

Las farmacias españolas

Precios, barreras de entrada y racionalidad económica

CON gran rigor económico, un farmacéutico dijo hace años:

“Son dos los pilares que sostienen la oficina de farmacia... la ordenación en el establecimiento de nuevas oficinas de farmacias y el margen profesional...” (1).

En efecto, la distribución minorista de productos farmacéuticos se caracteriza en España desde hace más de treinta años por dos rasgos básicos:

a) El precio de este servicio se configura como un margen comercial dado que fija la Administración Pública (2).

(1) Arranz Abrines, Pedro: *La Oficina de Farmacia en España*, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid, 1964. Reproducido por ACOFAR, núm. 22, 1965, pág. 40.

(2) El carácter profesional-sanitario del servicio ha llevado a defender la idea del arancel (independiente del precio del producto servido) frente a la del margen, como método de remuneración y que en España existe para los productos que no son especialidades y que elabora el propio farmacéutico (“fórmulas magistrales”). La U. S. Task Force en Prescription Drugs en su *Final Report* (U. S. Dept. of Health Education and Welfare, Washington, 1968, págs. 16 y 17) ha indicado que el método del margen “puede inducir al farmacéutico a dispensar la marca más cara de un medicamento si tiene algún grado de libertad en la selección” y que quienes compran los medicamentos más caros “están subvencionando a los que los compran más baratos”...

“El uso del arancel reduciría los costes relativos de los medicamentos más caros e incrementaría el de los más baratos, pero sería más equitativo en cuanto que eliminaría estas subvenciones...”

La orden ministerial de 11 de enero de 1945 lo fijó por primera vez en un 25 por 100 del precio de venta al público. La de 10 de mayo de 1948 lo elevó al 30 por 100, coincidiendo con la instauración de unos descuentos a la Seguridad Social. Finalmente, la de 28 de febrero de 1964 estableció el sistema actualmente vigente de márgenes escalonados en los siguientes términos:

● Para las especialidades de precio inferior a 150 pesetas, el margen es del 30 por 100 del precio de venta al público.

● Para las especialidades, cuyo precio esté comprendido entre 150 y 500 pesetas, el margen es del 30 por 100 sobre las 150 primeras pesetas más el 20 por 100 sobre las restantes. Esto es, oscila en función del precio entre un 30 por 100 para PVP = 150 y un 23 por 100 mínimo para PVP = 500.

● Para las especialidades, cuyo precio supere las 500 pesetas, el margen es del 30 por 100 sobre las 150 primeras pesetas, más el 20 por 100 sobre las comprendidas entre 150 y 500 pesetas; más el 15 por 100 sobre las en exceso de 500. Es decir, el margen oscila en función del precio entre un 23 por 100 para PVP = 500 y un hipotético 15 por 100 para PVP = ∞ (3).

Como en España los márgenes son decrecientes por tramos de precio, lo anterior sólo sería cierto en cada tramo.

(3) El sistema expuesto, verdaderamente sibilino, se tergiversa sistemática-



Obviamente, con el sistema de 1964 hoy vigente, los márgenes (que siempre se miden en términos relativos) son menores a los que existían con anterioridad, ya que decrecen al crecer el precio entre los límites que hemos dicho. Esta circunstancia por sí sola, sin embargo, no ha debido suponer necesariamente ni un decrecimiento de los ingresos brutos ni una disminución de los beneficios absolutos de los farmacéuticos. El aumento de las ventas y el alza de los precios pueden haber más que compensado la "progresividad negativa" de los márgenes.

Destaquemos también, en estas síntesis de los detalles de la fijación del precio de los servicios de distribución de medicamentos, que en tanto en cuanto éstos se presten a los beneficiarios de la Seguridad Social, los descuentos que funcionan a su favor suponen una minoración de los precios antes dichos (lo que no quiere decir tampoco que la Seguridad Social haya supuesto un perjuicio para los farmacéuticos en términos de ingresos brutos y beneficios absolutos, ya que la expansión que ha determinado en las ventas seguramente ha compensado con creces el efecto de los descuentos).

