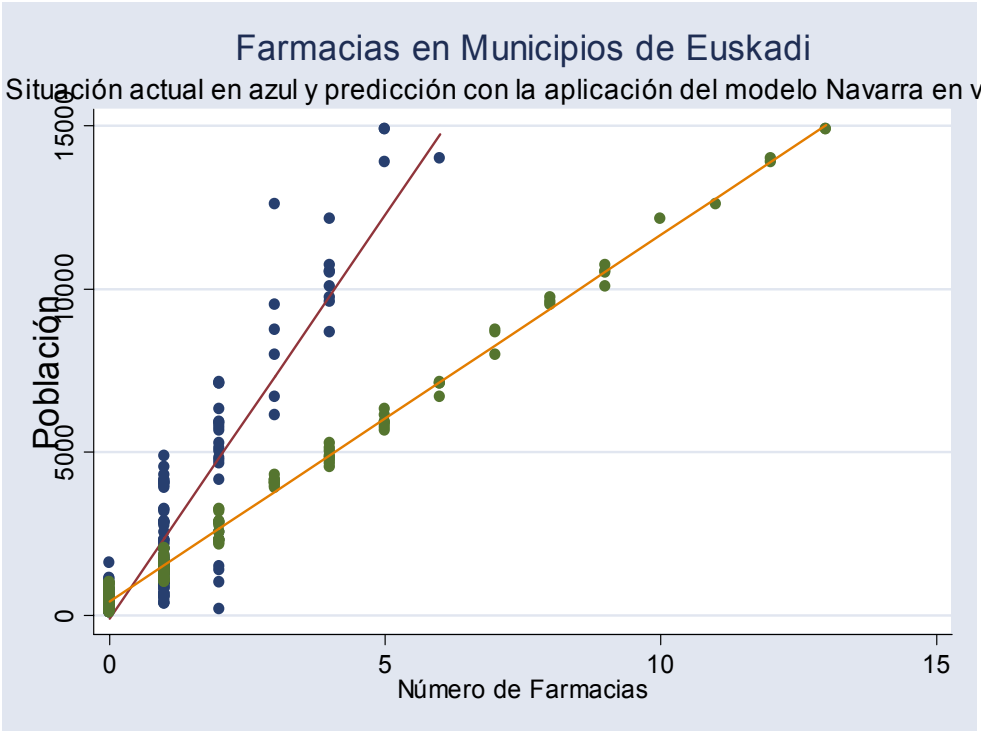


El gráfico 5 muestra la regresión lineal simple entre el número de farmacias y la población de cada municipio (ver Anexo 3: resultados de las estimaciones econométricas). En Navarra existen más farmacias en municipios de todas las dimensiones y con respecto a la CAE, la diferencia en el número de farmacias para municipios de igual dimensión se agranda conforme crece la población.

Para analizar el efecto de la ordenación farmacéutica en la CAE sobre la competencia se recurrer el ejercicio *but for scenario* o *benchmarking*. Se trata de un ejercicio contrafactual en el que se simula que hubiera sucedido en la CAE si se hubiera aplicado la normativa navarra.

Se ha estimado un modelo de regresión simple en el que el número de farmacias es una función lineal de la población de cada municipio en Navarra y se cuenta también con un modelo de regresión múltiple. Una vez estimados estos modelos, se ha realizado una predicción fuera de muestra para el caso de la CAE. Así, se obtiene el número de farmacias esperado si se aplicase en la CAE el modelo de ordenación farmacéutica de Navarra. El resultado se refleja en el gráfico 6.

Gráfico 6

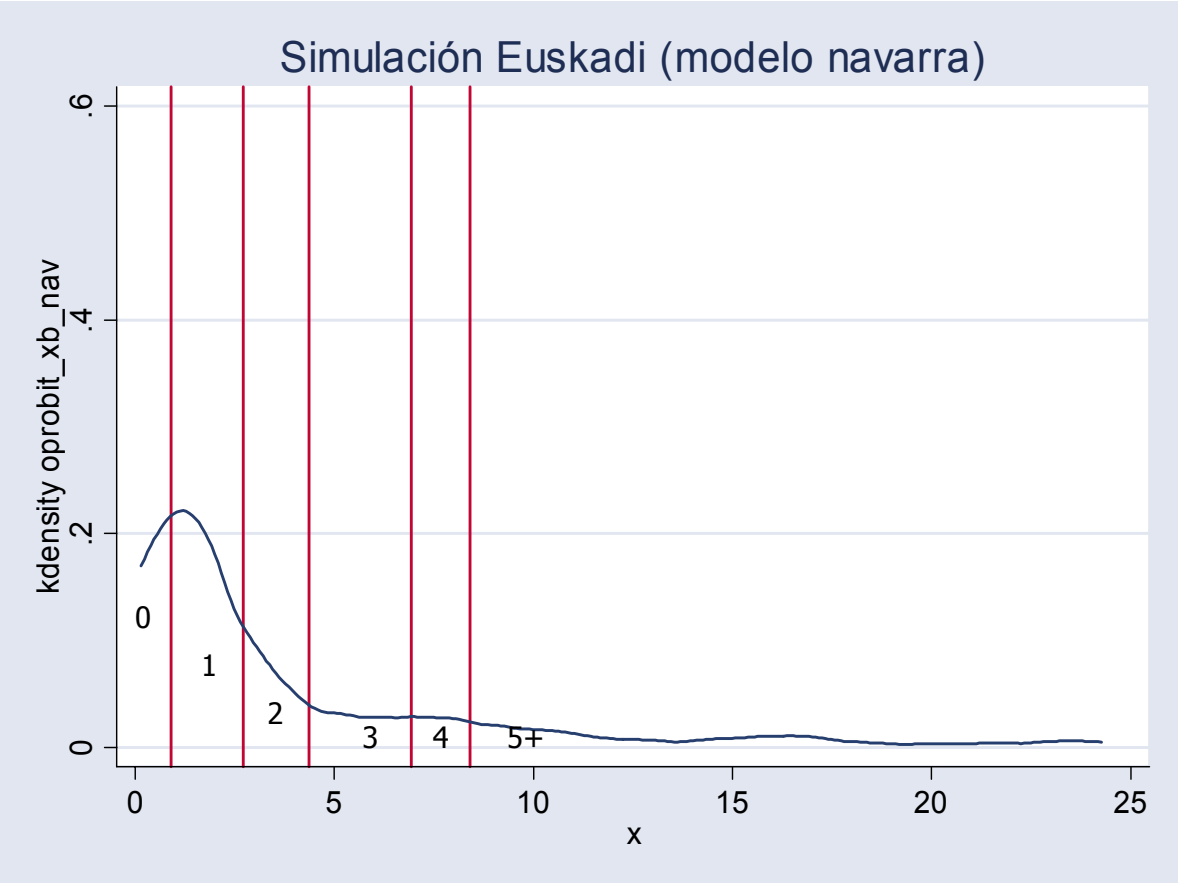


El modelo de regresión muestra que el número esperado de farmacias en la CAE con la aplicación del modelo navarro es sustancialmente mayor al existente. Ahora bien, el modelo lineal es muy impreciso en la estimación del número de farmacias en el segmento de los municipios de menor población. Para superar este problema de imprecisión, se ha estimado un modelo no lineal en el que el número esperado de farmacias depende de la distribución de los ingresos netos esperados del servicio farmacéutico en cada municipio.

El gráfico 7 muestra la función de densidad estimada a partir de los datos de número de farmacias en los municipios de Navarra. El área que queda debajo de la curva de densidad nos muestra la probabilidad de que existan 0, 1, 2, 4 ó 5 farmacias o más en la muestra. Esta probabilidad es función de una variable latente (x) que se muestra en el eje de ordenadas relacionada con indicadores de volumen de negocio en cada uno de los municipios estudiados como la población.

Esta función de densidad se ha estimado a través de un modelo probit ordenado en el que el número de farmacias esperado crece a medida que en cada municipio se superan unos umbrales de rentabilidad (lineas verticales rojas en el gráfico). Cada área delimitada por los umbrales de rentabilidad se corresponde con la probabilidad de que se produzcan 6 resultados: que no existan farmacias (0), que exista 1, 2, 3, 4 o bien 5 farmacias abiertas al público o más (5+). Este modelo es mucho más preciso en la estimación del número esperado de farmacias en los municipios pequeños. Por el contrario, no es capaz de ofrecer una imagen precisa del número de farmacias en los municipios más grandes.

Gráfico 7



A partir de este modelo no lineal de entrada se ha procedido, como antes, a estimarlo para el caso de Navarra y a realizar una predicción fuera de la muestra para los municipios de estas mismas características para el caso de la CAE.

Del ejercicio de predicción se obtiene que el número de farmacias en los municipios de menos de 15.000 habitantes y menos de 800 habitantes por kilómetro cuadrado de la CAE pasaría de 200 farmacias abiertas al público (datos 2006) a 388 que existirían si se aplicase el modelo navarro de autorización de nuevas aperturas (un aumento de un 94%). En Álava el aumento sería de 28 a 57 (104%), en Bizkaia de 81 a 170 (110%), y en Gipuzkoa de 91 a 161 (77%).

Si esta proporción provincial de incremento en el número de farmacias también se produjese en las zonas urbanas y densas de las capitales provinciales, el número de

farmacias en la CAE pasaría de las actuales 816 a 1.612. En Álava el aumento sería de 104 a 211, en Bizkaia de 431 a 904, y en Gipuzkoa de 281 a 497.

El cuadro 35 muestra los resultados de esta simulación mediante una matriz de transición. De los 82 municipios sin farmacia que existen actualmente en la CAE para la muestra de municipios estudiados de menos de 15.000 habitantes y menos de 800 hab/km^2, 45 pasarían a tener farmacia. De los 97 municipios que están atendidos a través de una sola farmacia monopolista, 34 pasarían a tener 2 farmacias y 20 pasarían a tener 3 farmacias. De los 16 municipios que actualmente tienen 2 farmacias, 5 pasarían a tener 3 farmacias, 8 tendrían 4 farmacias, y 5 tendrían 5 o más farmacias.

Sólo 2 municipios verían reducido el número de farmacias. Estos dos municipios perderían la única farmacia abierta al público que tienen actualmente.

Cuadro 35

Resultados de la simulación consistente en aplicar el modelo Navarra a la Comunidad Autónoma de Euskadi

Número de farmacias	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
	82	97	16	7	7	2	2	Municipios real
0	37	2	0	0	0	0	0	Municipios simulación
1	45	41	0	0	0	0	0	
2	0	34	0	0	0	0	0	
3	0	20	5	0	0	0	0	
4	0	0	8	2	0	0	0	
5 o más	0	0	3	5	7	2	2	

Fuente: Elaboración propia a partir de la predicción de un modelo no lineal de entrada (probit ordenado) en función de la población

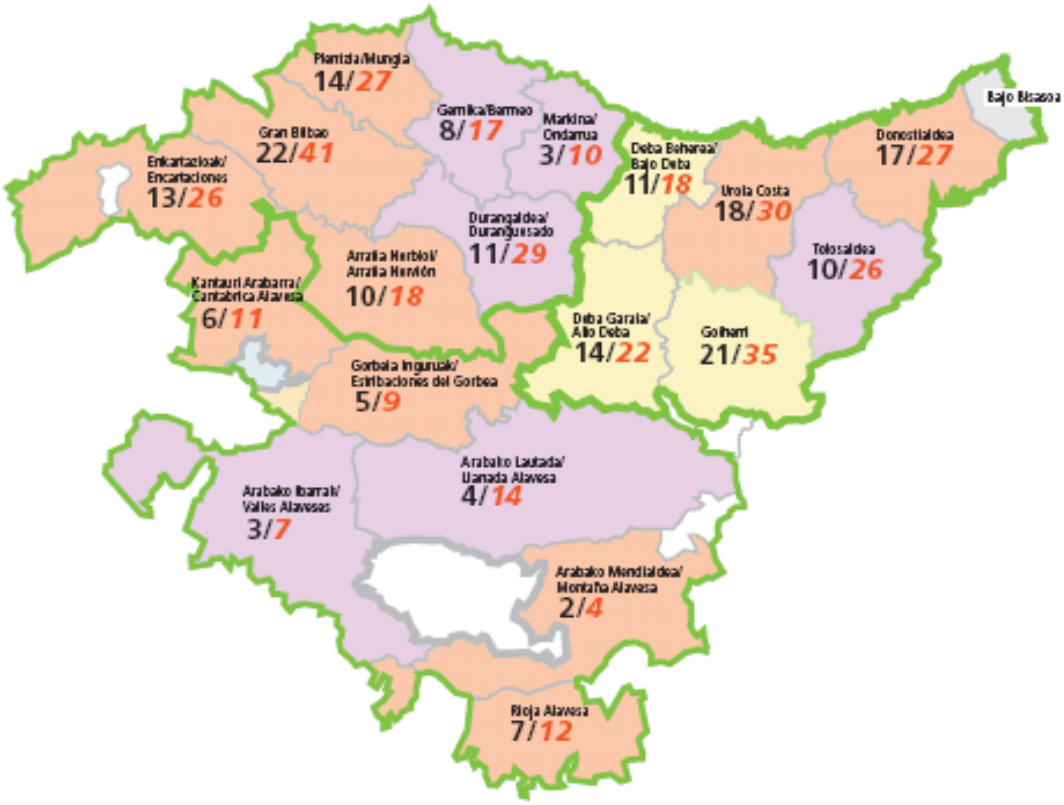
En los mapas que se presentan a continuación y su detalle del Anexo 4, se muestran los resultados de este ejercicio de simulación en forma de información gráfica comarcal y municipal de la CAE.

En conclusión, la aplicación del modelo navarro a la CAE conllevaría un sustancial incremento de la atención farmacéutica en la CAE, con el consiguiente beneficio para el público.

Expectativas de aumento del número de farmacias en la CAPV por comarcas

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

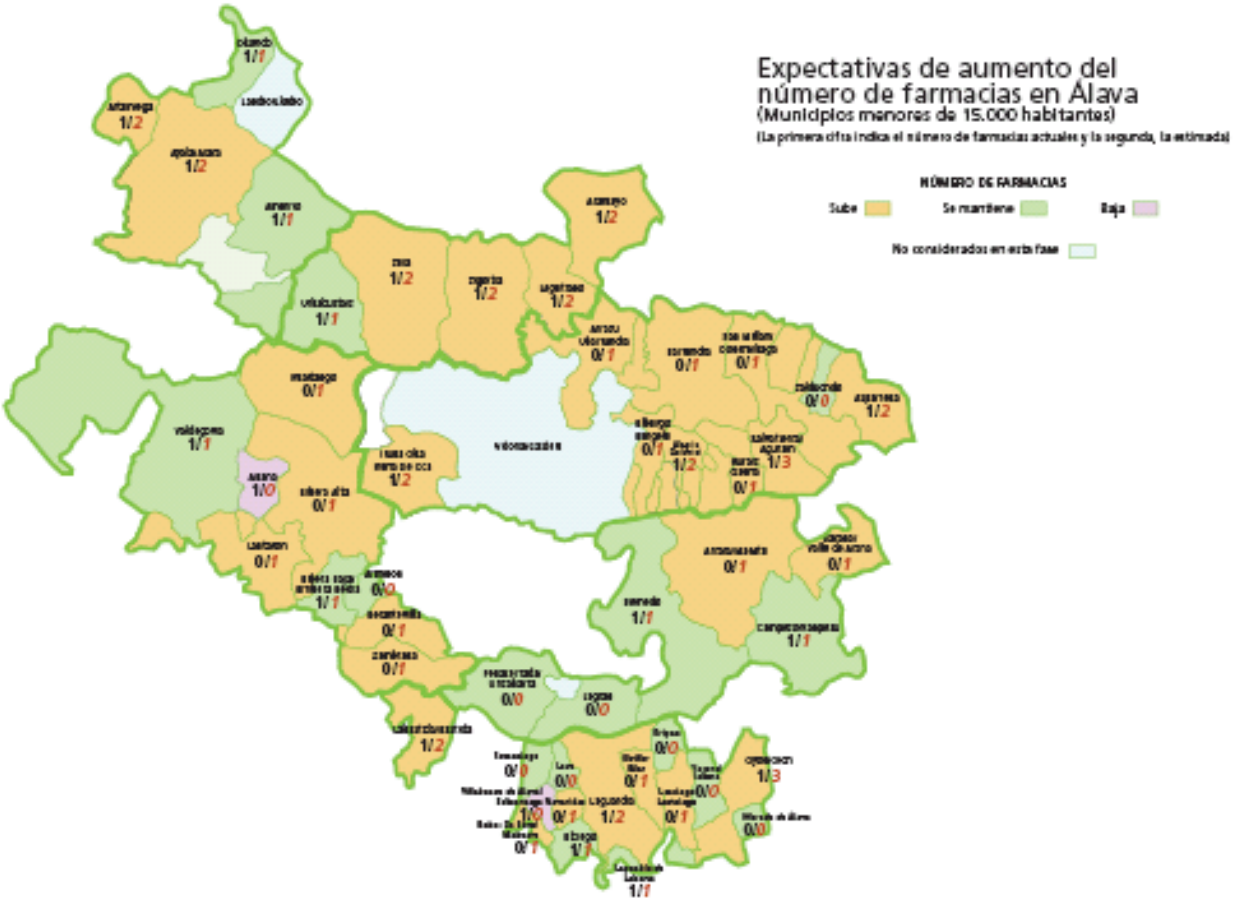
(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)