Pero no son los detalles ni, en principio, la cuantía del precio de los servicios de distribución de medicamentos lo que interesa discutir aquí, sino una cuestión previa de carácter básico. Se trata del principio del precio intervenido por la administración y de su carácter único para todas las farmacias, sea cual sea la calidad y la cantidad de los servicios que ofrecen y las condiciones que subyacen a dicha oferta (por ejemplo, la localización de las farmacias). En definitiva, de los dos aludidos al principio, es éste el primer rasgo verdaderamente básico que a mi entender define el mercado estudiado.

mente, y se dice que los márgenes son del 30 por 100 para PVP menor de 150 pesetas; 20 por 100 para PVP mayor que 150 y menor que 500 pesetas, y 15 por 100 para PVP mayor de 500 pesetas. Esto, que supondría unos márgenes muy inferiores a los realmente vigentes, no es así.

b) El segundo es que la entrada de nuevas empresas (oficinas de farmacia) en este mercado está limitada por tres barreras institucionales:

- Barrera de la licenciatura. Sólo un licenciado farmacéutico puede expedir medicamentos (o supervisar su expedición).

- Barrera de la propiedad. Sólo un licenciado farmacéutico puede ser propietario de una oficina de farmacia (y sólo de una).

- Barrera de la apertura. Sólo pueden abrirse oficinas de farmacia con arreglo a los cupos de población y distancias mínimas establecidos (4).

La primera barrera se justifica por razones de salud pública y es similar a las que reservan otros campos profesionales a otros licenciados (médicos, abogados, etc.). No por ello deja de ser, desde el punto de vista microeconómico, una barrera de entrada limitativa de la competencia.

Para la segunda se aduce la misma justificación (quizá con menos fundamento), pero parece obvio que desde el punto de vista de la competencia refuerza el efecto de la primera y desde el de la eficiencia impide la adopción de formas sociales más progresivas que la propiedad individual.

La tercera y última barrera ya no actúa frente al exterior de la profesión, sino en su propio seno, y es la más ostensible de las tres. En su virtud el número de minoristas queda contingentado, aunque con cierta flexibilidad.

Los elementos anteriores configuran una situación bastante típica en los mercados en que el "output" es un servicio de índole más o menos personal y en los que la posible competencia perfecta ha sido eliminada con la introducción de elementos monopolistas del tipo descrito (5). Examinaremos brevemente

(4) El decreto de ordenación de 24 de enero de 1941 inauguró este sistema que ha perdurado con ligeras variaciones hasta la actualidad.

(5) Véase, por ejemplo, la discusión sobre el caso muy similar de las barbe-

mente su significación microeconómica.

Cabe imaginar una situación inicial de competencia perfecta en la que cada oficina de farmacia no tiene influencia alguna sobre el precio y existe libertad de entrada y salida en la industria. A corto y a largo plazo se llegaría a la típica situación de equilibrio en la que cada empresa produce al nivel en el que el precio iguala al coste marginal, al coste total medio a corto y al coste total medio a largo (mínimo de la curva de costes medios a largo plazo).

Del enfrentamiento de la resultante curva de oferta a largo plazo y la curva de demanda surgiría un precio de equilibrio para los servicios de distribución de medicamentos que con las estructuras de costes existentes es el menor posible, y al cual la industria ni se expande ni se contrae.

Parece que en los años treinta las condiciones del mercado en España estaban más cerca de esta situación ideal de lo que lo están en la actualidad. Por un lado, alguna competencia en precios debía existir cuando varias disposiciones muy seguidas en el tiempo trataron de eliminarla (6). Por otro, no había más barreras de entrada que las dos enumeradas en primer lugar, sin que estuviese contingentado el número de farmacias en función de la población o la distancia.

En esta tesitura, en la que el precio es o se aproxima al precio de competencia perfecta, puede ocurrir que los farmacéuticos consideren insuficiente su nivel de renta y traten de elevarlo para incrementar su participación en el producto social. El obvio mecanismo a utilizar para lograr dicho aumento no es otro que la conclusión de un acuerdo entre todos ellos para

rias en USA, en: R. G. Lipsey, *Introducción a la Economía Positiva*, Vicéns-Vives, Barcelona, 1967, págs. 356 y ss.

(6) La R. O. de 21 de abril de 1928 dispuso: "Queda terminantemente prohibida la venta de especialidades farmacéuticas a precios distintos al fijado en sus envases y el reparto de ninguna bonificación (metálico, objetos diversos, esencias, etc.), que burle lo expresado." En el mismo sentido se expresaron la orden de 14 de mayo de 1935 y la circular de 18 de octubre de 1938.

fijar un precio superior al de competencia perfecta y que todos se comprometen a observar sin excepciones. Puede, incluso, que para tal precio se busque la sanción estatal, eliminando así cualquier tentación insolidaria de los farmacéuticos para reducirlo con el propósito de aumentar su clientela.

En España esto es lo que punto por punto se hizo: la orden ministerial de 11 de enero de 1945 estableció con carácter forzoso el margen comercial de farmacia. Esto es, un precio único y fijo para los servicios de distribución minorista de medicamentos en todo el país.

En el gráfico adjunto se ilustran estos acontecimientos. Una farmacia cualquiera (parte superior de la figura) en las condiciones iniciales de competencia perfecta no tiene ninguna influencia sobre el precio de mercado P_1 y la curva de demanda, para ella, es infinitamente elástica. El equilibrio, al precio P_1 , lo logra con una producción x_1 , en la que $c' = I' = P_1$, siendo los beneficios nulos (7). Su curva de oferta individual coincide entonces con la de sus costes marginales. Las demás farmacias, de forma análoga, se ajustan también al precio P_1 y la curva de oferta de la industria a corto plazo S_1 (parte inferior de la figura) será la suma horizontal de todas las curvas de coste marginales.

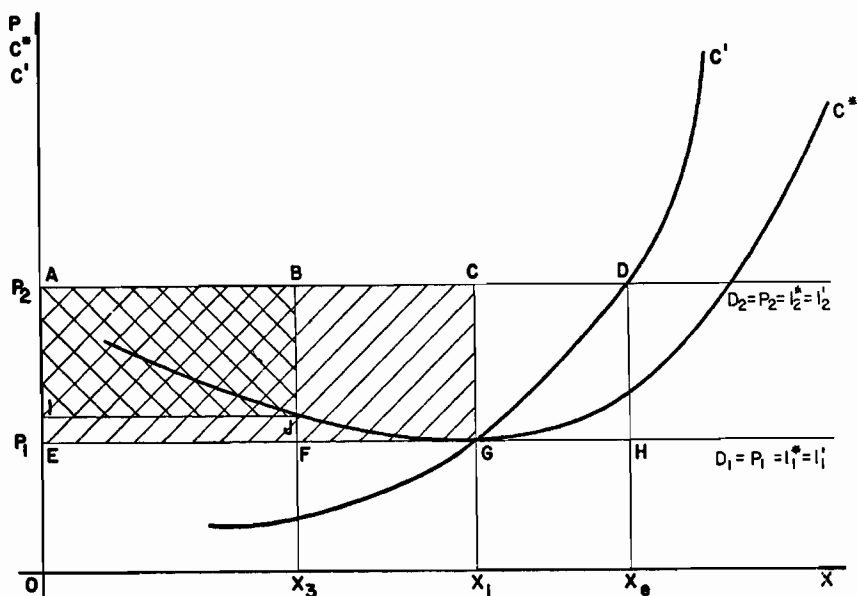
La curva de oferta S_1S_1 enfrentada a la de demanda DD da lugar, en conclusión, a un precio de equilibrio de mercado P_1 al que la "cantidad" intercambiada es X_1 (8).

(7) Suponemos que P_1 es igual al coste medio total mínimo para ser más expresivo; pero la argumentación no variaría en nada tanto si hubiese beneficios como pérdidas, con tal de que los unos fuesen considerados insuficientes y las otras inadmisibles por los farmacéuticos.

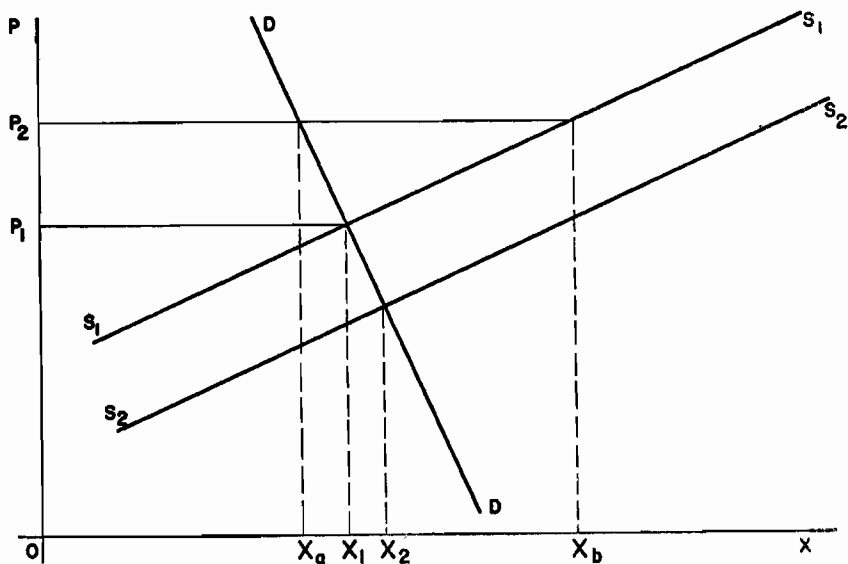
(8) La aplicación tal y como aquí se hace de la teoría microeconómica tradicional (pensada para la industria manufacturera) a un servicio de distribución presenta dos puntos flacos de importancia. Primero, el de saber si las curvas de costes medios de las farmacias tienen o no forma de "u". Es una cuestión de hecho a resolver con investigaciones empíricas. A priori parece una hipótesis admisible. Segundo, y es quizá lo más grave, el problema del precio del servicio, que si bien es un margen único para to-