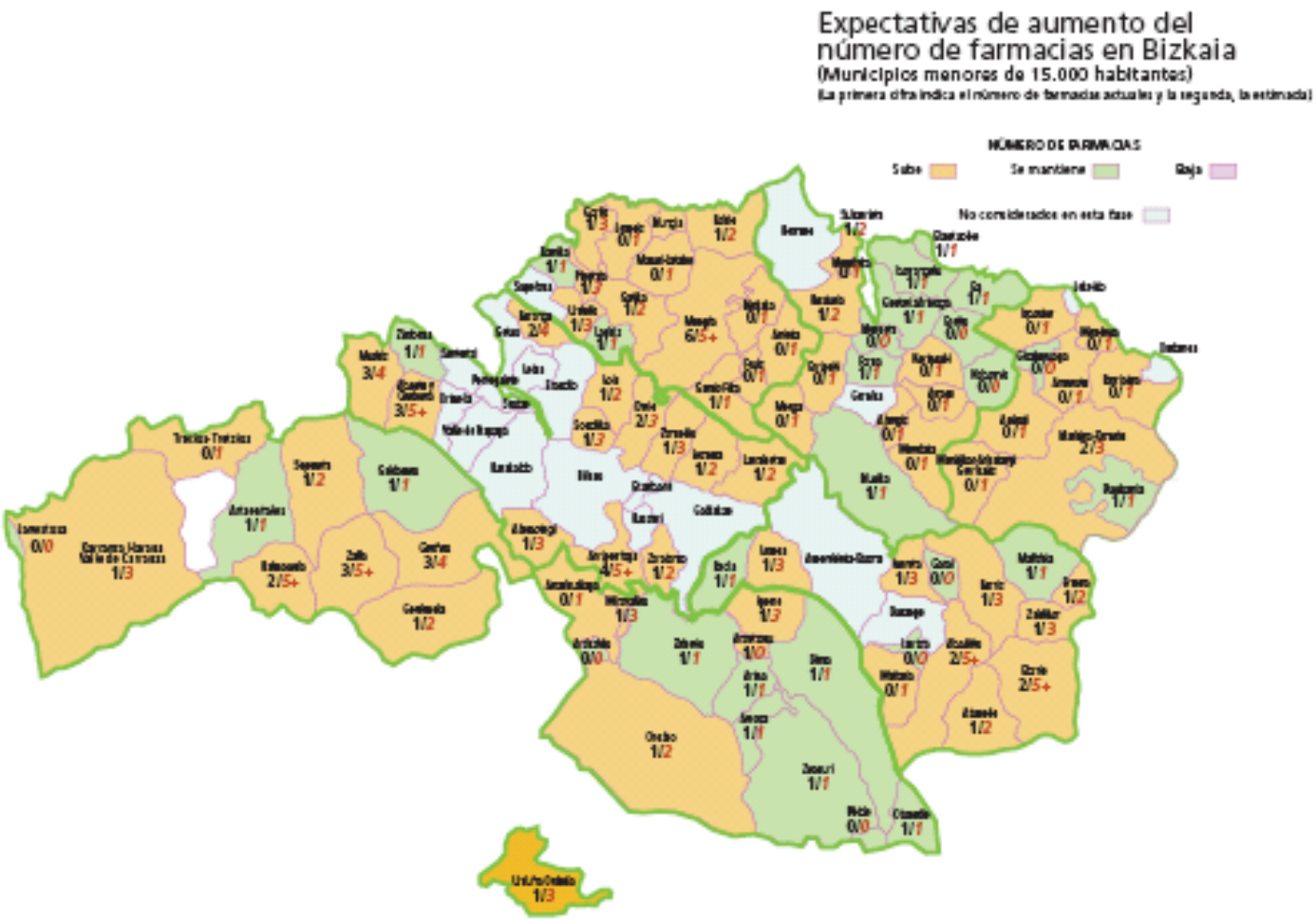


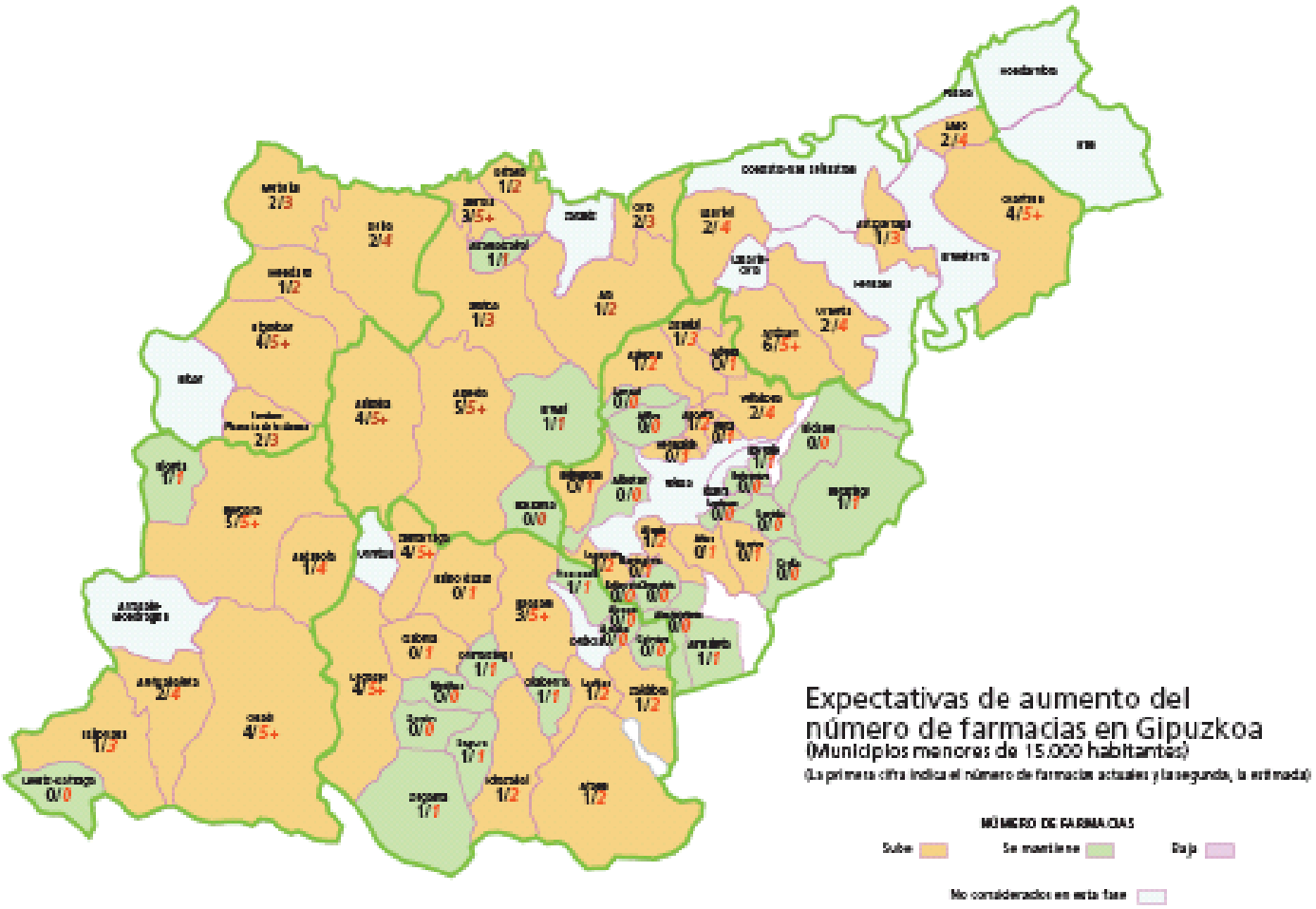
NÚMERO DE FARMACIAS

Se mantiene | Sube -50% | Sube entre 50 y 100%

Sube +100% | No considerados en esta fase


Expectativas de aumento del número de farmacias en Álava
(Municipios menores de 15.000 habitantes)
(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)
NÚMERO DE FARMACIAS
Sube
Se mantiene
Baja
No considerados en esta fase


Expectativas de aumento del número de farmacias en Bizkaia
(Municipios menores de 15.000 habitantes)
(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)
NÚMERO DE FARMACIAS
Sube
Se mantiene
Baja
No considerados en esta fase


Expectativas de aumento del número de farmacias en Gipuzkoa
(Municipios menores de 15.000 habitantes)
(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)
NÚMERO DE FARMACIAS
Sube
Se mantiene
Baja
No considerados en esta fase

3.6.- EVALUACIÓN DE LAS RENTAS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI

El modelo no lineal de predicción propuesto en el apartado anterior puede ser utilizado para realizar simulaciones sobre cuál sería el efecto de reducir el márgen de distribución sobre la dinámica de entrada de nuevas oficinas de farmacia. Según Schaumans y Verboven, bajo unas condiciones plausibles sobre la estructura de ingresos y costes, el modelo no lineal de estimación del número de farmacias puede mostrar distintas dinámicas de entrada en función de los ingresos esperados. Así pues, se han realizado simulaciones con reducciones del margen actual del 25% y del 50%.

Con una reducción del margen actual del 25%, la adopción del modelo navarro para la CAE llevaría a un incremento del número de farmacias de 200 actuales a 314. En Álava se pasaría de 28 a 44, en Bizkaia de 81 a 137, y en Gipuzkoa de 91 a 133. La reducción del número de municipios sin farmacia (26 de 82) sería moderada así como el incremento del número de farmacias en los municipios que actualmente tienen una farmacia y el incremento del número de farmacias en el resto de municipios. Además, un municipio perdería su farmacia actual. El cuadro 36 muestra la matriz de transición.

Cuadro 36

Resultados de la simulación consistente en aplicar el modelo Navarra a la Comunidad Autónoma de Euskadi y reducir el margen de dispensación en un 25%

Número de farmacias	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
	82	97	16	6	3	1	2	Municipios real
0	56	3	0	0	0	0	0	Municipios simulación
1	26	61	0	0	0	0	0	
2	0	22	0	0	0	0	0	
3	0	11	13	2	0	0	0	
4	0	0	3	2	1	0	0	
5 o más	0	0	0	3	6	2	2	

Fuente: Elaboración propia a partir de la predicción de un modelo no lineal de entrada (probit ordenado) en función de la población

Si la reducción del márgen de las oficinas de farmacia es un 50%, la aplicación del modelo navarro no supone casi incremento en el número de farmacias. Se pasa de las 200 actuales a 231: Álava gana 3 farmacias, Bizkaia gana 21, y Gipuzkoa gana 7.

Cuadro 37

Resultados de la simulación consistente en aplicar el modelo Navarra a la Comunidad Autónoma de Euskadi y reducir el margen de dispensación en un 50%

Número de farmacias	**0**	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	
	82	97	16	6	3	1	2	Municipios real
0	71	9	0	0	0	0	0	Municipios simulación
1	11	68	0	0	0	0	0	
2	0	20	6	0	0	0	0	
3	0	0	10	6	3	0	0	
4	0	0	0	0	4	1	0	
5 o más	0	0	0	0	0	1	2	

Fuente: Elaboración propia a partir de la predicción de un modelo no lineal de entrada (probit ordenado) en función de la población

Este ejercicio de simulación pone de manifiesto que en la ordenación regulatoria de la CAE permite a las oficinas de farmacia retener unas rentas que no redundan ni en un servicio de mayor proximidad para los ciudadanos, ni en un servicio de mayor continuidad horaria de atención al público, ni de un aumento significativo de los servicios complementarios a la atención farmacéutica.

3.7.- EVALUACIÓN DE EFICIENCIAS JUSTIFICATIVAS DE RESTRICCIONES A LA COMPETENCIA

Para finalizar el análisis económico de la ordenación farmacéutica de la CAE sobre la competencia se analiza en qué medida una regulación más restrictiva respecto a la apertura de oficinas de farmacias, como es el caso de la CAE frente a Navarra, genera eficiencias económicas que sean susceptibles de ser trasladadas a los pacientes y a la sanidad pública en forma de menores precios o de mejores servicios. Adicionalmente, se estudia si los cambios normativos que promueven una mayor

competencia en el sector pueden poder en cuestión el equilibrio financiero de las farmacias abiertas al público.

3.7.1.- Supuestos beneficios de una ordenación territorial farmacéutica restrictiva

El mantenimiento de las formas de ordenación territorial farmacéutica más restrictivas suele defenderse aduciendo una serie de ventajas para el público que compensan los costes de la menor competencia tales como:

1. Evitar la descapitalización por un exceso de aperturas y el deterioro en la calidad del servicio;
2. Asegurar el control de los operadores del servicio de forma que no se vean impulsados por la competencia a obtener el máximo lucro a costa de los pacientes;
3. Evitar un despilfarro de recursos públicos por un exceso de apertura de farmacias;
4. Evitar un exceso de concentración territorial en torno a los centros de salud y centros neurálgicos y comerciales de las ciudades.

3.7.1.1.- Evitar descapitalización por un exceso de aperturas y el deterioro en la calidad del servicio

La garantía de la no descapitalización es la retribución del servicio de dispensación en el marco del sistema nacional de salud, y no las restricciones a la libertad de establecimiento. En el contexto de un crecimiento sostenido del precio medio de los fármacos dispensados (de un 6% anual acumulativo en la década 1995-2005), el mantenimiento de la remuneración de márgenes proporcionales al precio ha favorecido el crecimiento de la remuneración por acto de dispensación en la oficina de farmacia.

El nivel de remuneración de la actividad farmacéutica del pasado posiblemente no garantizaba la atención farmacéutica en las zonas rurales más dispersas, pero este

contexto de crecimiento de las remuneraciones brutas explica por qué la reducción de las restricciones al libre establecimiento favorecería una extensión del servicio farmacéutico incluso en aquellas localidades más pequeñas y menos densas sin que ello suponga una descapitalización de las farmacias ya abiertas al público.

3.7.1.2.- El control de los operadores responsables de la dispensación de medicamentos a los pacientes

Si por calidad se entiende asegurar la adecuada atención profesional en la dispensación de medicamentos a los pacientes, las restricciones al establecimiento no parecen ni necesarias ni proporcionales.

Son muy numerosos los sectores tanto sanitarios como de otros profesionales en los que la calidad profesional se acredita a través de la titulación del profesional que presta el servicio. No son necesarias ni proporcionales las restricciones en el número de titulados que pueden prestar el servicio al público. Tanto los mecanismos de control de calidad profesional de carácter colegial, como los instrumentos de protección de los pacientes y del público en general son mecanismos eficaces para el control de la calidad en la prestación de la atención farmacéutica al público.

Tal y como señala la Comisión Europea en su dictamen motivado[52], en nada limita la ordenación territorial de las farmacias los posibles conflictos de interés entre seguir exclusivamente los criterios profesionales en la dispensación de medicamentos utilizando criterios estrictamente profesionales o bien dejar que los criterios de lucro y beneficio guíen la dispensación. Estos conflictos afloran tanto en entornos locales de competencia como en entornos locales de monopolio.

[52] Dictamen motivado de la Comisión europea 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, de fecha 28 de junio 2006. 2001/5261. C(2006) 2726.

3.7.1.3.- El despilfarro de recursos públicos por un exceso de apertura de farmacias

En el contexto actual de remuneración de los farmacéuticos en el marco de la prestación farmacéutica pública, el aumento en el número de farmacias abiertas al público no supone un aumento en el gasto público.

El carácter eminentemente proporcional de la retribución[53] hace que no exista un vínculo entre el crecimiento en el número de farmacias y el crecimiento del gasto farmacéutico público relacionado con la retribución del servicio farmacéutico al público.

De hecho, la cuestión que se plantea en España es que, dado que el aumento en la retribución de la oficina de farmacia ha crecido proporcionalmente más que el número de farmacias, se está ante una situación de inflación, pagando más por el mismo servicio.

Por el contrario, la reducción de las restricciones territoriales permite obtener más servicio en forma de mayor cobertura geográfica, mayor amplitud horaria y más servicios complementarios por el mismo precio[54]. Alternativamente, la reducción de la remuneración por acto de dispensación es el único mecanismo eficaz para evitar que continué siendo rentable económicamente la apertura de nuevas farmacias en los entornos con significativas restricciones a la libertad de establecimiento de farmacéuticos.

[53] Los farmacéuticos reciben como retribución bruta un porcentaje fijo del 27,9% sobre el precio de los medicamentos dispensados a cargo de los fondos públicos, excepto en los medicamentos más caros que reciben una remuneración fija por acto de dispensación (a partir de un precio de venta de laboratorio de 89,62 € la remuneración del farmacéutico es de 37,53 €). Desde hace muy poco tiempo, a esta retribución bruta se le deduce un pequeño importe que depende de la cifra de facturación de cada farmacia al Sistema Nacional de Salud.

[54] Esto es lo que se conoce como *value for money.*

3.7.1.4.- Evitar un exceso de concentración territorial en torno a los centros de salud y centros neurálgicos y comerciales de las ciudades

La literatura que ha estudiado la economía del sector farmacéutico utiliza el nombre de *leapfrogging* para referirse al problema de que la libertad de establecimiento podría desencadenar un proceso de concentración de las oficinas de farmacia en torno a los centros de salud y de las farmacias de mayor éxito ya abiertas al público[55].

A pesar de que este proceso podría llegar a producirse es poco plausible que ocurra, y de hecho no se ha producido en el caso estudiado de Navarra. Que las farmacias escojan una localización conveniente para los pacientes como son las áreas cercanas a los centros de salud no es *per se* dañino para el bienestar[56]. Tan sólo podría ser dañino para el bienestar social si en el proceso de concentración quedaran desatendidas por cierre de farmacias amplias zonas geográficas que anteriormente disponían de oficinas de farmacia.

Los cambios en la ordenación farmacéutica en Navarra enseñan que las nuevas aperturas se han producido sin dejar desatendidas las zonas más o menos densas en las que ya existía atención farmacéutica.

Con todo, el caso de la CF Navarra pone de manifiesto que el mantenimiento de las distancias mínimas en un contexto de mayor libertad al establecimiento de nuevas farmacias parece haber sido un instrumento de regulación adecuado y proporcional para evitar la concentración de farmacias en torno a los centros de salud[57].

---

[55] Ver Frontier Economics 2002c en OFT 2003.

[56] Como se ha visto, que la mayor parte de los pacientes adquieren los medicamentos en las zonas cercanas a sus casas o bien a los centros de salud, especialmente los medicamentos de prescripción médica.

[57] En estas farmacias que gozan del monopolio del entorno de un centro de salud gracias a las distancias mínimas se dispensan principalmente medicamentos prescritos y financiados a cargo de fondos públicos. Por tanto, como no existe diferenciación posible de precios debido a la regulación de márgenes de estos productos, la falta de competencia en el

La regulación por distancia mínima podría beneficiar a las farmacias de los entornos de los centros de salud siempre y cuando pudieran cargar sobreprecios por su buena localización sobre el resto de productos farmacéuticos y sanitarios de venta en farmacias. Esta fuente de poder de mercado en este caso depende de que los pacientes valoren positivamente comprar de forma conjunta los medicamentos de prescripción y el resto de productos de venta en farmacia. Estas farmacias de proximidad a los centros de salud no gozarían de poder de mercado debido a las distancias mínimas si los consumidores estuvieran dispuestos a comprar los medicamentos y otros productos de venta en farmacia no financiados públicamente en el momento de ir a hacer otras compras en otras farmacias alejadas del centro de salud y, en su caso, otra tipología de establecimiento.

3.7.2.- De los beneficios de la competencia para el público a los ahorros de gasto farmacéutico público

Como se ha visto, una regulación más restrictiva respecto a la apertura de oficinas de farmacia no modera el gasto público farmacéutico y no es estrictamente necesaria para conseguir la suficiente cobertura geográfica que garantice la igualdad en el acceso a la asistencia farmacéutica.

La gestión de la prestación farmacéutica pública podría utilizar mecanismos más propios de la contratación pública en régimen de concurrencia con aquellas oficinas de farmacia que estén dispuestas a prestar el servicio de dispensación de fármacos a cargo de fondos públicos a precios más competitivos.

Este trabajo muestra que la remuneración actual es excesiva para la cobertura geográfica que se ofrece en el caso de la CAE, o bien que por el mismo precio se podría obtener una mayor accesibilidad geográfica y horaria a la atención farmacéutica.

---

entorno del centro de salud no se paga en forma de sobreprecios. Además, la presión de la demanda garantiza la apertura en horarios amplios y la prestación de servicios complementarios aunque no exista presión de farmacias competidoras en el entorno del centro de salud.

Para el resto de actividades de dispensación de medicamentos y otros productos, la eliminación de las restricciones al libre establecimiento haría aflorar la competencia entre farmacias y otros establecimientos en beneficio del público en forma de mayor número de oficinas abiertas al público y de menores precios.

3.7.3.- Transición a la competencia

Las restricciones existentes al libre establecimiento de nuevas oficinas de farmacia imponen unos elevados costes de primer establecimiento a aquellos farmacéuticos que no disponen de una licencia para operar.

Como es habitual en toda trasacción de una licencia para operar, la venta de una oficina abierta al público se realiza a cambio del valor descontado de las rentas futuras que generará el establecimiento durante su vida condicionada a la regulación vigente. Por ello, un cambio normativo puede tener un importante efecto sobre aquellos que hayan comprado y aún no hayan amortizado el importe pagado en la transmisión de la licencia de apertura.

En el momento de proceder a un cambio normativo se puede tener en cuenta los costes varados de aquellos que acaban de adquirir una licencia. Con todo, se debe tener presente aspectos como que:

- la competencia es por proximidad y pueden existir rentas descontadas que no se disipen con un cambio normativo, sino que permanezcan por el poder de mercado que ostenten posiciones ventajosas de localización (frente a un centro de salud, en un local de mucho tránsito, etc.).
- que en la transmisión se haya descontado ya la probabilidad de que tenga lugar un cambio normativo que limite la apropiación de rentas extraordinarias.

Finalmente, habría que contemplar el tratamiento fiscal de activos intangibles como la inversión en licencias de apertura que diluyan en el tiempo el impacto de un cambio normativo que posibilite la reducción d elimitaciones a la apertura.

3.8.- SÍNTESIS

Del análisis económico realizado en el presente estudio se extraen las siguientes aportaciones:

1. Las oficinas de farmacia compiten en dos mercados relevantes:
   1.1. las ventas en el área reservada (medicamentos), en el que el precio está fijado y deben diferenciarse por ubicación/servicios complementarios, con un marcado carácter local a nivel de pequeño municipio o barrio.
   1.2. las ventas en el área libre (productos distintos de medicamentos de venta no exclusiva en farmacias) en las que el precio es una variable a considerar junto con la ubicación/servicios complementarios.

2. En el año 2005 en la CAE hay 2.614 habitantes por oficina de farmacia, ratio sólo superado por Canarias, Ceuta y Melilla.
3. En el estudio de 27 farmacias de la CAE y Navarra se observa que, además de una mayor cobertura geográfica en Navarra, existen pequeños ahorros en gasto farmacéutico no financiado por el Estado que pueden trasladarse al público gracias a la competencia local entre oficinas de farmacia, que las diferencias de precios en Navarra son menores que en la CAE entre las farmacias de los pueblos más pequeños y las farmacias de los centros urbanos más densos y transitados y que la rivalidad entre farmacéuticos a nivel local favorece horarios de atención farmacéutica más largos.
4. La aplicación del modelo legislativo navarro a la CAE conllevaría un sustancial incremento de la atención farmacéutica, con el consiguiente beneficio para el público. Del ejercicio de predicción realizado se obtiene que el número de farmacias en los municipios de menos de 15.000 habitantes y menos de 800 habitantes por kilómetro cuadrado de la CAE pasaría de 200 farmacias abiertas al público (datos 2006) a 388 que existirían si se aplicase el modelo navarro de autorización de nuevas aperturas (un aumento de un 94%).
5. La planificación farmacéutica de la CAE tiene costes sociales: la cobertura geográfica debería ser mejor teniendo en cuenta la remuneración establecida administrativamente. El incentivo a la entrada de nuevas oficinas de farmacia se disiparía sólo con una significativa reducción de los márgenes de entre el 25% y el 50%. En este caso el contribuyente y el paciente estarían pagando la

remuneración adecuada por la accesibilidad a la atención farmacéutica que está prestando el sector de las oficinas de farmacia en la CAE.

6. Una regulación menos restrictiva promovería la competencia y favorecería la accesibilidad geográfica a la atención farmacéutica. En Navarra, con una legislación menos restrictiva, se ha favorecido la apertura de nuevas oficinas en los nucleos urbanos de mayor población y densidad y en los nucleos de población más pequeños y dispersos.
7. Los municipios más pequeños y de población dispersa ganarían con la eliminación de los módulos máximos de población.
8. Las restricciones al libre establecimiento de nuevas farmacias en la CAE reducen la atención farmacéutica, por tanto, no son necesarias ni adecuadas para atender al objetivo de protección a la salud para las que están supuestamente diseñadas.
9. En los núcleos en los que existe atención farmacéutica, la ordenación territorial de la CAE no es proporcionada por excesiva para garantizar el acceso a la prestación farmacéutica. El estudio económico pone de manifiesto que la rivalidad entre oficinas de farmacia se produce a nivel local (municipio/barrio) para las ventas de productos no reservados a las farmacias, y a nivel aún más próximo (en torno a los centros de salud) en la dispensación de recetas del SNS. La limitación de la rivalidad entre farmacias en los núcleos en los que ya existe atención farmacéutica impide que el público disfrute de los beneficios de la competencia.

4.- CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Del análisis jurídico-económico y de competencia llevado a cabo, se concluye que la regulación del sector de oficinas de farmacia en la CAE en vigor (Ley 11/1994 de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Autónoma del País Vasco) no resulta idónea para conseguir el objetivo de garantizar el acceso equitativo de toda la población a la atención farmacéutica. La Ley 11/1994 establece unas restricciones que no optimizan el acceso a la asistencia farmacéutica de la población en los núcleos menos densos.

Por otro lado, la Ley 11/1994 no supera el test de proporcionalidad: las restricciones al libre establecimiento limitan a la mitad el número de farmacias que estarían abiertas al público en un contexto menos intervencionista. La reducción de la competencia entre farmacias amplía las distancias que los pacientes deben recorrer para acceder a una farmacia y reduce la amplitud horaria de la atención al público.

Asimismo se pueden extraer un conjunto de propuestas y recomendaciones a considerar para su incorporación al marco normativo de la CAE:

1. La CAE puede perfeccionar su actual modelo de ordenación farmacéutica territorial, transformándolo en línea con la experiencia de la Comunidad Foral Navarra, que ya ha superado el test de constitucionalidad (Auto del Tribunal Constitucional de 24 de febrero de 2004).

   El modelo supondría establecer por ley:

   1.1. el número mínimo de farmacias para atender a la población de cada zona básica de salud en una farmacia;

   1.2. que ninguna farmacia podría ser autorizada a instalarse en una zona básica de salud en la que ya estuvieran abiertas el número mínimo de farmacias, si no se alcanzara el número mínimo de farmacias en todas y cada una de las zonas básicas de salud de la CAE, o alternativamente, de las zonas básicas de salud del correspondiente Territorio Histórico;

1.3. una vez se hubiera logrado el número mínimo de farmacias en todas las zonas básicas de salud, tendría sentido establecer un número máximo total de oficinas de farmacias para la CAE, o bien para cada uno de los territorios históricos. Así el número máximo total de oficinas de farmacia no podría superar un ratio determinado de habitantes por farmacia: 700 habitantes por farmacia de forma similar al caso navarro (ratio lejano al realmente existente en Navarra hoy en día); u otro ratio, atendiendo a que puede introducirse en el modelo también el precio/margen del producto farmaceútico.

Se sugiere igualmente:

2. Reducir la distancia mínima entre farmacias de 250 a 150 metros por el camino peatonal más corto (art. 15.1. de la Ley 11/1994). Aunque no se ha comprobado que la distancia mínima sea una restricción al libre establecimiento necesaria para lograr el objetivo de asegurar que no se produzca un exceso de concentración de farmacias cerca de los centros de salud, parece, en todo caso, ser adecuada por la dirección de los cambios en la localizacion que impone y proporcionada por su reducido impacto.
3. Eliminar la no autorización de nuevas aperturas de farmacias en los municipios de menos de 800 habitantes (art. 14.1 de la Ley 11/1994). Esta es una medida contraria al objetivo de garantizar el acceso equitativo a la atención farmacéutica de todos los ciudadanos.
4. Arbitrar mecanismos de amortización fiscal específicos para la compras de licencias que diluyan en el tiempo el impacto de un cambio normativo.
5. La gestión de la prestación farmacéutica pública podría utilizar mecanismos más propios de la contratación pública en régimen de concurrencia con aquellas oficinas de farmacia que estén dispuestas a prestar el servicio de dispensación de fármacos a cargo de fondos públicos a precios más competitivos.
6. Podría corresponder a un mismo gestor público, el Gobierno Vasco, la decisión sobre qué cobertura geográfica debería tener el servicio y a cambio de qué precio se debería remunerar la actividad. Los convenios o conciertos entre el Sistema Vasco de Salud y las oficinas de farmacia podrían contemplar este aspecto económico de la dispensación.

7. Sería conveniente que la normativa de ordenación farmacéutica en la CAE hiciera explícito que la actividad mercantil de las oficinas de farmacia quede sujeta a la Ley de Defensa de la Competencia, en previsión de que el procedimiento de infracción del derecho comunitario elimine la unión entre titularidad y propiedad de las oficinas de farmacia.

En cualquier caso, no se trata de proponer una modificación radical de la ordenación de las oficinas de farmacia sino de limitar sus aspectos más anticompetitivos, siempre teniendo presente que la defensa de los intereses públicos y los defensa de la competencia son dos objetivos en la misma línea, en este caso, la mejora de la atención farmacéutica.

5.-BIBLIOGRAFÍA

ANÁLISIS JURÍDICO

ARIÑO ORTIZ, G. y SALA ARQUER, J.M. "Dictamen sobre naturaleza y régimen jurídico del farmacéutico y las farmacias" Farmacéuticos, nº 298, 1997

CUETO PEREZ, M. Ordenación farmacéutica: regulación estatal y autonómica

GÓMEZ-REINO, E. Horarios comerciales y oficinas de farmacias. Madrid 1997

GONZALEZ PEREZ, J. Derecho farmacéutico. Madrid, 1972

GONZALEZ PEREZ, J. y GONZALEZ SALINAS, E. La reforma de la ordenación farmacéutica. Civitas, Madrid, 1996

GONZALEZ SALINAS, E. "El concepto de núcleo de población a efectos de la apertura de farmacia". Revista de Administración Pública nº 99, 1982

MARTIN MATEO, R. "La ordenación de las oficinas de farmacia" Derecho y Salud nº 2, 1995

MARTIN-RETORTILLO BAQUER, S. "Acción administrativa sanitaria: la autorización para la apertura de oficinas de farmacia" Revista de Administración Pública nº 22, 1957

PADRÓS REIG, C. "Ordenación farmacéutica" en *Informe Pi i Sunyer sobre Comunidades Autónomas* 1995-1996. Barcelona, 1997, pp. 668-674.

RIVERO ISERN J.L. Libertad de establecimiento de oficinas de farmacia. Trivium, Madrid, 1992

VIDAL CASERO, M.C. "El procedimiento de autorización de una oficina de farmacia. Interpretación jurisprudencial 1978-1995" Revista General de Derecho nº 621, 1996

ANÁLISIS ECONÓMICO

Borrell J. R. (2006) 'Análisis económico de la competencia: lecciones de la experiencia comparada', *Gaceta Jurídica de la Competencia y de la Unión Europea*, 243, 56-76.

Borrell J. R. (1999) 'Pharmaceutical Price Regulation: A Study on the Impact of the Rate-of-Return Regulation in the UK', *Pharmacoeconomics*, 15(3), 291-303

Borrell J. R. y A. Merino (2006) 'Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España. ¿Hasta dónde se traslada la competencia?', *Gaceta Sanitaria*, 20:Monográfico 2, 41-50.

Frontier Economics (2002a) 'Welfare implications of potential leapfrogging', OFT Pharmacy Investigation, A report prepared for the Office for Fair Trading, November 2002.

Frontier Economics (2002b) 'Creating an electronic map of GB pharmacy locations', OFT Pharmacy Investigation Study 1, A report prepared for the Office for Fair Trading, November 2002.

Frontier Economics (2002c) 'The relationship between price and local competition measures', OFT Pharmacy Investigation Study 2, A report prepared for the Office for Fair Trading, November 2002.

Nonell R. y J. R. Borrell (2001) 'Public Demand for Medicines, Price Regulation and Government-Industry Relationship in Spain', *Environment and Planning C: Government and Policy* , 19, 119-134

Nonell R y J. R. Borrell (1998) 'Mercado de Medicamentos en España. Diseño Institucional de la Regulación y de la Provisión Pública', *Papeles de Economía Española*, 76, 113-131.

Office of Fair Trading (2003) 'The control of entry regulations and retail pharmacy services in the UK. A report of a market investigation', *OFT Report* 609, Londres.

Perdiguero J. y J. R. Borrell (2006) '¿Cuándo es geográfica la competencia?', mimeo, documento de trabajo en curso.

Schaumans, C. y F. Verboven (2006) 'Entry and regulation. Evidence form health care professions', Discussion Paper 5482, Center for Economic Policy Research.

6.- ANEXOS

6.1.- ANEXO 1. DATOS SOBRE POBLACIÓN Y EL NÚMERO DE FARMACIAS POR PROVINCIAS, COMARCAS Y MUNICIPIOS DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI Y LA COMUNIDAD FORAL DE NAVARRA

NAVARRA

FICHA RESUMEN DE COMARCAS
(Fuentes: INE. Padrón Municipal 2006, Gobierno de Navarra)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
NOROESTE	53.705	61	1,1	57	1,1
PAMPLONA	321.514	280	0,9	67	0,2
TIERRA ESTELLA	40.551	45	1,1	55	1,4
PIRINEO	12.629	15	1,2	75	5,9
NAVARRA MEDIA ORIENTE	32.069	36	1,1	27	0,8
RIBERA ALTA	57.739	55	1,0	25	0,4
TUDELA	83.667	69	0,8	18	0,2
NAVARRA	**601.874**	**561**	**0,9**	**324**	**0,5**

NAVARRA

COMARCA: NOROESTE

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ALTSASU / ALSASUA	7.501	7	0,9	1	0,1
ANUE	388	1	2,6	1	2,6
ARAITZ	588	1	1,7	1	1,7
ARAKIL	882	1	1,1	2	2,3
ARANO	141	0	0,0	1	7,1
ARANTZA	657	1	1,5	1	1,5
ARBIZU	1.006	1	1,0	1	1,0
ARESO	293	1	3,4	1	3,4
ARRUAZU	107	0	0,0	1	9,3
ATEZ	246	0	0,0	0	0,0
BAKAIKU	337	1	3,0	1	3,0
BASABURUA	799	1	1,3	1	1,3
BAZTAN	7.827	7	0,9	9	1,1
BEINTZA-LABAIEN	258	0	0,0	0	0,0
BERA / VERA DE BIDASOA	3.727	5	1,3	1	0,3
BERTIZARANA	676	0	0,0	0	0,0
BETELU	346	1	2,9	1	2,9
DONAMARIA	414	0	0,0	0	0,0
DONEZTEBE / SANTESTEBAN	1.494	3	2,0	1	0,7
ELGORRIAGA	226	0	0,0	1	4,4
ERATSUN	172	0	0,0	1	5,8
ERGOIENA	437	1	2,3	3	6,9
ETXALAR	2.434	1	0,4	1	0,4
ETXARRI-ARANATZ	493	2	4,1	1	2,0
EZCABARTE	352	1	2,8	2	5,7
EZKURRA	193	0	0,0	1	5,2
GOIZUETA	809	1	1,2	1	1,2
IGANTZI	607	1	1,6	1	1,6
IMOTZ	427	0	0,0	1	2,3
IRAÑETA	157	0	0,0	1	6,4
IRURTZUN	2.192	2	0,9	1	0,5
ITUREN	481	1	2,1	1	2,1
ITURMENDI	379	0	0,0	1	2,6
LAKUNTZA	1.103	1	0,9	1	0,9
LANTZ	115	0	0,0	0	0,0
LARRAUN	1.071	0	0,0	0	0,0
LEITZA	2.895	4	1,4	1	0,3
LEKUMBERRI	1.085	2	1,8	1	0,9
LESAKA	2.736	3	1,1	1	0,4
ODIETA	341	0	0,0	0	0,0
OITZ	150	0	0,0	0	0,0
OLAIBAR	203	0	0,0	0	0,0
OLAZTI / OLAZAGUTIA	1.762	2	1,1	1	0,6
SALDIAS	120	0	0,0	1	8,3
SUNBILLA	662	1	1,5	1	1,5
UHARTE-ARAKIL	775	2	2,6	1	1,3
ULTZAMA	1.624	1	0,6	2	1,2
URDAZUBI / URDAZ	359	2	5,6	1	2,8
URDIAIN	605	1	1,7	1	1,7
URROTZ	182	0	0,0	1	5,5
ZIORDIA	351	1	2,8	1	2,8
ZUBIETA	297	0	0,0	1	3,4
ZUGARRAMURDI	223	0	0,0	1	4,5
TOTAL NOROESTE	**53.705**	**61**	**1,1**	**57**	**1,1**

COMARCA: PAMPLONA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ADIOS	171	0	0,0	1	5,8
ANSOAIN	9.952	6	0,6	1	0,1
AÑORBE	531	1	1,9	1	1,9
ARANGUREN	6.133	3	0,5	1	0,2
ARTAZU	106	0	0,0	1	9,4
BARAÑAIN	22.401	12	0,5	2	0,1
BELASCOAIN	115	0	0,0	0	0,0
BERIAIN	3.125	3	1,0	1	0,3
BERRIOPLANO	2.347	2	0,9	0	0,0
BERRIOZAR	8.555	7	0,8	1	0,1
BIDAURRETA	125	0	0,0	0	0,0
BIURRUN / OLCOZ	200	0	0,0	3	15,0
BURLADA / BURLATA	18.388	12	0,7	1	0,1
CIRIZA	101	0	0,0	0	0,0
CIZUR	2.238	2	0,9	2	0,9
ECHARRI	67	0	0,0	0	0,0
EGÜES	5.379	4	0,7	1	0,2
ENERIZ	252	0	0,0	1	4,0
ETXAURI	346	1	2,9	1	2,9
GALAR	1.456	1	0,7	5	3,4
GOÑI	192	0	0,0	5	26,0
GUIRGUILLANO	96	0	0,0	0	0,0
HUARTE / UHARTE	4.671	6	1,3	1	0,2
IZA	843	1	1,2	1	1,2
JUSLAPEÑA	524	1	1,9	1	1,9
LEGARDA	105	0	0,0	1	9,5
MURUZABAL	304	1	3,3	1	3,3
NOAIN (VALLE DE ELORTZ)	4.789	4	0,8	3	0,6
OBANOS	889	1	1,1	1	1,1
OLLO	309	0	0,0	3	9,7
OLZA	1.535	1	0,7	2	1,3
ORKOIEN	2.251	2	0,9	1	0,4
PAMPLONA / IRUÑA	195.769	191	1,0	16	0,1
PUENTE LA REINA-GARES	2.630	3	1,1	1	0,4
TIEBAS / MURUARTE DE RETA	559	1	1,8	2	3,6
TIRAPU	61	0	0,0	0	0,0
UCAR	153	0	0,0	1	6,5
UTERGA	166	0	0,0	1	6,0
VILLAVA / ATARRABIA	10.295	7	0,7	1	0,1
ZABALZA	188	0	0,0	0	0,0
ZIZUR MAYOR / ZIZUR NAGUSIA	13.197	7	0,5	2	0,2
TOTAL PAMPLONA	**321.514**	**280**	**0,9**	**67**	**0,2**