GRAFICO

A). FARMACIA INDIVIDUAL : EQUILIBRIO DE LA EMPRESA



B). OFICINA DE FARMACIA: EQUILIBRIO DE LA INDUSTRIA DE SERVICIOS DE DISTRIBUCION MINORISTA EN TERMINOS AGREGADOS



En el caso de que, como hemos dicho, los farmacéuticos consideren insuficiente su nivel de renta y se propongan elevarlo mediante un acuerdo (voluntario o legalmente impuesto) de subir el precio por encima de P_1 , lo más probable es que a corto plazo consigan su objetivo. En efecto, hay que pensar que la

demanda de servicios de distribución farmacéuticos es muy inelástica (9). Por tanto, aún cuando el aumento del precio de P_1 a P_2 haga descender ligeramente la cantidad demandada hasta X_0 y ésta sea, en definitiva, la efectivamente intercambiada, el gasto de los consumi-

dos los oferentes, es un margen variable en función del precio de los productos a los que se aplica.

(9) Ya que, a su vez, la demanda de productos farmacéuticos es muy inelástica y no se pueden comprar más que en oficinas de farmacia.

Cuadro 1

ESPAÑA. NUMERO DE HABITANTES POR FARMACIA Y FARMACEUTICOS

AÑOS	Habitantes por farmacia	Habitantes por farmacéutico
1960	2.995	2.556
1965	3.018	2.365
1970	2.761	2.127
1971	2.669	2.054
1972	2.627	2.030
1973	2.575	1.985

Fuente: *Anexo*.

Cuadro 2

COMERCIO AL POR MENOR, RAMAS SELECCIONADAS; 1967

RAMA COMERCIAL	Número de establecimientos
Pan	10.598
Calzado y cordonería.	10.983
Libros, periódicos y revistas	4.171
FARMACIAS	10.296

Fuente INE: *II Encuesta Nacional de Comercio Interior, 1967. Resumen Nacional. Resultados*, Madrid, 1970, tabla 12.

dores y, por tanto, el ingreso de los farmacéuticos aumentará.

Al precio P_2 aparece, como con todo precio superior al de equilibrio, un exceso de oferta. Desde el punto de vista de la farmacia individual porque, al nuevo precio, el equilibrio determinado por la igualdad de ingreso y coste marginal se alcanzaría con una producción x_e . A esta producción, sin embargo, no se llega, ya que la demanda (aún cuando siga siendo perfectamente elástica para la farmacia individual en el sentido de que variaciones de su propio "output" no afectan al precio) se ha contraído para todas ellas. Los beneficios adicionales obtenidos con el nuevo precio vienen definidos por el área rayada ACEG y no por la ADEH. Desde el punto de vista de la industria, el exceso de oferta es naturalmente el medido por el segmento $X_a X_b$. Este exceso de oferta potencial no desaparece, aun cuando la cantidad

demandada y finalmente intercambiada sea OX_a .

Que en España la regulación de los márgenes de farmacia ha venido siendo suficientemente remuneradora, al menos hasta hace poco, parece claro si se repara en que, como luego veremos, el aumento del número de farmacias, incluso en términos "per capita", ha sido sostenido. Ello hace sospechar que, efectivamente, la tasa de rendimiento del capital empleado ha sido superior a su coste de oportunidad.

Pero, precisamente, en la consideración del largo plazo, los beneficios conseguidos con el alza monopolística del precio desde P_1 a P_2 se esfuman si no se imponen barreras de entrada a la industria. En efecto, dichos beneficios atraen nuevas empresas al mercado con el consiguiente desplazamiento de la curva de oferta hacia la derecha hasta S_2S_2' ; aún cuando el nuevo punto ideal de equilibrio sería X_2 , éste no se alcanza, ya que el precio sigue fijado en P_2 y la cantidad intercambiada sigue siendo X_a . Lo que sí disminuye, sin embargo, son las ventas de cada farmacia, ya que el mismo mercado ha de repartirse ahora entre un número superior de oferentes.

Pero el descenso en las ventas por farmacia necesariamente produce un descenso de los beneficios ya que disminuyen los ingresos y aumentan los costes medios (si nos movemos a izquierdas de su mínimo). En la figura el área $A'B I J$ representa, por ejemplo, los beneficios obtenidos si las ventas se reducen hasta x_3 .

El descenso de los beneficios está además motivado por un impulso adicional. Se trata de que, eliminada la competencia en precios, normalmente aparecerán otras formas de competencia a la hora de atraerse o conservar compradores. Con ello la calidad o la cantidad de los servicios comerciales de distribución de medicamentos proporcionados por el mismo precio aumenta. En nuestro país, las mejoras seguramente más extendidas han sido la concesión de crédito (a través de cuentas de pago diferido sin interés) y el servicio a domicilio. Naturalmente que con ello aumentan los

costes y disminuyen nuevamente los beneficios.

En estas condiciones se llega así (a largo plazo) a una situación en la que no existen estímulos (es decir, una tasa de rendimiento del capital suficientemente atractiva) para la apertura de nuevas farmacias. El resultado final puede entonces concretarse en los siguientes puntos:

- El número total de farmacias es superior al existente en la situación inicial.
- Queda ociosa una amplia fracción de la capacidad instalada al no haberse alterado significativamente la cantidad demandada.
- El precio es superior al de competencia perfecta.
- La renta de los farmacéuticos sigue siendo tan baja como lo era en un principio.

Ante esta situación a los farmacéuticos no les queda otro remedio, si quieren elevar su renta y defender los aumentos de la erosión de la competencia, que imponer barreras de entrada. Sólo así pueden lograr que las alzas monopolistas de precios que acuerden les reporten a largo plazo algún beneficio.

En España, con este objeto, confirmando las predicciones de la Teoría Económica, y, como ya sabemos, se impusieron en 1941 barreras de entrada a la industria adicionales a las que representa el título universitario. El decreto de 24 de enero de 1941 que las establece (10) bien claramente dice en su Exposición de Motivos:

"... la libre competencia... no satisface las necesidades más elementales del profesional"...

Durante el dilatado período transcurrido desde entonces el precio intervenido y las barreras para la apertura de farmacias es casi

(10) Para una crítica muy dura de dicha ordenación, véase Retortillo Baquer, "La autorización para la apertura de farmacia", *Revista de Administración Pública*, 1957, pág. 135.

seguro (al menos hasta bien entrados los años sesenta) han venido generando importantes beneficios monopolísticos. Si a ellos unimos desde 1960 la formidable expansión del mercado, no puede extrañarnos que a pesar de las barreras se abriesen nuevas farmacias, de modo que su número en términos "per capita" no sólo está estabilizado, sino que incluso ha aumentado.

En efecto, hay que tener en cuenta que las barreras de entrada no han sido absolutas, seguramente por la presión de los estudiantes de farmacia, que, no se olvide, son muchas veces hijos de los farmacéuticos ya establecidos. Así, se ha dicho:

"El único error del decreto ordenador (fue) no hacer intervenir más que la distancia en poblaciones de más de 50.000 habitantes, dando lugar a la existencia de oficinas de farmacia en proporción superior a la que precisan la mayoría de las capitales españolas. Esto produce una saturación y la consecuencia inmediata de que gran número de farmacias arrastren una situación económica precaria" (11).

"El Tribunal Supremo, ha adoptado... en materia de apertura de farmacias un criterio abiertamente favorable a la otorgación de la licencia" (12).

No puede extrañar, por tanto, que, como ya hemos adelantado, el número de farmacias en España haya aumentado, incluso en términos "per capita" (13).

(11) Arranz Abrines, Pedro: *La Oficina de Farmacia en España*, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid, 1964. Reproducido por ACOFAR, núm. 22, 1965, página 56.