COMARCA: TIERRA ESTELLA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ABAIGAR	104	0	0,0	0	0,0
ABARZUZA	563	1	1,8	1	1,8
ABERIN	331	1	3,0	2	6,0
AGUILAR DE CODES	106	0	0,0	1	9,4
ALLIN	805	1	1,2	2	2,5
ALLO	1.068	1	0,9	1	0,9
AMESCOA BAJA	826	1	1,2	1	1,2
ANCIN	373	1	2,7	1	2,7
ARANACHE	79	0	0,0	0	0,0
ARAS	202	0	0,0	1	5,0
ARCOS (LOS)	1.272	2	1,6	1	0,8
ARELLANO	188	0	0,0	1	5,3
ARMAÑANZAS	74	0	0,0	1	13,5
ARRONIZ	1.147	1	0,9	1	0,9
AYEGUI	1.469	2	1,4	1	0,7
AZUELO	42	0	0,0	1	23,8
BARBARIN	85	0	0,0	1	11,8
BARGOTA	359	1	2,8	1	2,8
BUSTO (EL)	83	0	0,0	1	12,0
CABREDO	97	1	10,3	1	10,3
CIRAUQUI	480	1	2,1	1	2,1
DESOJO	114	0	0,0	1	8,8
DICASTILLO	683	1	1,5	1	1,5
ESPRONCEDA	13.892	1	0,1	1	0,1
ESTELLA / LIZARRA	1.652	16	9,7	2	1,2
ETAYO	799	0	0,0	1	1,3
EULATE	1.540	1	0,6	1	0,6
GENEVILLA	106	0	0,0	1	9,4
GUESALAZ	472	0	0,0	1	2,1
IGUZQUIZA	348	1	2,9	3	8,6
LANA	206	0	0,0	1	4,9
LAPOBLACION	160	0	0,0	2	12,5
LARRAONA	136	0	0,0	1	7,4
LAZAGURRIA	205	1	4,9	1	4,9
LEGARIA	117	0	0,0	0	0,0
LEZAUN	262	1	3,8	1	3,8
LUQUIN	132	0	0,0	1	7,6
MAÑERU	359	1	2,8	1	2,8
MARAÑON	61	0	0,0	1	16,4
MENDAZA	333	1	3,0	1	3,0
METAUTEN	292	0	0,0	1	3,4
MIRAFUENTES	48	0	0,0	0	0,0
MORENTIN	167	0	0,0	0	0,0
MUES	99	0	0,0	1	10,1
MURIETA	317	0	0,0	1	3,2
NAZAR	55	0	0,0	0	0,0
OCO	78	0	0,0	0	0,0
OLEJUA	55	0	0,0	0	0,0
OTEIZA	946	1	1,1	1	1,1
PIEDRAMILLERA	62	0	0,0	0	0,0
SALINAS DE ORO	115	0	0,0	1	8,7
SANSOL	123	1	8,1		0,0
SORLADA	39	0	0,0	1	25,6
TORRALBA DEL RIO	134	0	0,0	1	7,5
TORRES DEL RIO	165	0	0,0	1	6,1
VIANA	3.661	4	1,1	1	0,3
VILLAMAYOR DE MONJARDIN	140	0	0,0	0	0,0
VILLATUERTA	983	1	1,0	1	1,0
YERRI	1.561	0	0,0	1	0,6
ZUÑIGA	181	0	0,0	1	5,5
TOTAL TIERRA ESTELLA	**40.551**	**45**	**1,1**	**55**	**1,4**

COMARCA: PIRINEO

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ABAURREGAINA / ABAURREA ALTA	147	0	0,0	1	6,8
ABAURREPEA / ABAURREA BAJA	40	0	0,0	1	25,0
AOIZ / AGOITZ	2.175	2	0,9	1	0,5
ARCE / ARTZI	272	0	0,0	1	3,7
ARIA	63	0	0,0	0	0,0
ARIBE	62	1	16,1	1	16,1
AURITZ / BURGUETE	306	1	3,3	1	3,3
BURGUI / BURGI	229	0	0,0	1	4,4
CASTILLO-NUEVO	18	0	0,0	1	55,6
ERRO	745	1	1,3	6	8,1
ESCAROZ / ESKAROZE	154	1	6,5	4	26,0
ESPARZA	151	0	0,0	3	19,9
ESTEREIBAR	86	1	11,6	3	34,9
GALLUES / GALOZE	109	0	0,0	6	55,0
GARAIOA	124	0	0,0	1	8,1
GARDE	182	0	0,0	1	5,5
GARRALDA	195	0	0,0	1	5,1
GUESA / GORZA	64	0	0,0	4	62,5
HIRIBERRI / VILLANUEVA DE AEZKOA	137	0	0,0	2	14,6
IBARGOITI	235	0	0,0	0	0,0
ISABA / IZABA	487	1	2,1	1	2,1
IZAGAONDOA	167	0	0,0	0	0,0
IZALZU / ITZALTZU	47	0	0,0	2	42,6
JAURRIETA	222	0	0,0	2	9,0
LIZOAIN	283	0	0,0	1	3,5
LONGUIDA / LONGIDA	312	0	0,0	0	0,0
LUMBIER	1.383	2	1,4	1	0,7
LUZAIDE / VALCARLOS	423	1	2,4	1	2,4
MONREAL	413	1	2,4	1	2,4
NAVASCUES	202	0	0,0	6	29,7
OCHAGAVIA	648	1	1,5	2	3,1
ORBAITZETA	208	0	0,0	1	4,8
ORBARA	54	0	0,0	1	18,5
ORONZ	56	0	0,0	2	35,7
OROZ-BETELU	205	0	0,0	1	4,9
ORREAGA / RONCESVALLES	25	0	0,0	1	40,0
ROMANZADO	154	0	0,0	2	13,0
RONCAL / ERRONKARI	296	1	3,4	1	3,4
SARRIES / SARTZE	78	0	0,0	4	51,3
UNCITI	218	0	0,0	0	0,0
URRAUL ALTO	164	0	0,0	1	6,1
URRAUL BAJO	283	0	0,0	1	3,5
URROZ	378	1	2,6	1	2,6
URZAINQUI	104	0	0,0	1	9,6
UZTARROZ / UZTARROZE	214	0	0,0	1	4,7
VIDANGOZ / BIDANKOZE	111	0	0,0	1	9,0
TOTAL PIRINEO	**12.629**	**15**	**1,2**	**75**	**5,9**

COMARCA: NAVARRA MEDIA ORIENTE

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
AIBAR / OIBAR	925	1	1,1	1	1,1
ARTAJONA	1.715	2	1,2	1	0,6
BARASOAIN	554	1	1,8	1	1,8
BEIRE	306	1	3,3	1	3,3
BERBINZANA	717	2	2,8	1	1,4
CASEDA	1.054	1	0,9	1	0,9
ESLAVA	98	0	0,0	1	10,2
EZPROGUI	60	0	0,0	1	16,7
GALLIPIENZO	147	0	0,0	1	6,8
GARINOAIN	480	0	0,0	0	0,0
JAVIER	100	0	0,0	1	10,0
LARRAGA	2.021	3	1,5	1	0,5
LEACHE	46	0	0,0	1	21,7
LEOZ	278	0	0,0	0	0,0
LERGA	71	0	0,0	1	14,1
LIEDENA	318	1	3,1	1	3,1
MENDIGORRIA	1.061	1	0,9	1	0,9
OLITE	3.494	3	0,9	1	0,3
OLORIZ	194	0	0,0	0	0,0
ORISOAIN	84	0	0,0	0	0,0
PETILLA DE ARAGON	33	0	0,0	1	30,3
PITILLAS	588	1	1,7	1	1,7
PUEYO	323	0	0,0	1	3,1
SADA	211	0	0,0	1	4,7
SAN MARTIN DE UNX	447	1	2,2	1	2,2
SANGUESA / ZANGOZA	5.093	5	1,0	2	0,4
TAFALLA	11.040	12	1,1	1	0,1
UJUE	225	0	0,0	1	4,4
UNZUE	137	0	0,0	1	7,3
YESA	249	1	4,0	1	4,0
TOTAL NAV. MEDIA ORIENTE	**32.069**	**36**	**1,1**	**27**	**0,8**

COMARCA: RIBERA ALTA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ANDOSILLA	2.771	3	1,1	1	0,4
AZAGRA	3.793	3	0,8	1	0,3
CADREITA	2.098	3	1,4	1	0,5
CAPARROSO	2.602	2	0,8	1	0,4
CARCAR	1.230	1	0,8	1	0,8
CARCASTILLO	2.602	2	0,8	2	0,8
FALCES	2.597	2	0,8	1	0,4
FUNES	2.396	2	0,8	1	0,4
LERIN	1.848	2	1,1	1	0,5
LODOSA	4.746	5	1,1	1	0,2
MARCILLA	2.660	3	1,1	1	0,4
MELIDA	766	1	1,3	1	1,3
MENDAVIA	3.773	3	0,8	1	0,3
MILAGRO	3.054	3	1,0	1	0,3
MIRANDA DE ARGA	979	1	1,0	1	1,0
MURILLO EL CUENDE	657	1	1,5	2	3,0
MURILLO EL FRUTO	755	1	1,3	1	1,3
PERALTA	5.833	4	0,7	1	0,2
SAN ADRIAN	5.958	7	1,2	1	0,2
SANTACARA	1.005	2	2,0	1	1,0
SARTAGUDA	1.395	1	0,7	1	0,7
SESMA	1.340	1	0,7	1	0,7
VILLAFRANCA	2.881	2	0,7	1	0,3
TOTAL RIBERA ALTA	**57.739**	**55**	**1,0**	**25**	**0,4**

COMARCA: TUDELA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ABLITAS	2.440	2	0,8	1	0,4
ARGUEDAS	2.362	1	0,4	1	0,4
BARILLAS	194	0	0,0	1	5,2
BUñUEL	2.410	2	0,8	0	0,0
CABANILLAS	1.488	1	0,7	0	0,0
CASCANTE	3.957	3	0,8	1	0,3
CASTEJON	3.887	3	0,8	1	0,3
CINTRUENIGO	6.783	4	0,6	1	0,1
CORELLA	7.713	6	0,8	1	0,1
CORTES	3.362	3	0,9	0	0,0
FITERO	2.257	2	0,9	1	0,4
FONTELLAS	856	1	1,2	2	2,3
FUSTIÑANA	2.546	3	1,2	0	0,0
MONTEAGUDO	1.146	1	0,9	1	0,9
MURCHANTE	3.363	3	0,9	1	0,3
RIBAFORADA	3.478	3	0,9	0	0,0
TUDELA	32.802	29	0,9	4	0,1
TULEBRAS	107	0	0,0	1	9,3
VALTIERRA	2.516	2	0,8	1	0,4
TOTAL TUDELA	**83.667**	**69**	**0,8**	**18**	**0,2**

ALAVA

FICHA RESUMEN DE COMARCAS
(Fuentes: INE. Padrón Municipal 2006, Gobierno Vasco)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
VALLES ALAVESES	5.262	3	0,6	10	1,9
LLANADA ALAVESA	241.497	74	0,3	19	0,1
MONTAÑA ALAVESA	3.152	2	0,6	4	1,3
RIOJA ALAVESA	10.826	8	0,6	13	1,2
ESTRIBACIONES DEL GORBEA	7.791	5	0,6	5	0,6
CANTABRICA ALAVESA	33.398	13	0,4	8	0,2
ALAVA	**301.926**	**105**	**0,3**	**59**	**0,2**

COMARCA: VALLES ALAVESES

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
AÑANA	182	1	5,5	1	5,5
ARMIÑON	179	0	0,0	0	0,0
BERANTEVILLA	442	0	0,0	1	2,3
KUARTANGO	364	0	0,0	1	2,7
LANTARON	957	0	0,0	3	3,1
RIBERA ALTA	602	0	0,0	1	1,7
RIBERA BAJA-ERRIBERA BEITIA	1.098	1	0,9	1	0,9
VALDEGOVIA	1.076	1	0,9	2	1,9
ZAMBRANA	362	0	0,0	0	0,0
TOTAL VALLES ALAVESES	**5.262**	**3**	**0,6**	**10**	**1,9**

COMARCA: LLANADA ALAVESA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ALEGRIA-DULANTZI	2.189	1	0,5	1	0,5
ARRAZUA-UBARRUNDIA	862	0	0,0	1	1,2
ASPARRENA	1.583	1	0,6	1	0,6
BARRUNDIA	795	0	0,0	1	1,3
ELBURGO/BURGELU	480	0	0,0	0	0,0
IRUÑA OKA/IRUÑA DE OCA	2.437	1	0,4	1	0,4
IRURAIZ-GAUNA	474	0	0,0	0	0,0
SALVATIERRA/AGURAIN	4.217	1	0,2	1	0,2
SAN MILLAN/DONEMILIAGA	716	0	0,0	0	0,0
VITORIA-GASTEIZ	227.568	70	0,3	13	0,1
ZALDUONDO	176	0	0,0	0	0,0
TOTAL LLANADA ALAVESA	**241.497**	**74**	**0,3**	**19**	**0,1**

COMARCA: MONTAÑA ALAVESA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ARRAIA-MAEZTU	728	0	0,0	1	1,4
BERNEDO	569	1	1,8	1	1,8
CAMPEZO/KANPEZU	1.075	1	0,9	1	0,9
HARANA/VALLE DE ARANA	329	0	0,0	0	0,0
LAGRAN	191	0	0,0	0	0,0
PEÑACERRADA-URIZAHARRA	260	0	0,0	1	3,8
TOTAL MONTAÑA ALAVESA	**3.152**	**2**	**0,6**	**4**	**1,3**

COMARCA: RIOJA ALAVESA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
BAÑOS DE EBRO/MAÑUETA	367	1	2,7	1	2,7
ELCIEGO	932	1	1,1	1	1,1
ELVILLAR/BILAR	350	0	0,0	1	2,9
KRIPAN	188	0	0,0	0	0,0
LABASTIDA/BASTIDA	1.434	1	0,7	1	0,7
LAGUARDIA	1.485	1	0,7	1	0,7
LANCIEGO/LANTZIEGO	673	1	1,5	1	1,5
LAPUEBLA DE LABARCA	842	1	1,2	1	1,2
LEZA	222	0	0,0	1	4,5
MOREDA DE ALAVA	274	0	0,0	1	3,6
NAVARIDAS	211	0	0,0	1	4,7
OYON-OION	2.929	1	0,3	1	0,3
SAMANIEGO	308	0	0,0	1	3,2
VILLABUENA DE ALAVA/ ESKUERNAGA	325	1	3,1	1	3,1
YECORA/IEKORA	286	0	0,0	0	0,0
TOTAL RIOJA ALAVESA	**10.826**	**8**	**0,6**	**13**	**1,3**

COMARCA: ESTRIBACIONES DEL GORBEA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ARAMAIO	1.490	1	0,7	1	0,7
LEGUTIANO	1.517	1	0,7	1	0,7
URKABUSTAIZ	1.048	1	1,0	1	1,0
ZIGOITIA	1.407	1	0,7	1	0,7
ZUIA	2.329	1	0,4	1	0,4
TOTAL ESTRIBACIONES DEL GORBEA	**7.791**	**5**	**0,6**	**5**	**0,6**

COMARCA: CANTABRICA ALAVESA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
AMURRIO	9.632	3	0,3	3	0,3
ARTZINIEGA	1.631	1	0,6	1	0,6
AYALA/AIARA	2.625	1	0,4	2	0,8
LAUDIO/LLODIO	18.478	7	0,4	1	0,1
OKONDO	1.032	1	1,0	1	1,0
TOTAL CANTABRICA ALAVESA	**33.398**	**13**	**0,4**	**8**	**0,2**

BIZKAIA

FICHA RESUMEN DE COMARCAS
(Fuentes: INE. Padrón Municipal 2006, Gobierno Vasco)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
GRAN BILBAO	872.678	327	0,4	66	0,1
DURANGUESADO	93.581	32	0,3	18	0,2
ARRATIA-NERVIÓN	22.205	10	0,5	13	0,6
ENCARTACIONES	30.342	13	0,4	16	0,5
GERNIKA/BERMEO (BUSTIRIALDEA)	45.111	21	0,5	20	0,4
MARKINA-ONDARRUA (LEA-ARTIBAI)	25.795	10	0,4	12	0,5
PLENTZIA-MUNGIA (URIBE)	49.768	18	0,4	20	0,4
BIZKAIA	**1.122.637**	**431**	**0,4**	**165**	**0,1**

COMARCA: GRAN BILBAO

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ABANTO Y CIERBENA	9.608	3	0,3	2	0,2
ALONSOTEGI	2.785	1	0,4	1	0,4
ARRIGORRIAGA	12.245	4	0,3	1	0,1
BARAKALDO	95.640	32	0,3	7	0,1
BASAURI	43.626	15	0,3	3	0,1
BERANGO	6.012	2	0,3	1	0,2
BILBAO	354.145	149	0,4	22	0,1
DERIO	5.107	2	0,4	1	0,2
ERANDIO	23.653	7	0,3	3	0,1
ETXEBARRI	7.887	3	0,4	1	0,1
GALDAKAO	29.374	11	0,4	3	0,1
GETXO	82.327	26	0,3	2	0,0
LARRABETZU	1.663	1	0,6	1	0,6
LEIOA	29.100	9	0,3	1	0,0
LEZAMA	2.352	1	0,4	1	0,4
LOIU	2.200	1	0,5	1	0,5
MUSKIZ	6.839	3	0,4	1	0,1
ORTUELLA	8.618	3	0,3	1	0,1
PORTUGALETE	49.118	18	0,4	2	0,0
SANTURTZI	47.320	17	0,4	2	0,0
SESTAO	30.036	11	0,4	3	0,1
SONDIKA	4.389	1	0,2	1	0,2
VALLE DE TRAPAGA	12.508	4	0,3	2	0,2
ZAMUDIO	3.192	1	0,3	1	0,3
ZARATAMO	1.651	1	0,6	2	1,2
ZIERBENA	1.283	1	0,8	0	0,0
TOTAL GRAN BILBAO	**872.678**	**327**	**0,4**	**66**	**0,1**

COMARCA: DURANGUESADO

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ABADIÑO	7.163	2	0,3	3	0,4
AMOREBIETA-ETXANO	17.112	6	0,4	1	0,1
ATXONDO	1.441	1	0,7	1	0,7
BEDIA	984	1	1,0	1	1,0
BERRIZ	4.676	1	0,2	1	0,2
DURANGO	27.040	10	0,4	3	0,1
ELORRIO	7.116	2	0,3	1	0,1
ERMUA	16.331	5	0,3	1	0,1
GARAI	279	0	0,0	1	3,6
IURRETA	3.901	1	0,3	0	0,0
IZURTZA	251	0	0,0	1	4,0
LEMOA	2.817	1	0,4	1	0,4
MALLABIA	1.135	1	0,9	1	0,9
MAÑARIA	459	0	0,0	1	2,2
ZALDIBAR	2.876	1	0,3	1	0,3
TOTAL DURANGUESADO	**93.581**	**32**	**0,3**	**18**	**0,2**