(12) Pérez Fernández, José: *Derecho Farmacéutico Español*, Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, Madrid, 1971, tomo 1, pág. 21.

(13) En España sólo hay datos fiables sobre el número de farmacias a partir de 1970, fecha en que el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos comienza a facilitarlos. Anotemos que ni el INE a nivel nacional ni la Organización Mundial de la Salud a nivel in-

CUADRO 3

HABITANTES POR OFICINA DE FARMACIA

P A I S	1962	1966
Bélgica	2.000	2.100
ESPAÑA	2.939 (1961)	2.774 (1968)
Francia	3.100	3.050
U. S. A.	3.500 (1690)	3.800 (1967)
Inglaterra	3.500	4.000 (1967)
Italia	5.000	4.200
Alemania, R. F.	6.000	5.800
Noruega	12.000	14.000
Suecia	14.200	13.000

FUENTES: Para 1962 Office of Health Economics: *The Pharmacist in Society*, Londres, 1964. Para 1966, U. S. Task Force on Prescription Drugs: *Background Papers. Current American and Foreign Programs*, U. S. Dept. of Health, Education and Welfare, Washington, 1968; Id., id.: *The Drug Makers and the Drug Distributors*; U. S. Dept. of Commerce: *Statistical Abstract of the U. S.*; INSEE: *Annuaire Statistique de la France*; I. C. S.: *Compendio Statistico Italiano*; U. N.: *Demographic Yearbooks*.

CUADRO 4

HABITANTES POR FARMACIA. EVOLUCION

A Ñ O S	FRANCIA	U. S. A.
1950	2.987	3.200
1960	3.057	3.500
1963	3.075	—
1966	3.044	3.700 (1965)
1970	2.896	3.800 (1967)
1972	2.860	—

FUENTES: INSEE: *Annuaire Statistique de la France*; U. S. Task Force on Prescription Drugs: *Background Papers. The Drug Makers and the Drug Distributors*, U. S. Dept. of Health Education and Welfare, Washington, 1968.

La evolución del número de habitantes por farmacia en España aparece en el cuadro 1. Queda claro que el número de oficinas de farmacia es muy alto y que ha crecido más deprisa que la población: en 1960 había, aproximadamente, una farmacia por cada 3.000 habitantes; en 1973 hay una por cada 2.600. La razón está en que, como decía Arranz Abrines, las normas reguladoras de su establecimiento en grandes ciudades no tienen en cuenta la población, sino la distancia entre oficinas.

Aunque el conocimiento del comercio minorista español es muy insuficiente (14), el cuadro 2 parece

ternacional proporcionan el número de farmacias. Por tanto, se trata de cifras no homologadas oficialmente.

(14) Sobre el excesivo número de establecimientos y, en general, las deficiencias de estructura de nuestro co-

revelar que la distribución en nuestro sector está efectivamente tan atomizado como en otras ramas.

Consiguientemente el número de habitantes por farmacia es en España bastante reducido en comparación al de otros países. En el cuadro 3 se aprecia que entre los países de economía de mercado se distancian claramente de los demás los norte europeos, cuya razón supera en cuatro o cinco veces a la española, belga o francesa. Los diferentes sistemas de prestación de servicios sanitarios y seguramente también el distinto modo de entender y definir el ámbito de actuación

mercio interior, véase De Burgos López, J. I.: "El comercio interior", en Fraga Iribarne, M.; Velarde Fuertes, J., y Del Campo Urbano, S.: *La España de los años 70. II La Economía, Moneda y Crédito*, Madrid, 1973, págs. 731 y siguientes.

CUADRO 5

U. S. A. DISTRIBUCION DE LOS FARMACEUTICOS POR ACTIVIDADES

A ñ o s	Ofici- nas	Hospi- tales	Industria y c. mayo- rista	Adm. Púb. Enseñanza. Otros	Desco- nocido	TOTAL
1962	89	4	4	2	1	100
1965	88	5	4	3	1	100
1968	85	7	4	4	—	100
1971	82	9	4	5	—	100

FUENTE: U. S. Dept. o Health, Education and Welfare (SSA): *Prescription Drugs Data Summary 1972*, Washington, 1973.

de los profesionales —muy rígido en los de herencia napoleónica— explican estas disparidades.