COMARCA: ARRATIA-NERVIÓN

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ARAKALDO	94	0	0,0	0	0,0
ARANTZAZU	294	0	0,0	1	3,4
AREATZA	1.072	1	0,9	1	0,9
ARRANKUDIAGA	824	0	0,0	1	1,2
ARTEA	675	1	1,5	1	1,5
DIMA	1.155	1	0,9	1	0,9
IGORRE	4.068	1	0,2	1	0,2
OROZKO	2.336	1	0,4	1	0,4
OTXANDIO	1.107	1	0,9	1	0,9
UBIDE	157	0	0,0	1	6,4
UGAO-MIRABALLES	4.035	1	0,2	1	0,2
URDUÑA-ORDUÑA	4.096	1	0,2	1	0,2
ZEANURI	1.242	1	0,8	1	0,8
ZEBERIO	1.050	1	1,0	1	1,0
TOTAL ARRATIA-NERVIÓN	**22.205**	**10**	**0,5**	**13**	**0,6**

COMARCA: ENCARTACIONES

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ARTZENTALES	688	1	1,5	2	2,9
BALMASEDA	7.073	2	0,3	1	0,1
GALDAMES	813	1	1,2	1	1,2
GORDEXOLA	1.589	1	0,6	1	0,6
GÜEÑES	6.167	3	0,5	4	0,6
KARRANTZA HARANA/ VALLE DE CARRANZA	2.838	1	0,4	1	0,4
LANESTOSA	279	0	0,0	1	3,6
SOPUERTA	2.361	1	0,4	2	0,8
TRUCIOS/TURTZIOZ	524	0	0,0	1	1,9
ZALLA	8.010	3	0,4	2	0,2
TOTAL ENCARTACIONES	**30.342**	**13**	**0,4**	**16**	**0,5**

COMARCA: GERNIKA-BERMEO (BUSTURIALDEA)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
AJANGIZ	441	0	0,0	0	0,0
ARRATZU	351	0	0,0	1	2,8
BERMEO	16.909	6	0,4	1	0,1
BUSTURIA	1.715	1	0,6	1	0,6
EA	844	1	1,2	1	1,2
ELANTXOBE	444	1	2,3	1	2,3
EREÑO	257	0	0,0	1	3,9
ERRIGOITI	501	0	0,0	1	2,0
FORUA	975	1	1,0	1	1,0
GAUTEGIZ ARTEAGA	882	1	1,1	1	1,1
GERNIKA-LUMO	15.959	7	0,4	3	0,2
IBARRANGELU	574	1	1,7	1	1,7
KORTEZUBI	392	0	0,0	0	0,0
MENDATA	374	0	0,0	1	2,7
MORGA	404	0	0,0	1	2,5
MUNDAKA	1.879	1	0,5	1	0,5
MURUETA	302	0	0,0	1	3,3
MUXIKA	1.331	1	0,8	2	1,5
NABARNIZ	223	0	0,0	1	4,5
SUKARRIETA	354	0	0,0	0	0,0
TOTAL GERNIKA-BERMEO (BUSTURIALDEA)	**45.111**	**21**	**0,5**	**20**	**0,4**

COMARCA: MARKINA-ONDARROA (LEA-ARTIBAI)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
AMOROTO	396	0	0,0	1	2,5
AULESTI	674	0	0,0	1	1,5
BERRIATUA	1.177	0	0,0	1	0,8
ETXEBARRIA	812	1	1,2	1	1,2
GIZABURUAGA	179	0	0,0	1	5,6
ISPASTER	618	0	0,0	1	1,6
LEKEITIO	7.307	3	0,4	1	0,1
MARKINA-XEMEIN	4.575	2	0,4	2	0,4
MENDEXA	400	0	0,0	1	2,5
MUNITIBAR-ARBATZEGI GERRIKAITZ-	380	0	0,0	1	2,6
ONDARROA	9.277	4	0,4	1	0,1
TOTAL MARKINA-ONDARROA (LEA-ARTIBAI)	**25.795**	**10**	**0,4**	**12**	**0,5**

COMARCA: PLENTZIA-MUNGIA (URIBE)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ARRIETA	541	0	0,0	1	1,8
BAKIO	2.114	1	0,5	1	0,5
BARRIKA	1.375	1	0,7	1	0,7
FRUIZ	402	0	0,0	2	5,0
GAMIZ-FIKA	1.289	1	0,8	2	1,6
GATIKA	1.419	1	0,7	1	0,7
GORLIZ	5.049	1	0,2	2	0,4
LAUKIZ	979	1	1,0	1	1,0
LEMOIZ	950	0	0,0	3	3,2
MARURI-JATABE	843	0	0,0	1	1,2
MEÑAKA	634	0	0,0	1	1,6
MUNGIA	15.104	6	0,4	1	0,1
PLENTZIA	4.069	1	0,2	1	0,2
SOPELANA	11.861	4	0,3	1	0,1
URDULIZ	3.139	1	0,3	1	0,3
TOTAL PLENTZIA-MUNGIA (URIBE)	**49.768**	**18**	**0,4**	**20**	**0,4**

GIPUZKOA

FICHA RESUMEN DE COMARCAS
(Fuentes: INE. Padrón Municipal 2006, Gobierno Vasco)

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
BAJO BIDASOA	76.334	30	0,4	3	0,0
BAJO DEBA	54.115	22	0,4	8	0,1
ALTO DEBA	61.654	22	0,4	7	0,1
DONOSTIALDEA	319.563	135	0,4	23	0,1
GOIERRI	64.902	27	0,4	16	0,2
TOLOSALDEA	45.897	20	0,4	12	0,3
UROLA COSTA	69.430	25	0,4	9	0,1
GIPUZKOA	**691.895**	**281**	**0,4**	**78**	**0,1**

COMARCA: BAJO BIDASOA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
HONDARRIBIA	16.073	6	0,4	2	0,1
IRUN	60.261	24	0,4	1	0,0
TOTAL BAJO BIDASOA	**76.334**	**30**	**0,4**	**3**	**0,0**

COMARCA: BAJO DEBA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
DEBA	5.313	2	0,4	2	0,4
EIBAR	27.530	11	0,4	2	0,1
ELGOIBAR	10.690	4	0,4	1	0,1
MENDARO	1.689	1	0,6	1	0,6
MUTRIKU	4.795	2	0,4	1	0,2
SORALUCE- PLASENCIA DE LAS ARMAS	4.098	2	0,5	1	0,2
TOTAL BAJO DEBA	**54.115**	**22**	**0,4**	**8**	**0,1**

COMARCA: ALTO DEBA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ANTZUOLA	2.073	1	0,5	1	0,5
ARETXABALETA	6.469	2	0,3	1	0,2
ARRASATE-MONDRAGON	22.312	8	0,4	1	0,0
BERGARA	14.853	5	0,3	1	0,1
ELGETA	1.021	1	1,0	1	1,0
ESKORIATZA	3.926	1	0,3	1	0,3
LEINTZ-GATZAGA	257	0	0,0	0	0,0
OÑATI	10.743	4	0,4	1	0,1
TOTAL ALTO DEBA	**61.654**	**22**	**0,4**	**7**	**0,1**

COMARCA: DONOSTIALDEA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ANDOAIN	14.082	6	0,4	1	0,1
ASTIGARRAGA	4.242	1	0,2	1	0,2
DONOSTIA-SAN SEBASTIAN	183.308	85	0,5	10	0,1
ERRENTERIA	37.853	14	0,4	2	0,1
HERNANI	18.943	7	0,4	1	0,1
LASARTE-ORIA	17.582	6	0,3	1	0,1
LEZO	5.945	2	0,3	1	0,2
OIARTZUN	9.829	4	0,4	1	0,1
PASAIA	16.160	6	0,4	3	0,2
URNIETA	5.896	2	0,3	1	0,2
USURBIL	5.723	2	0,3	1	0,2
TOTAL DONOSTIALDEA	**319.563**	**135**	**0,4**	**23**	**0,1**

COMARCA: GOIERRI

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ALTZAGA	153	0	0,0	0	0,0
ARAMA	173	0	0,0	0	0,0
ATAUN	1.574	1	0,6	2	1,3
BEASAIN	12.682	3	0,2	1	0,1
EZKIO-ITSASO	549	0	0,0	1	1,8
GABIRIA	429	0	0,0	0	0,0
GAINTZA	132	0	0,0	0	0,0
IDIAZABAL	2.166	1	0,5	1	0,5
ITSASONDO	591	1	1,7	1	1,7
LAZKAO	5.123	2	0,4	1	0,2
LEGAZPI	8.610	4	0,5	1	0,1
MUTILOA	200	0	0,0	1	5,0
OLABERRIA	920	1	1,1	1	1,1
ORDIZIA	9.188	4	0,4	1	0,1
ORMAIZTEGI	1.268	1	0,8	1	0,8
SEGURA	1.250	1	0,8	1	0,8
URRETXU	6.778	2	0,3	0	0,0
ZALDIBIA	1.446	1	0,7	1	0,7
ZEGAMA	1.348	1	0,7	1	0,7
ZERAIN	244	0	0,0	0	0,0
ZUMARRAGA	10.078	4	0,4	1	0,1
TOTAL GOIERRI	**64.902**	**27**	**0,4**	**16**	**0,2**

COMARCA: TOLOSALDEA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
ABALTZISKETA	295	0	0,0	0	0,0
ADUNA	368	0	0,0	0	0,0
ALBIZTUR	293	0	0,0	0	0,0
ALEGIA	1.671	1	0,6	1	0,6
ALKIZA	320	0	0,0	0	0,0
ALTZO	359	0	0,0	0	0,0
AMEZKETA	974	1	1,0	1	1,0
ANOETA	1.777	1	0,6	1	0,6
ASTEASU	1.424	1	0,7	1	0,7
BALIARRAIN	95	0	0,0	0	0,0
BELAUNTZA	307	0	0,0	0	0,0
BERASTEGI	1.003	1	1,0	1	1,0
BERROBI	588	1	1,7	0	0,0
BIDEGOIAN	464	0	0,0	1	2,2
ELDUAIN	215	0	0,0	0	0,0
GAZTELU	152	0	0,0	0	0,0
HERNIALDE	334	0	0,0	0	0,0
IBARRA	4.299	2	0,5	1	0,2
IKAZTEGIETA	453	0	0,0	0	0,0
IRURA	1.193	0	0,0	1	0,8
LARRAUL	177	0	0,0	0	0,0
LEABURU	375	0	0,0	0	0,0
LEGORRETA	1.414	1	0,7	1	0,7
LIZARTZA	602	0	0,0	1	1,7
ORENDAIN	170	0	0,0	0	0,0
OREXA	96	0	0,0	0	0,0
TOLOSA	17.877	8	0,4	1	0,1
VILLABONA	5.741	2	0,3	1	0,2
ZIZURKIL	2.861	1	0,3	0	0,0
TOTAL TOLOSALDEA	**45.897**	**20**	**0,4**	**12**	**0,3**

COMARCA: UROLA COSTA

COMARCA	HABITANTES	Nº FARMACIAS	DENSIDAD FARMACIAS	Nº CENTROS DE SALUD	DENSIDAD C. SALUD
AIA	1.773	1	0,6	1	0,6
AIZARNAZABAL	614	1	1,6	0	0,0
AZKOITIA	10.641	4	0,4	1	0,1
AZPEITIA	13.930	5	0,4	1	0,1
BEIZAMA	170	0	0,0	0	0,0
ERREZIL	611	0	0,0	1	1,6
GETARIA	2.525	1	0,4	1	0,4
ORIO	4.695	2	0,4	1	0,2
ZARAUTZ	22.323	7	0,3	1	0,0
ZESTOA	3.311	1	0,3	1	0,3
ZUMAIA	8.837	3	0,3	1	0,1
TOTAL UROLA COSTA	**69.430**	**25**	**0,4**	**9**	**0,1**

6.2.- ANEXO 2. FICHA-CUESTIONARIO PARA EL TRABAJO DE CAMPO

INFORME ECONÓMICO Y DE COMPETENCIA EN EL SECTOR DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

A.- IDENTIFICACIÓN

Territorio: _____
Municipio: _____
Dirección: _____
Nombre establecimiento: _____
1 o Área Central Municipio 2 o Entorno periferia, barrios

B.- SALA DE VENTAS

1.- Observaciones en relación con el aspecto del establecimiento

a) Instalaciones
1 o Anticuado, falto de iluminación,
2 o Renovado, iluminado,
3 o Recién renovado, esplendoroso,

b) Presentación de productos:
1 o Con lineales over the counter
2 o Sin lineales over the counter

2.- Dimensión del establecimiento
1 o Farmacia pequeña, un único mostrador de atención al público
2 o Farmacia grande, de varias cajas/mostradores de atención al público

3.- Señalar la existencia de un espacio infantil
1 o Si
2 o No
3 o Otros especificar _____--

C.- HORARIO

	Apertura	Cierre	Total Horas
Mañana	__:__	__:__	__
Tarde	__:__	__:__	__
Continuado	__:__		__

Días de Apertura

1 o L 2 o M 3 o X 4 o J 5 o V 6 o S 7 o D

Guardias:	**Si**	**No**
Nocturna	o	o
Fin de Semana	o	o

D.- SERVICIOS

1.- ¿Se ofrece la posibilidad de servicio a domicilio por encargo?

1 o NO se dispensa a domicilio en ningún caso
2 o SI, sólo para colectivos (residencias, pisos tutelados, etc...)
3 o SI, tanto particulares como colectivos

2.- Atención personalizada

a) Servicios de atención al usuario:

Ortopedia	1 o Si	2 o No
Óptica	1 o Si	2 o No
Medida de tensión	1 o Si	2 o No
Análisis clínicos	1 o Si	2 o No

Otros: especificar_____

b) Aparatos disponibles:

Báscula	1 o Si	2 o No
Tallímetro	1 o Si	2 o No
Tensiómetro	1 o Si	2 o No

Otros: especificar_____

3.- Disponibilidad de servicio urgente. Señalar la rapidez de servicio al cliente en el caso de no disponer en ese momento del producto

a) Si la compra es por la mañana

1 o por la tarde
2 o a la mañana siguiente
3 o por la tarde del día siguiente
4 o a la mañana de dos días después

b) Si la compra es por la tarde

1 o a la mañana siguiente
2 o por la tarde del día siguiente
3 o a la mañana de dos días después
4 o por la tarde de dos días después

E.- ENTORNO DE REFERENCIA

1.- Señalar la existencia de otras farmacias en el entorno:

a) Comprobación visual

1 o Si →¿Cuántas? ⌊__⌋⌊__⌋
2 o No

b) Comprobación de un recorrido a pie de manzana

1 o Si →¿Cuántas? ⌊__⌋⌊__⌋
2 o No

2.- Señalar la existencia de parafarmacias en el entorno:

a) Comprobación visual

1 o Si →¿Cuántas? ⌊__⌋⌊__⌋
2 o No

b) Comprobación de un recorrido a pie de manzana

1 o Si →¿Cuántas? ⌊__⌋⌊__⌋
2 o No

3.- Oferta comercial significativa en el entorno:

1 o Si 2 o No

4.- Señalar la existencia de otros equipamientos médicos o centros de asistencia sanitaria en el entorno

1 o Si
2 o No

CATÁLOGO DE COMPRA DE PRODUCTOS FARMACEÚTICOS

	I	O	P.V.P.
a) Medicamentos Publicitarios			
Frenadol Complex 10 Sobres CN: 760017.6			
Nicorette 10 16.6mg 14 Parches CN: 693267			
b) Medicamentos homeopáticos			
Histaminium 9CH Lab. BOIRON tubo 80 gránulos			
HOMEOVOX Lab. BOIRON 40 comprim. Grageados			
c) Cuidado personal			
Fotoprotector ISDIN f-15 Crema 150 ml. CN: 179291			
FLUOCARIL gel 75ml. C.N. 206672			
Compresas topológicas SUAVINEX 20 unidades extraplanas CN: 302364			
Phisiogel A.I. Crema 50 ml. CN: 157818.1			
d) Nutrición.			
PULEVA 1, 400 GRAMOS CN: 200337 (leche infantil en polvo)			
NESTLÉ PAPILLA 5 cereales sin leche 600gramos CN: 397950.4			
e) Cuidado de pacientes			
Cepillo dental adulto PHB CN: 384008			
Biberón Avent 260 ml. CN 222232			
f) Complemento alimenticio			
A-DERMA Ditopy Polvo a Disolver Lactobacillus rhamnosus y acidophilus 28 sobres de 1 gramo CN 178231.1			

6.3.- ANEXO 3. RESULTADOS DE LA ESTIMACIÓN DE LOS MODELOS DE REGRESIÓN

6.3.1.- Modelo lineal

En una primera aproximación cuantitativa al número de farmacias que abren en los distintos entornos regulatorios de Euskadi y Navarra, se propone especificar el número de oficinas de farmacia (OF) de cada municipio de menos de 15.000 habitantes y más de 800 habitantes/km^2 (subíndice i) de Euskadi y Navarra como una proporción (β) de la población (HAB) a estimar por Mínimos Cuadrados Ordinarios,

$$OF_i = \alpha + \beta HAB_i + \varepsilon_i .$$

```
by ccaa: reg nf poblacion, robust cluster(comarca)

-------------------------------------------------------------------------------
-> ccaa = EUSKADI

Regression with robust standard errors                Number of obs =     213
                                                      F(  1,    18) =  850.76
                                                      Prob > F      =  0.0000
                                                      R-squared     =  0.8351
Number of clusters (comarca) = 19                     Root MSE      =   .4625

------------------------------------------------------------------------------
             |               Robust
          nf |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf. Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
   poblacion |   .0003378   .0000116    29.17   0.000     .0003134    .0003621
       _cons |   .1906503   .0499685     3.82   0.001     .0856705    .2956302
------------------------------------------------------------------------------
Modelo utilizado para la predicción en navarra nf_pred_eusk

-------------------------------------------------------------------------------
-> ccaa = NAVARRA

Regression with robust standard errors                Number of obs =     262
                                                      F(  1,     6) =  210.55
                                                      Prob > F      =  0.0000
                                                      R-squared     =  0.8639
Number of clusters (comarca) = 7                      Root MSE      =   .5505

------------------------------------------------------------------------------
             |               Robust
          nf |      Coef.   Std. Err.      t    P>|t|     [95% Conf. Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
   poblacion |   .0008949   .0000617    14.51   0.000      .000744    .0010458
       _cons |   .0889441   .0385586     2.31   0.061    -.0054055    .1832936
------------------------------------------------------------------------------
Modelo utilizado para la predicción en Euskadi nf_pred_nav
```

La estimación lineal nos muestra que en el caso de Euskadi existen en promedio 0.3378 farmacias por cada 1.000 habitantes ($b_{EUSKADI}$=0.0003378), mientras que en Navarra es 0.8949 farmacias por cada 1.000 habitantes ($b_{NAVARRA}$=0.0008849). Estas estimaciones nos indican que entre el 83% y el 86% de la variación en el número de farmacias abiertas al público se explica por la variación de la población. Se ha comprobado que otros potenciales determinantes de la variación en el número de farmacias entre municipios como es la densidad de población, la proporción de mayores o de jóvenes, la proporción de parados, etc. explican un porcentaje muy pequeño de la variación en el número de farmacias abiertas al público por municipio.

6.3.2.- Modelo no lineal: Probit ordenado

El modelo lineal propuesto estimado anteriormente no tiene en cuenta que el número de farmacias abiertas al público en cada municipio de Euskadi y Navarra es un número entero. La variable endógena explicada en el modelo no toma valores continuos. En este caso, el modelo lineal no es el apropiado. Además, la ecuación lineal no tiene interpretación económica.

Una forma alternativa a aproximarse al número de farmacias abiertas al público en cada municipio es a través de un modelo económico de entrada que puede estimarse a través de un modelo probit ordenado.

Nuestro punto de partida es un juego no cooperativo en dos etapas en estrategias puras. En la primera etapa, cada farmacéutico titular decide si en el mercado o no y en la segunda juega el juego de competencia y obtiene su pago. Si no se entra el pago obtenido es 0, ni se obtienen beneficios ni se incurre en costes fijos de entrada. Solucionando el juego por inducción hacia atrás se obtiene un juego estático de una sola jugada.

Los farmacéuticos se plantearán establecerse en un municipio determinado cuando les suponga una oportunidad de obtener beneficios. El farmacéutico *k* entrará (o al menos intentará entrar) en el municipio *i* si sus beneficios esperados son no negativos. Es decir, si

$$E(\pi_{kit}) = E(V_{kit}) - F_{kit} \geq 0 \qquad (1)$$

donde *V* es una función de los beneficios variables (margen del precio menos el coste marginal por la cantidad vendida) y *F* son los costes fijos de entrada que conocen los farmacéuticos y que todas los farmacéuticos conocen sus propios costes fijos y también el de los otros farmacéuticos.

Si se supone que los farmacéuticos son simétricos, todos tienen la misma función *V* y los mismos costes fijos de entrada (*F*), y que no compiten en precios si no que juegan un juego de competencia por ejemplo a la Cournot, se llega a un equilibrio de Nash (ningún farmacéutico quiere variar su estrategia dada las estrategias de las demás empresas) cuando[58],

$$\pi_{kit}(N_{it}^{*}) \geq 0 > \pi_{it}(N_{it}^{*}+1)$$

Si hay *N* farmacias en el mercado el beneficio es no negativo (por la simetría todas las farmacias van a obtener el mismo), pero si hay más farmacias (basta con una farmacias más) el beneficio será negativo. Así que la variable endógena a explicar será de nuevo el número de farmacias observadas en cada municipio que sólo tomará valores enteros no negativos. Por tanto, si *V* depende de *N*[59],

$$V_{it}(N_{it}^{*}) - F_{kit} \geq 0 > V_{it}(N_{it}^{*}+1) - F_{it}$$

y así,

[58] De aquí en adelante obviamos la expresión de la esperanza aunque nos seguiremos refiriendo a beneficios esperados.

[59] En realidad V dependerá de otras variables más como del tamaño y las características del mercado, shocks de demanda y oferta, regulación, etc.

$$V_{it}(N_{it}^{*}) \geq F_{kit} > V_{it}(N_{it}^{*}+1)$$

De este modo la probabilidad de observar N farmacias en el municipio depende únicamente del valor de una variable, los costes fijos de entrada. De hecho, depende de que los costes fijos de entrada se encuentren entre un límite inferior y otro superior. Si además se supone que los costes fijos se distribuyen como una distribución log-normal, es decir,

$$\ln F_{kit} = \mu + \beta\varepsilon_{it} \text{ donde } \varepsilon_{it} \sim N(0,1),$$

entonces,

$$\ln V_{it}(N_{it}) \geq \ln F_{it} > \ln V_{it}(N_{it}+1),$$

y además,

$$\ln V_{it}(N_{it}) \geq \mu + \beta\varepsilon_{it} > \ln V_{it}(N_{it}+1),$$

y por tanto,

$$\frac{\ln V_{it}(N_{it}) - \mu}{\beta} \geq \varepsilon_{it} > \frac{\ln V_{it}(N_{it}+1) - \mu}{\beta}.$$

Esta última expresión corresponde a un modelo econométrico de elección discreta conocido como modelo probit ordenado cuyos parámetros pueden ser estimados por máxima verosimilitud. En este modelo, la probabilidad de observar *N* farmacias en el municipio *i* vendrá dada por:

$$Pr\left[E(\pi_{it}(N_{it})) \geq 0, E(\pi_{it}(N_{it}+1)) < 0\right] = \Phi(V_{it}(N_{it});\beta) - \Phi(V_{it}(N_{it}+1);\beta)$$

donde Φ es la función de densidad acumulada normal estándar.

A continuación se muestran los restados de estimar este modelo probit ordenado en el caso de los municipios de Euskadi y de Navarra:

```
**Oprobit Predicción 2
. **********************
. oprobit nf_orden lpoblacion if ccaa=="EUSKADI", robust cluster (comarca)

Iteration 0:   log pseudo-likelihood = -259.70795
Iteration 1:   log pseudo-likelihood = -131.23818
Iteration 2:   log pseudo-likelihood = -103.72415
Iteration 3:   log pseudo-likelihood = -92.904749
Iteration 4:   log pseudo-likelihood = -90.406911
Iteration 5:   log pseudo-likelihood = -90.284693
Iteration 6:   log pseudo-likelihood = -90.284408

Ordered probit estimates                          Number of obs   =        213
                                                  Wald chi2(1)    =      29.91
                                                  Prob > chi2     =     0.0000
Log pseudo-likelihood = -90.284408                Pseudo R2       =     0.6524

                          (standard errors adjusted for clustering on comarca)
------------------------------------------------------------------------------
             |               Robust
    nf_orden |      Coef.   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf. Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
  lpoblacion |   2.863194   .5235703     5.47   0.000     1.837015    3.889373
-------------+----------------------------------------------------------------
       _cut1 |   18.55732   3.465723          (Ancillary parameters)
       _cut2 |   24.09463   4.396988
       _cut3 |   25.59812   4.595093
       _cut4 |   26.46008   4.723629
       _cut5 |   27.62778   4.854008
------------------------------------------------------------------------------
note: 4 observations completely determined.  Standard errors questionable.

. oprobit nf_orden lpoblacion if ccaa=="NAVARRA", robust cluster (comarca)

Iteration 0:   log pseudo-likelihood = -348.82437
Iteration 1:   log pseudo-likelihood = -191.38096
Iteration 2:   log pseudo-likelihood = -162.00149
Iteration 3:   log pseudo-likelihood = -156.22443
Iteration 4:   log pseudo-likelihood = -155.86522
Iteration 5:   log pseudo-likelihood = -155.86353

Ordered probit estimates                          Number of obs   =        262
                                                  Wald chi2(1)    =      52.97
                                                  Prob > chi2     =     0.0000
Log pseudo-likelihood = -155.86353                Pseudo R2       =     0.5532

                          (standard errors adjusted for clustering on comarca)
------------------------------------------------------------------------------
             |               Robust
    nf_orden |      Coef.   Std. Err.      z    P>|z|     [95% Conf. Interval]
-------------+----------------------------------------------------------------
  lpoblacion |    1.95442   .2685258     7.28   0.000     1.428119    2.480721
-------------+----------------------------------------------------------------
       _cut1 |   11.28624   1.589341          (Ancillary parameters)
       _cut2 |   14.07897   1.917912
       _cut3 |   15.38821   2.060045
       _cut4 |   16.66079   2.321172
       _cut5 |   17.30083    2.36186
------------------------------------------------------------------------------
note: 2 observations completely determined.  Standard errors questionable.

.
. predict oprobit_xb2_nav, xb
```

Los resultados de la estimación del modelo no lineal probit ordenado correspondiente a Navarra se han utilizado para realizar la mejor predicción del

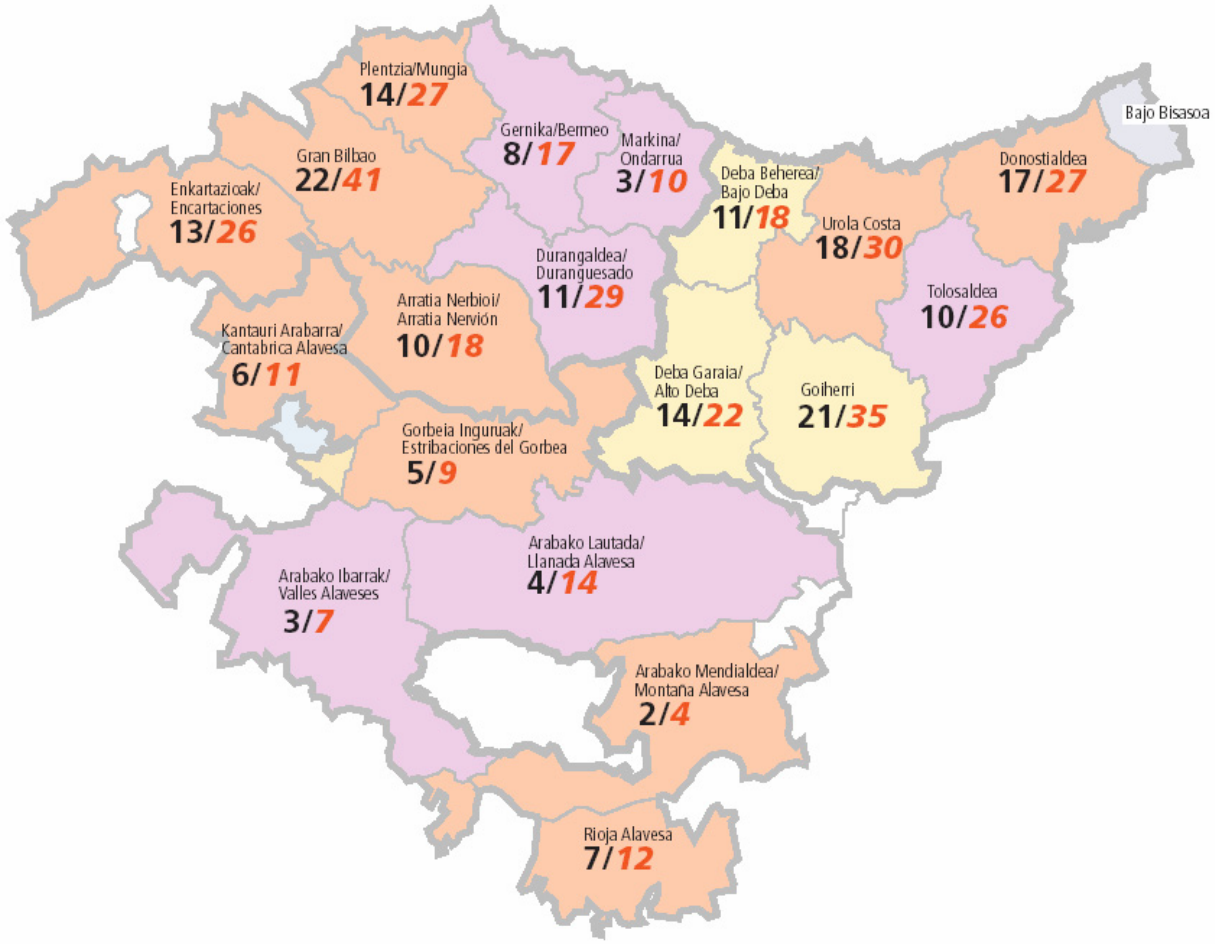
número esperado de farmacias que abrirían en Euskadi con la aplicación de un modelo de ordenación territorial como el de Navarra.

6.4.6.- ANEXO 4. MAPIFICACIÓN DE LA ESTIMACIÓN MUNICIPAL DE APERTURAS DE FARMACIAS DE ACUERDO AL MODELO DE REGRESIÓN

Expectativas de aumento del número de farmacias en la CAPV por comarcas

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

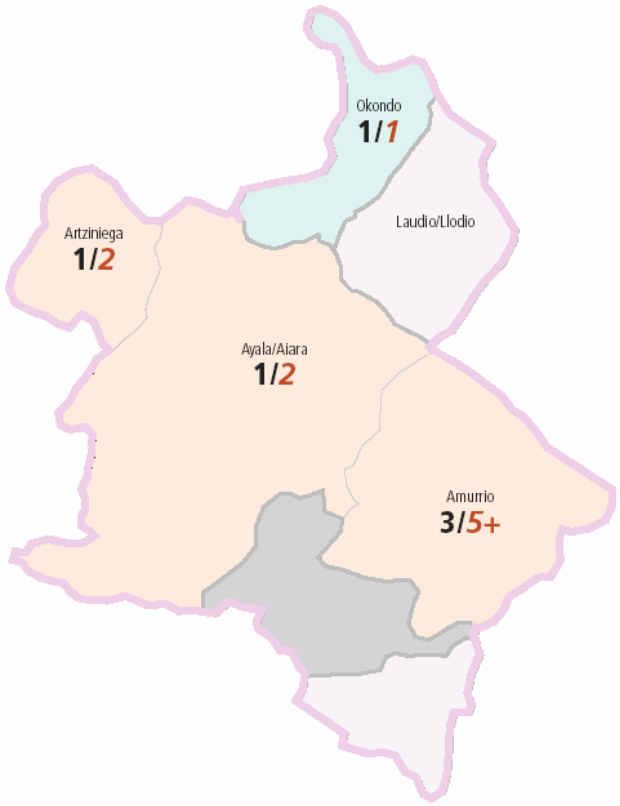
(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Kantauri Arabarra/ Cantabrica Alavesa

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

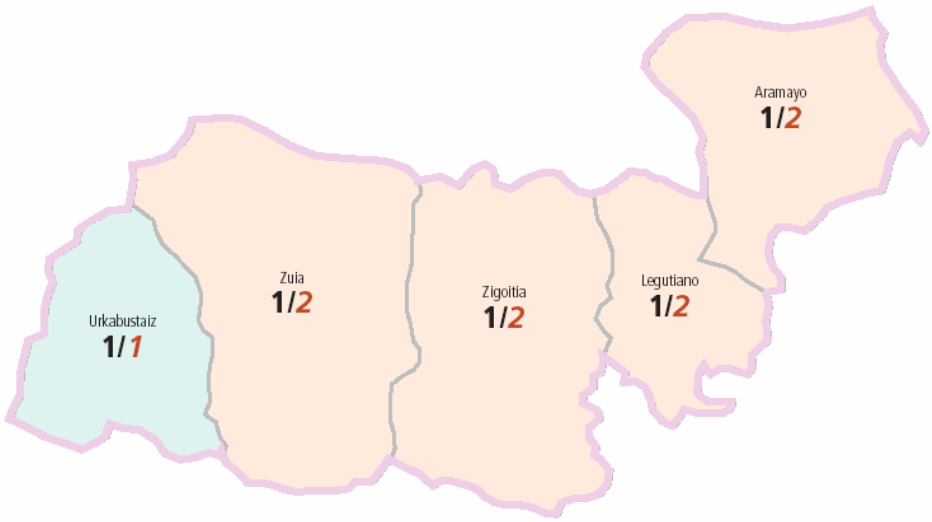
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Gorbeia Inguruak/ Estribaciones del Gorbea

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

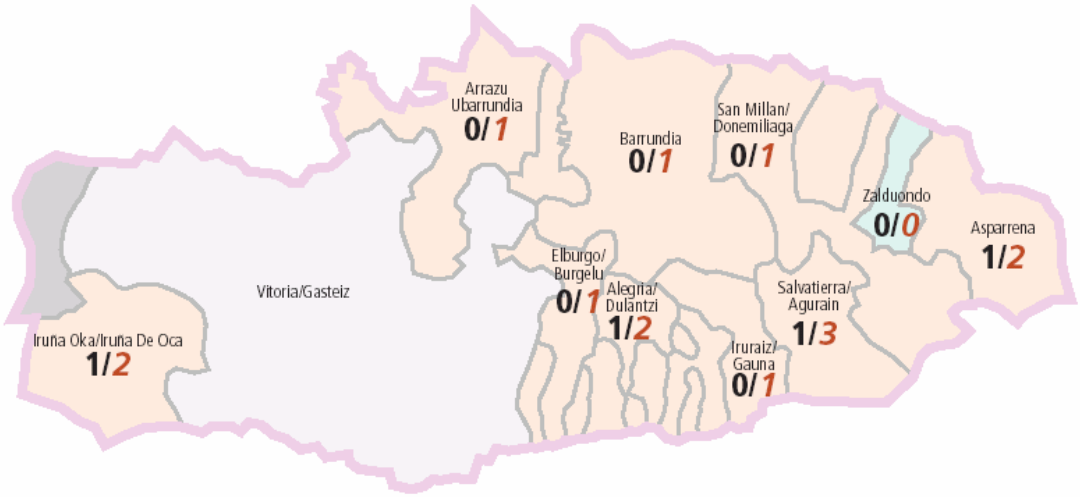
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de la Llanada Alavesa

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

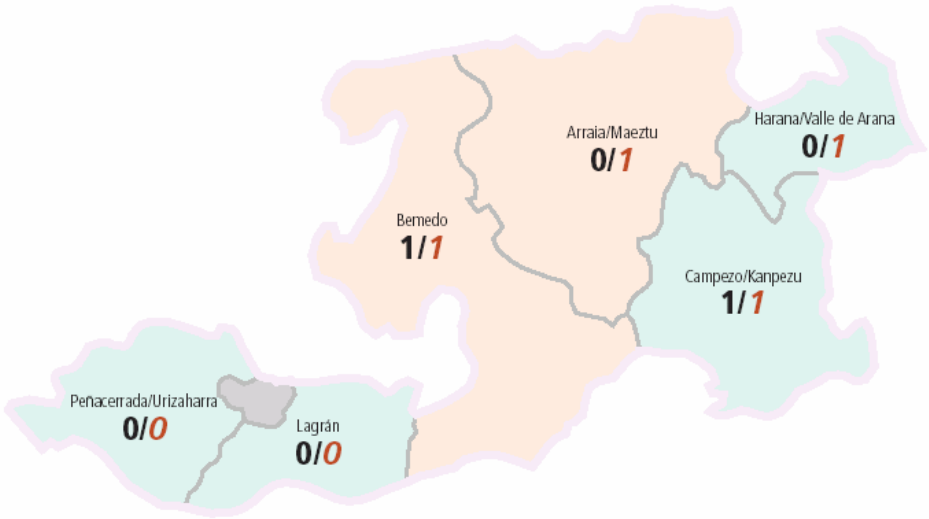
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Alabako Mendialdea/Montaña Alavesa