En ciertos países el número de habitantes por farmacia tiende a aumentar. Así, de Inglaterra se ha dicho que “el número total de farmacias continuará gradualmente su disminución, como ha ocurrido en años recientes” (15). En USA ocurre otro tanto, como indica el cuadro 4. En Francia, en cambio, y como pasa en España, el número de habitantes por farmacia permanece estable o disminuye ligeramente.

Si lo dicho hasta aquí revela disparidades notables, hay una tendencia que es, por el contrario, común a todos los países. Se trata del desplazamiento creciente de los farmacéuticos hacia puestos de trabajo ajenos a la oficina de farmacia. El caso más curioso es el de Estados Unidos, donde esta tendencia, suave pero bien clara, llama especialmente la atención por la amplitud que el principio del “libre mercado” tiene en el sector sanitario. Es muy sintomático que el porcentaje de farmacéuticos empleados en hospitales se haya doblado en diez años (cuadro 5). En España, aunque no disponemos de datos precisos, parece que ocurre otro tanto. Cada vez es mayor la diferencia entre el número de colegiados y el de oficinas de farmacia (cuadro 1).

La conclusión de cuanto venimos diciendo parece obvia. Mientras que el número de habitantes por farmacéutico no presenta grandes disparidades en los países capita-

listas desarrollados (16), el modo en que se utilizan sus servicios difiere apreciablemente. En los países nórdicos la excelente organización sanitaria concentra su actividad en los hospitales, la industria, la administración y la enseñanza y sólo un número relativamente pequeño trabaja en oficinas dispensadoras. En los países anglosajones apunta una tendencia en ese mismo sentido impuesta quizá no tanto por las características de la organización sanitaria como por la propia lógica de un mercado en el que no se imponen barreras de entrada (17). En los países continentales, sobre todo en aquellos donde aún persisten triples barreras de entrada (licenciatura, propiedad ligada al título, número de oficinas contingentado), ni el mercado, dividido en pequeñas clientelas, ni la imperfecta organización sanitaria, han impuesto claramente la tendencia anterior que sólo comienza a despuntar.

Los costes sociales en términos de altos precios y capacidad infrautilizada que una situación como la descrita impone en España parecen muy importantes. En los Estados Unidos, donde existen estados con restricciones parecidas a las espa-

(16) Según el *Anuario de Estadísticas Sanitarias Mundiales 1975*, de la O. M. S., la población por farmacéutico en estos países oscila entre 1.500 y 3.000 personas.

(17) Ni en Inglaterra ni, con carácter general, en Estados Unidos se exige que el farmacéutico sea el propietario de la oficina en que presta servicios. Por eso existen grandes cadenas de farmacias pertenecientes a una sola empresa, como Boot's, en el Reino Unido, o Rexall, en América.

ñolas y otros donde sólo está en vigor la supervisión de la dispensación por un licenciado se ha podido comprobar cuanto venimos diciendo. El estudio más importante sobre el mercado minorista americano concluye:

“En ausencia de restricciones, las cadenas de farmacias y las farmacias que ofrecen descuentos florecen. Los minoristas independientes deben adoptar la utilización más eficiente posible de su tierra y capital para sobrevivir. Inevitablemente algunos no pueden hacerlo y al hacerse más intensa la competencia los empresarios más débiles y menos competentes quedan al borde del camino.

Con restricciones de entrada hay un gran número de pequeñas farmacias que gracias a los altos márgenes no tienen que funcionar al máximo de eficiencia para sobrevivir. De aquí resultan enormes inversiones en medicamentos, equipo, otros bienes de capital e inmuebles..., hay infrautilización de recursos... ya que los mismos servicios podrían ser suministrados con menores recursos si las restricciones no existieran.

Las consecuencias es que en la distribución de fármacos quedan recursos que podrían ser mejor empleados en otro sector” (18).

En España y en los tiempos más recientes, las presiones de los farmacéuticos para conseguir de la Administración la elevación del precio al que prestan sus servicios están siendo muy fuertes (19). Ello es consecuencia de la erosión de sus beneficios monopolistas produ-

(18) F. Marion Fletcher: *Market Restraints in the Retail Drug Industry*, University of Pennsylvania Press, Filadelfia, 1967, pág. 292.