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

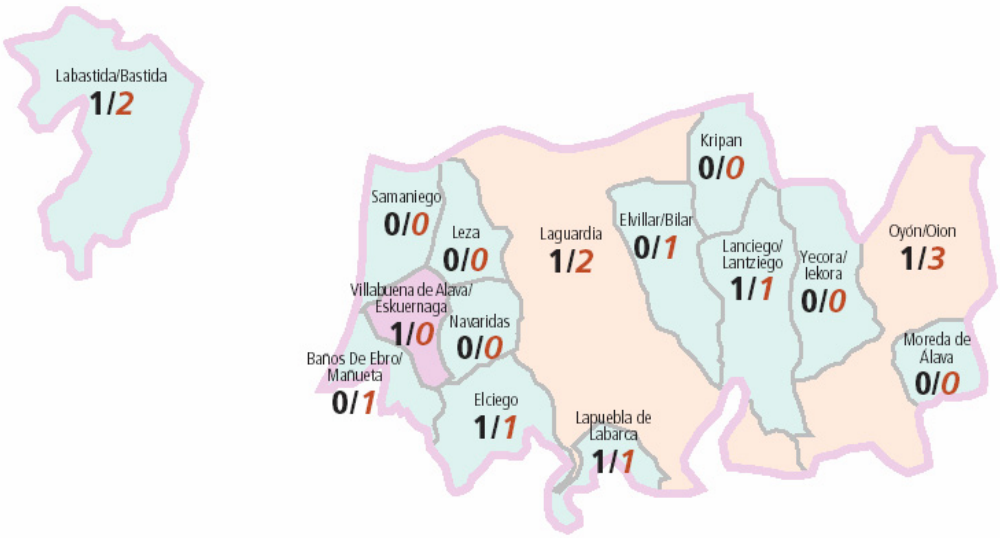
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Errioxa Arabarra/ Rioja Alavesa

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

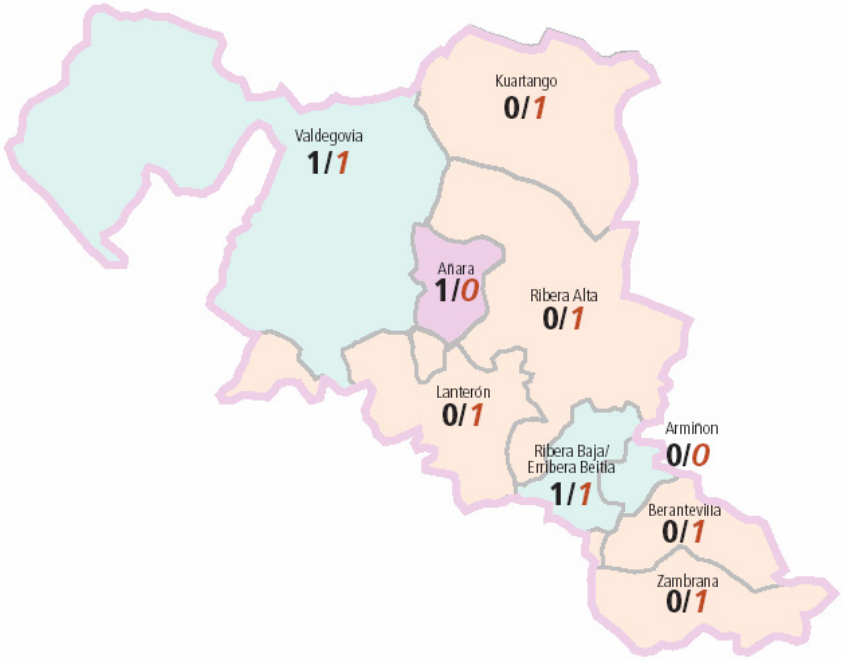
Sube Se mantiene Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Arabako Ibarrak/ Valles Alaveses

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

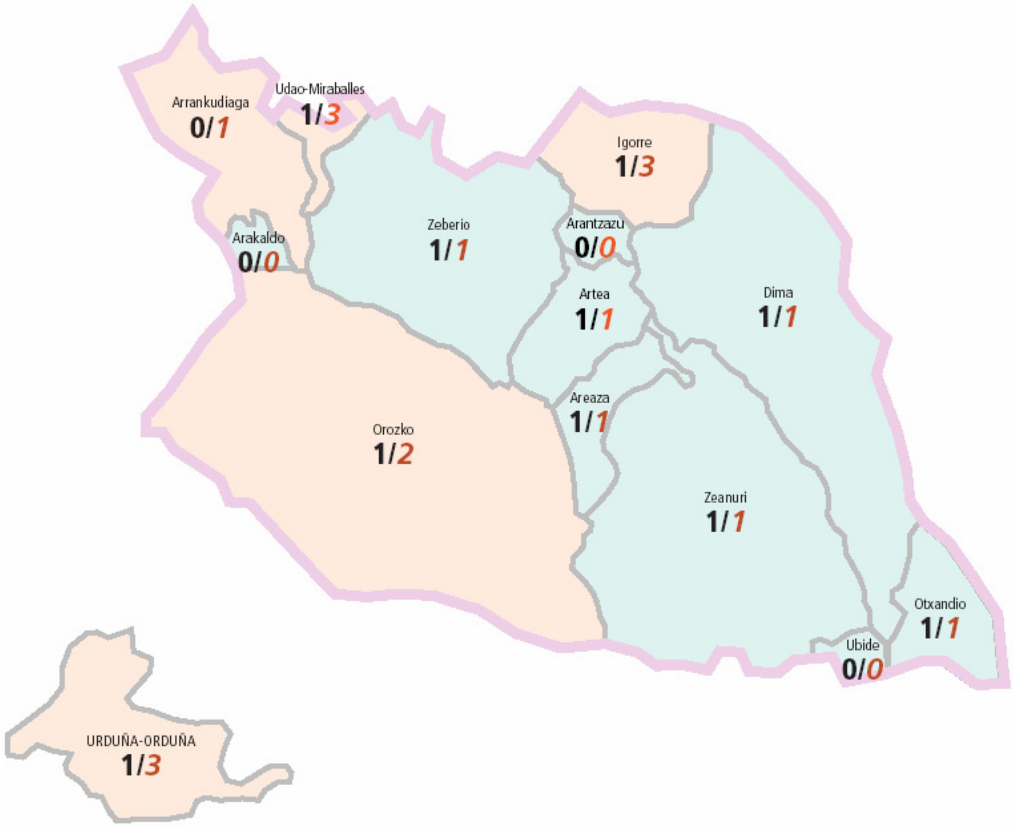
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de ARRATIA NERBIOI/ARRATIA-NERVIÓN

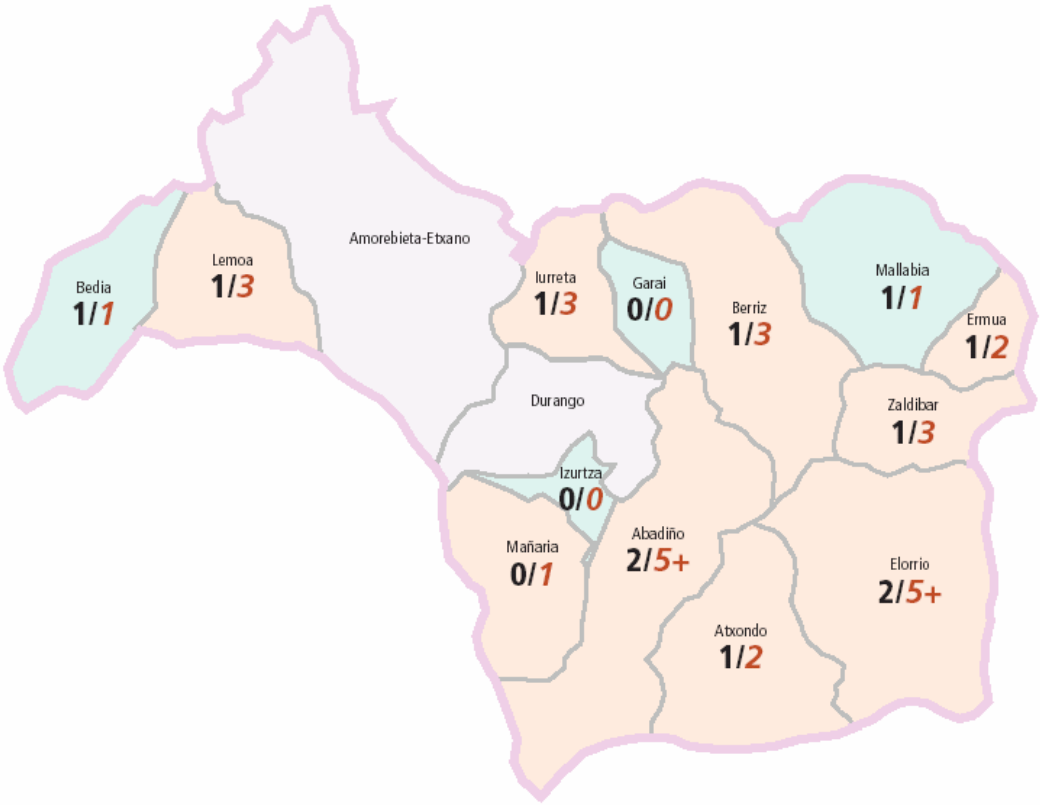
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de DURANGALDEA/DURANGUESADO

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

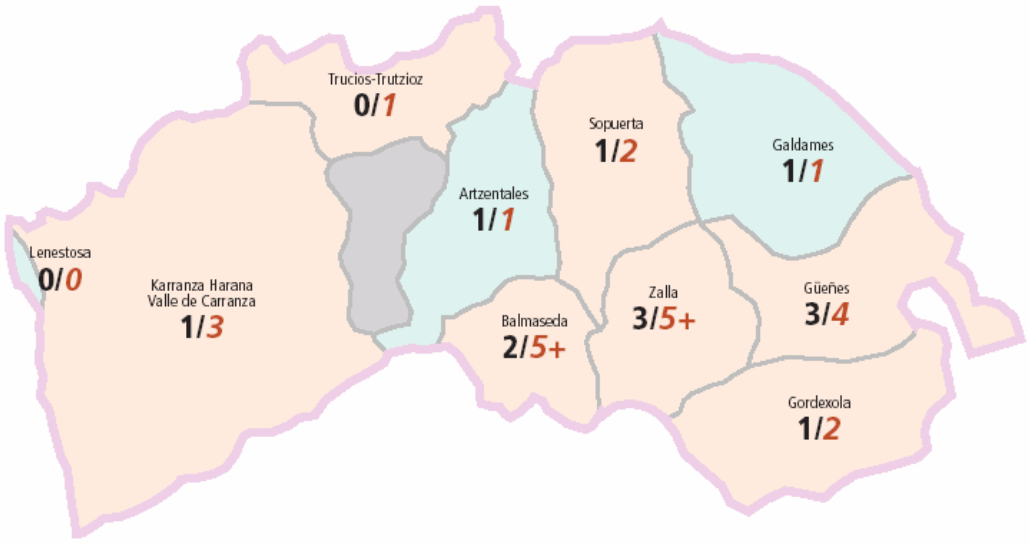
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de las Encartaciones

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

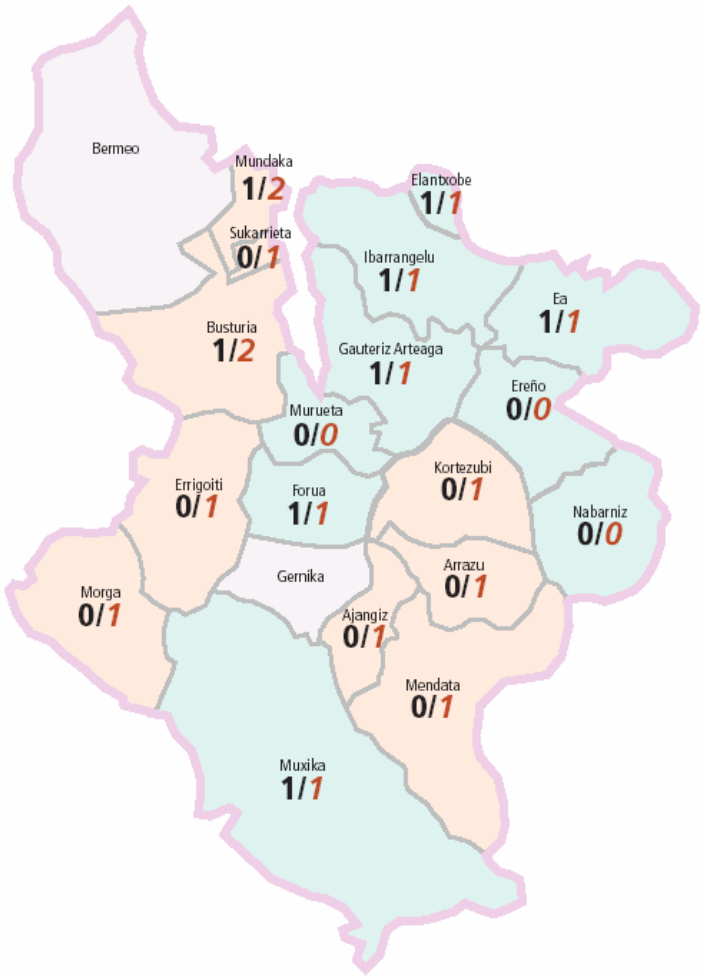
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Gerkika-Bermeo

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

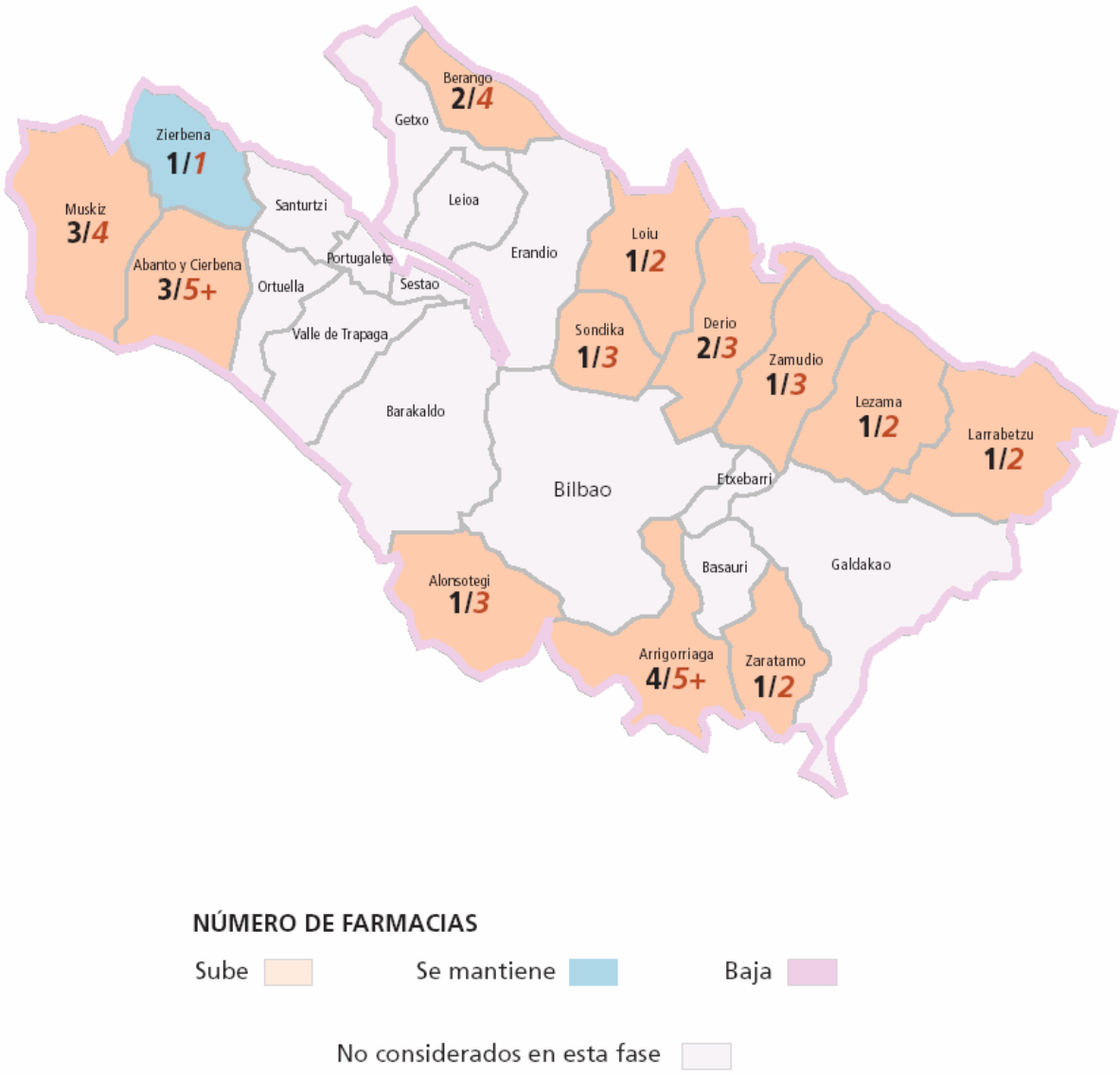
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca del Gran Bilbao

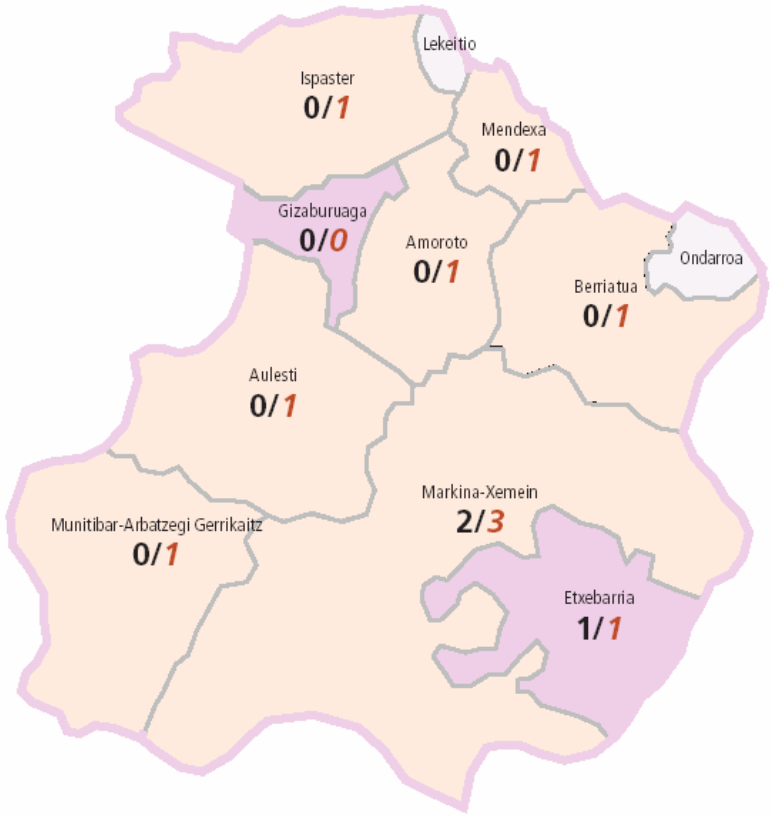
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Markina-Ondarroa
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

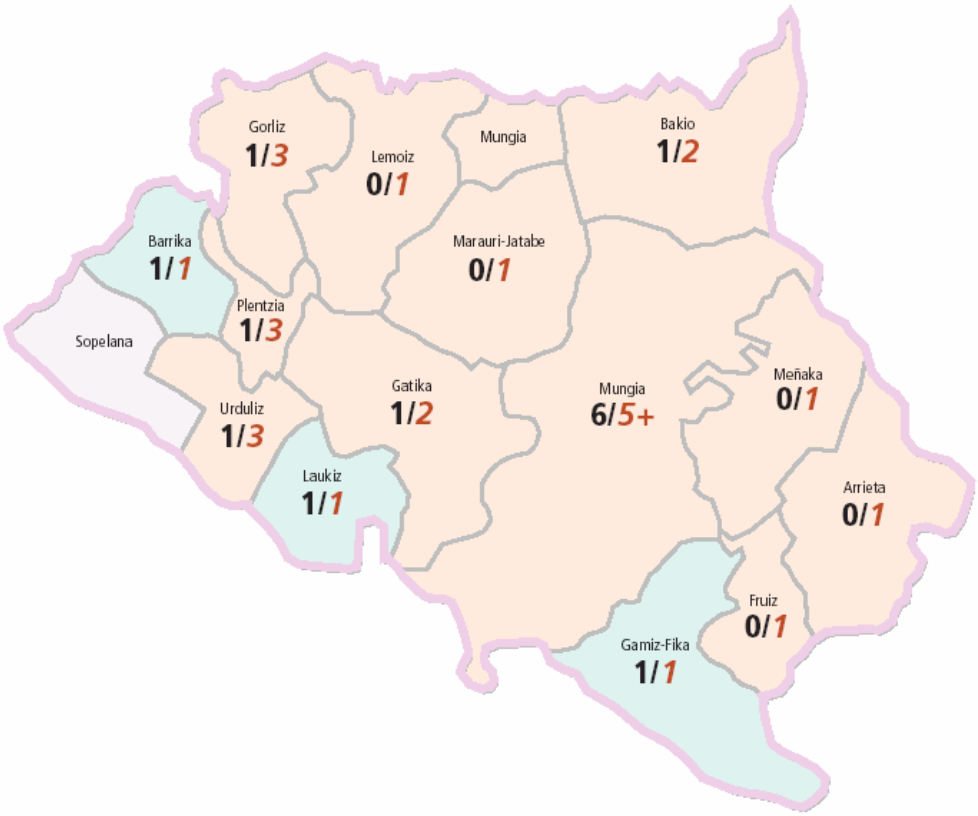
Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Plentzia Mungia

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



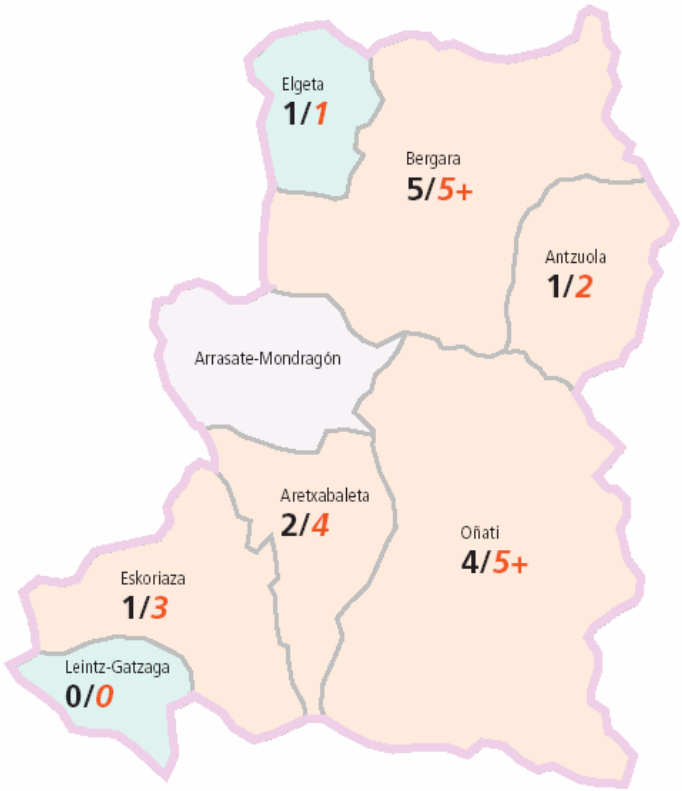
NÚMERO DE FARMACIAS

Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca del Alto Deba
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



NÚMERO DE FARMACIAS

Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca del Bajo Bidasoa

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



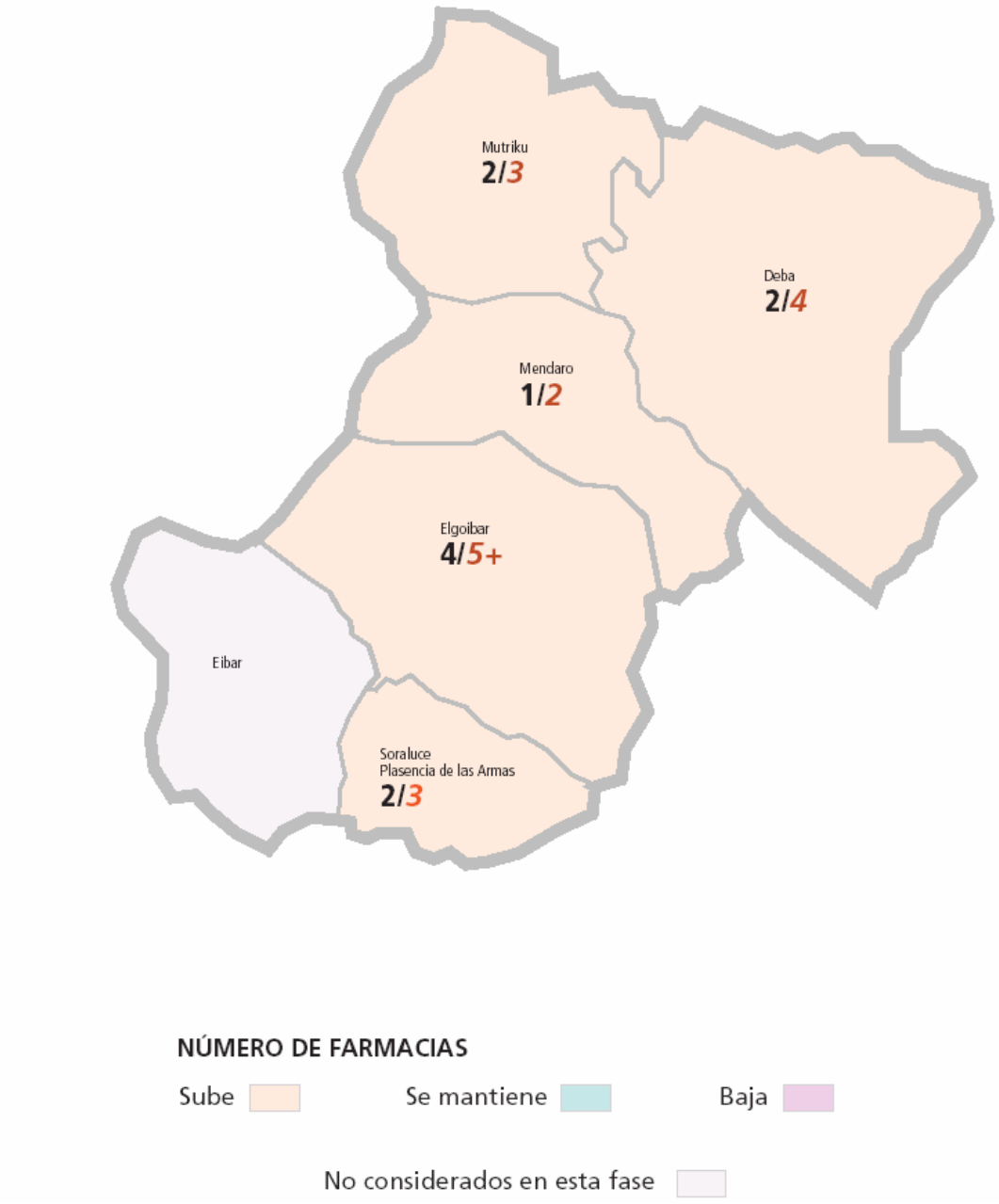
NÚMERO DE FARMACIAS

Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca del Bajo Deba
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

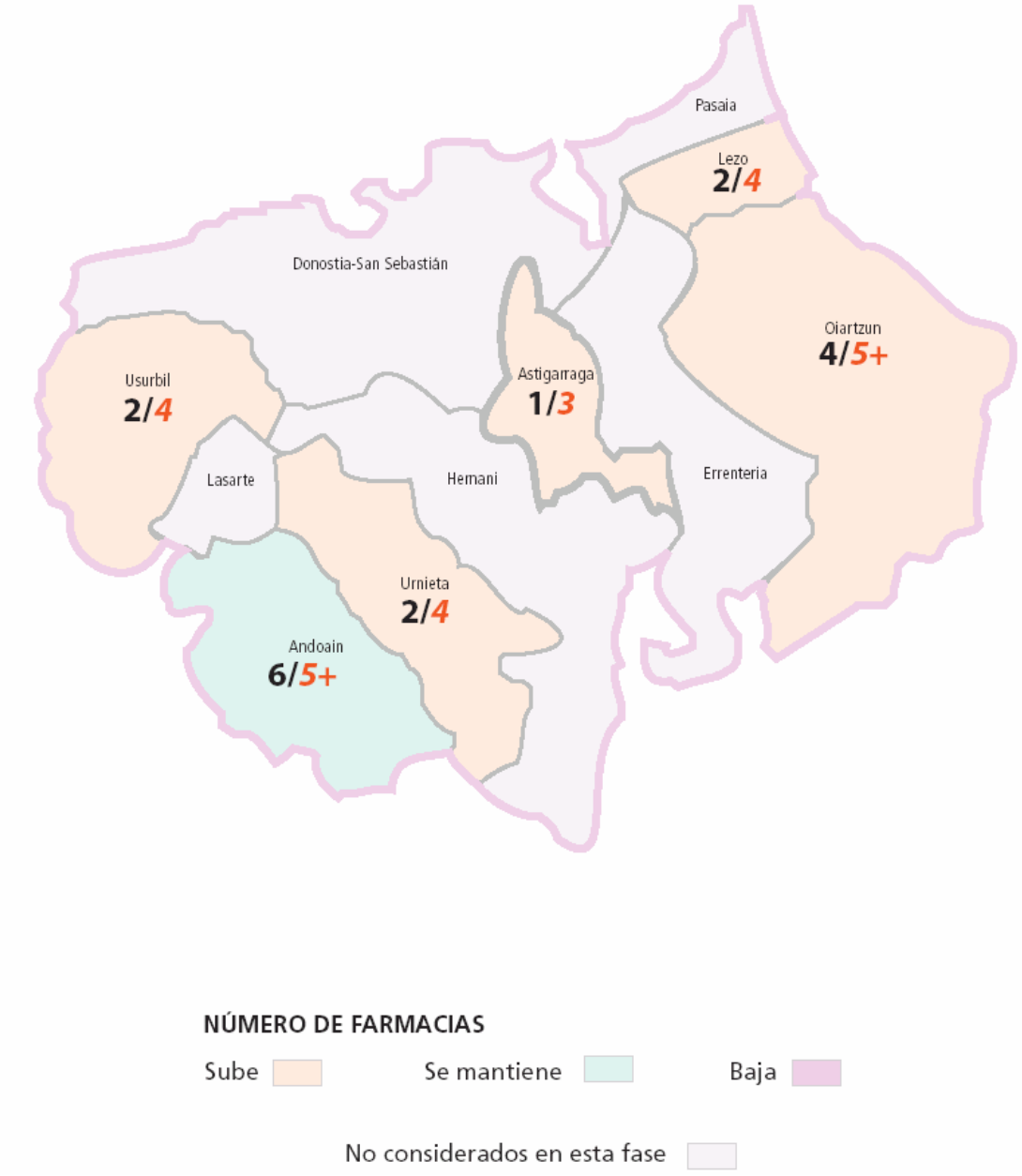
(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Donostialdea

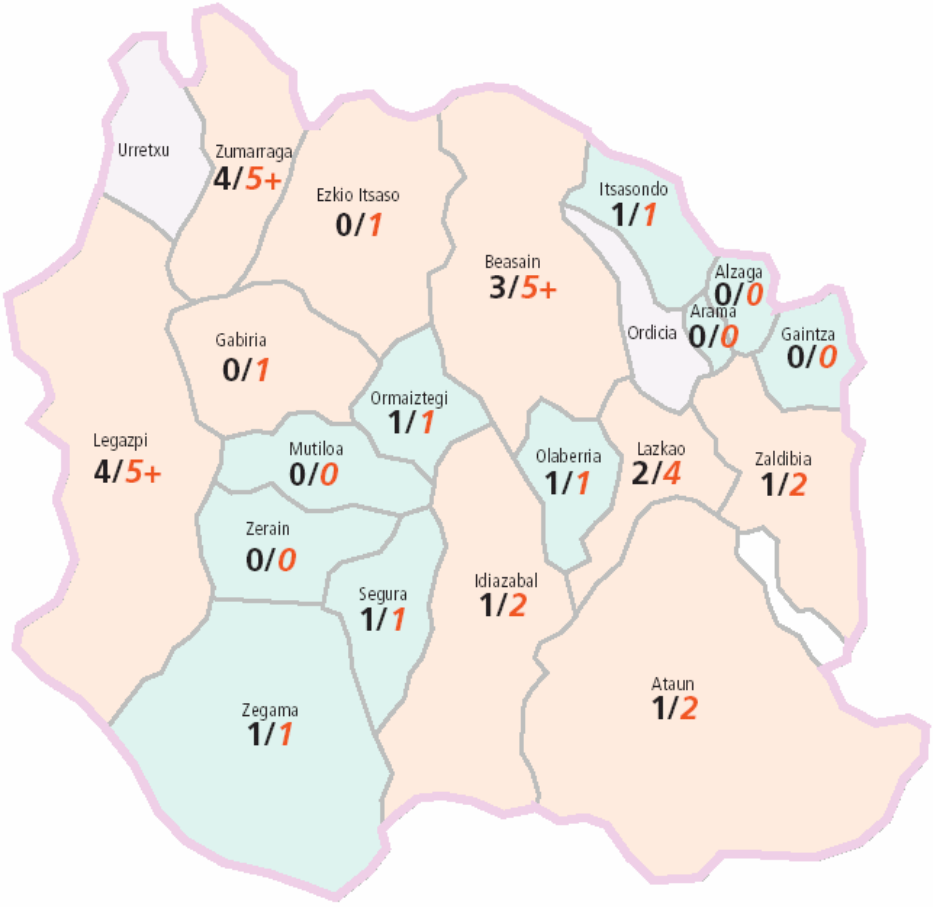
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Goiherri
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



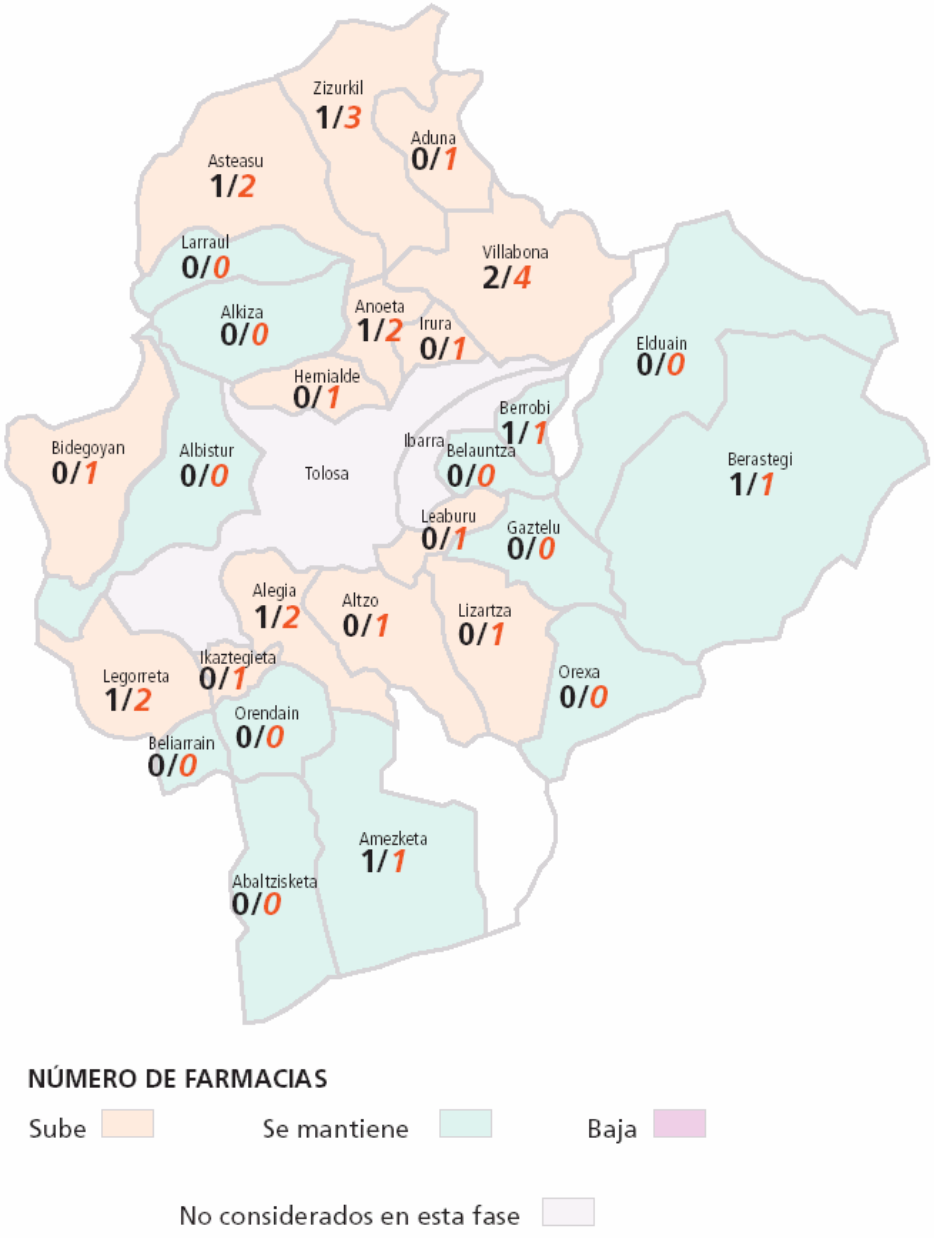
NÚMERO DE FARMACIAS

Sube | Se mantiene | Baja

No considerados en esta fase

Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca de Tolosaldea
(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)



Expectativas de aumento del número de farmacias en la comarca del Urola Costa

(Municipios menores de 15.000 habitantes)

(La primera cifra indica el número de farmacias actuales y la segunda, la estimada)