(19) Como era fácil adelantar se va a tratar de un desplazamiento hacia cifras superiores de los escalones de precios en los que los márgenes varían. Véase al respecto: Rábago, Joaquín: “La botica levantisca”, *Triunfo*, año 31, número 717, de 23 de octubre de 1976, página 38.

cabe augurar una fortísima guerra de precios en la porción del mercado no cubierta por la Seguridad Social. Y en la que ésta cubre, dado que los beneficiarios no abonan el precio en metálico, aparecerían los más variados métodos para atraerlos.

Este callejón sin salida parece que sólo puede abrirse superando los propios condicionantes del mercado. Esto es, con el abandono por parte de los farmacéuticos del pobre papel que la organización sanitaria capitalista les ha reservado.

Por un lado hay que tener en cuenta que:

“La experiencia de numerosas farmacias —militares, de la Administración Federal, de hospitales privados y otras— ha demostrado que personas carentes de educación farmacéutica formal pueden desempeñar eficazmente muchas de las actividades rutinarias de

una farmacia bajo la supervisión de un licenciado” (23).

Por otro:

“También está resultando evidente que los farmacéuticos, convenientemente entrenados pueden convertirse en un componente nuevo y vital del equipo sanitario con funciones de especialistas en información farmacológica” (24)

La transformación de la actividad de los profesionales farmacéuticos en el sentido de integrarse en el equipo sanitario como expertos en el complejísimo mundo de las acciones e interacciones de los medicamentos no puede plantearse, sin embargo, de forma voluntarista ya que tropieza con una barrera ci-

clópea. En el mecanismo monopolístico de la oferta de medicamentos la función de información, como es sabido, se degrada y queda convertida en pura publicidad desarrollada ante el médico por los visitantes. Como dicha publicidad es esencial a ese modelo del mercado, está claro que la *dignificación profesional de los farmacéuticos sólo puede tener lugar si ese modelo monopolista se rompe y se sustituye por otro.*

En España esta cuestión de la paulatina reconversión de las funciones desempeñadas por los farmacéuticos en la dirección de incrementar el aprovechamiento de sus extensos conocimientos técnicos y su articulación con la transformación del sector cobra especial interés ante el fenómeno de concentración de la oferta de servicios sanitarios y de la demanda de medicamentos que la Seguridad Social supone.

of Pharmacy: *Challenge to Pharmacy in the 70's*, Conferencia del 10 al 12 de septiembre de 1970.

(23) U. S. Task Force on Prescription Drugs: *Final Report*, Dept. of Health Education and Welfare, USGPO, Washington, 1968, pág. 19.

(24) *Ibid.* Sobre esta cuestión véase también: University of California, School

ANEXO

ESPAÑA.—NUMERO DE FARMACIAS Y FARMACEUTICOS

AÑOS	1 NÚMERO DE FARMACIAS (1)				2 millones Población	3 = 2/1	4 Farmacéuticos colegiados	5 = 2/4
	a	b	c	d				
1960	10.212				30,58	2.995	11.965	2.556
1961	10.410				30,59	2.939	12.174	2.513
1962					30,92	—	12.548	2.464
1963			10.283		31,25	3.039	12.496	2.500
1964					31,58	—	13.139	2.403
1965	10.573	10.555			31,91	3.018-3.023	13.494	2.365
1966			10.668		32,25	3.023	13.805	2.336
1967			10.876		32,60	2.997	13.858	2.352
1968	11.876		10.932		32,94	2.774-3.013	14.552	2.263
1969					33,29	—	15.519	2.145
1970		12.218		12.293	33,95	2.778-2.761	15.963	2.127
1971				12.739	34,00	2.669	16.550	2.054
1972		12.662		13.081	34,36	2.714-2.627	16.925	2.030
1973		13.377		13.486	34,73	2.596-2.575	17.498	1.985

(1) Hasta 1970 en que los Colegios de farmacéuticos comienzan a facilitarla, no existe información oficial sobre el número total de farmacias abiertas en España. Con anterioridad la estimación más fiable parece la del I. N. P.

- FUENTES: 1. a) I. N. P. Comisión de Asistencia Sanitaria: *Informe sobre la situación de la prestación farmacéutica en la asistencia sanitaria de la Seguridad Social*, Madrid, 1969.
 b) Arranz Alvarez, Leopoldo: “Una política farmacéutica para la Seguridad Social española”, *RISS (Revista Iberoamericana de Seguridad Social)*, Año 23, núm. 4, julio-agosto 1974.
 c) Unión Médico Farmacéutica Española.
 d) Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos.
 2 y 4. *INE (Anuarios Estadísticos de España)*.