

LOS BENEFICIOS DE UNA COMPETENCIA INCIPIENTE: DESCUENTOS Y BONIFICACIONES A OFICINAS DE FARMACIA

Joan-Ramón BORRELL*

Universitat de Barcelona

Anna Merino-Castelló**

Generalitat de Catalunya

1. EL LENTO AVANCE DE LA COMPETENCIA EN EL SECTOR FARMACÉUTICO ESPAÑOL

España es uno de los países con una regulación de los precios de los medicamentos más extensiva e intensiva del mundo. Extensiva porque el Ministerio de Sanidad y Consumo fija administrativamente los precios de la mayoría de fármacos con la excepción de aquellos que no están financiados por la Seguridad Social como, por ejemplo, las especialidades publicitarias¹.

Además, la regulación es intensiva, ya que no sólo se regula el precio máximo de venta de los laboratorios (PVL) sino también el margen comercial bruto de los mayoristas y de las oficinas de farmacia.

A pesar de este rígido marco regulador, la oferta y la demanda de medicamentos están experimentando intensos cambios que provocan cierta tensión en el mercado y, a su vez, evidencian que la regulación específica del sector ha quedado obsoleta y que las reformas realizadas hasta la fecha son, probablemente, inadecuadas para que la competencia beneficie tanto a los consumidores como a la propia Administración pública.

* Departamento de Política Económica e Instituto de Economía Aplicada (IREA) de la Universitat de Barcelona; jrborrell@ub.edu.

** Direcció General de Defensa de la Competència, Departament d'Economia i Finances de la Generalitat de Catalunya y Universitat Pompeu Fabra (CRES-UPF); amerino@gencat.net.

¹ Ver R. NONELL y J. R. BORRELL, «Mercado de Medicamentos en España. Diseño Institucional de la Regulación y de la Provisión Pública», *Papeles de Economía Española*, 1998, 76, pp. 113-131, y NONELL, R., y BORRELL, J. R., «Public Demand for Medicines, Price Regulation and Government-Industry Relationship in Spain», *Environment and Planning C: Government and Policy*, 2001, 19(1), pp. 119-34.

A nuestro entender, la oferta de medicamentos ha cambiado drásticamente en los últimos años como consecuencia de importantes cambios legislativos: i) a partir de la entrada en vigor de la Ley de Patentes de 1986 que reconoce la patentabilidad de los productos farmacéuticos en España y de la firma de los Acuerdos Internacionales de Comercio en Materia de Propiedad Industrial (ADPIC) en el año 1995, España entra en el club de países que protegen los laboratorios innovadores durante la primera etapa de vida de los productos en el mercado² y, posteriormente, ii) en el año 1997, la aprobación de la Ley³ por la cual se aprueba la comercialización de los genéricos, competidores de los medicamentos innovadores que irrumpen en el mercado a partir de la caducidad de sus patentes.

Por tanto, debido a este nuevo marco normativo, el mercado español de fármacos ha pasado de ser un mercado caracterizado por una competencia relativamente vigorosa entre productos de marca equivalentes (es decir, entre originales y copias) a ser un mercado con medicamentos de marca (sólo originales de laboratorios innovadores y sus licenciarios) que viven una primera etapa de monopolio y compiten en precios con sus correspondientes genéricos una vez la patente ha caducado. Esta competencia no sólo se ha establecido entre productos de marca y genéricos sino también entre las versiones genéricas de un mismo principio activo comercializadas por distintos laboratorios⁴.

La demanda de medicamentos también ha vivido cambios sustanciales en los últimos años. España ha pasado de tener una asistencia sanitaria pública centralizada e insertada, en cuanto a financiación y gestión, en la Administración General del Estado, a tener una asistencia sanitaria pública financiada y gestionada de forma descentralizada por las Comunidades Autónomas (CCAA)⁵. Esta distribución competencial lleva implícito un contrasentido ya que es el gobierno central quien regula y fija los precios de los fármacos mientras que son las CCAA quienes pagan y asumen los costes económicos de dichas decisiones.

Además, los medicamentos de marca con patente caducada y sus correspondientes genéricos están sometidos a una doble regulación de precios, la tradicional y aquella establecida por el sistema de precios de referencia⁶. Este sistema, en vigor desde el año 2000⁷, implica hoy en día que

² Ley 11/1986, de 20 de marzo, de Patentes de Invención y Modelos de Utilidad.

³ Ley 13/1996, de 30 de diciembre, de Medidas Administrativas, Fiscales y del Orden Social.

⁴ Ver J. R. BORRELL y A. MERINO-CASTELLÓ, «Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España: ¿hasta dónde se traslada la competencia?», *Gaceta Sanitaria*, 2006, vol. 20, núm. Supl. 2, pp. 41-50.

⁵ Ver J. PUIG-JUNOY, «Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain», *Health Policy* 2004b, 67, pp. 149-165, y COSTA-FONT, J., y PUIG-JUNOY, J. «The pharmaceutical market regulation in Spain: is drug cost-containment under question?», *Journal of Pharmaceuticals Finance, Economics and Policy* 2005, 13, pp. 33-49.

⁶ Ver J. PUIG-JUNOY, «Los medicamentos genéricos pagan el precio de ser referencia», *Revista de Administración Sanitaria*, 2004, 2, pp. 35-59.

⁷ El sistema de precios de referencia fue aprobado por primera vez por el Real Decreto 1035/1999 por el que se regula el sistema de precios de referencia en la financiación de medicamen-

el precio máximo de reembolso de estos fármacos a cargo de fondos públicos no puede superar una cuantía que se ajusta, periódicamente, a la media de los precios autorizados de los tres genéricos más baratos, eliminando así una de las principales variables de competencia dinámica en la prescripción y dispensación de los genéricos.

Este escenario ha favorecido la proliferación de lo que se conoce como descuentos y bonificaciones de los laboratorios de genéricos hacia las oficinas de farmacia permitiendo así aflorar, indirectamente, la competencia efectiva en la parte final de la cadena del medicamento.

Así pues, el objetivo de este trabajo es poner de manifiesto la existencia de competencia efectiva en precios entre los laboratorios de genéricos en forma de bonificaciones y descuentos a las oficinas de farmacia, evaluar el impacto de estas bonificaciones sobre la competencia y cuantificar el ahorro potencial que representaría para la factura farmacéutica pública si esta situación concurrencial se pudiera trasladar a los precios finales de venta al público.

A partir de un panel de datos con información mensual de descuentos y consumo en Cataluña de 262 genéricos que corresponden a 16 principios activos, se calcula el diferencial entre el margen teórico y el margen real que estos descuentos representan para las oficinas de farmacia y, posteriormente, se cuantifica el ahorro potencial para el *Servei Català de la Salut* (SCS) y los consumidores.

No obstante, una modificación de la situación existente con el fin de trasladar la competencia a los compradores finales en el corto o medio plazo no parece viable en el mercado español por los siguientes motivos: i) por una parte, los laboratorios de genéricos no tienen incentivos para tramitar una reducción del PVL de sus fármacos ya que pierden un instrumento comercial de gran valor, los descuentos, que les permiten competir para conseguir que sus genéricos sean dispensados en las oficinas de farmacia y, por otra, ii) la rigidez legislativa que persiste en la fijación de precios en España no contempla la posibilidad de poder trasladar directamente el potencial impacto de este incremento de competencia al precio final de venta al público.

El trabajo se estructura en seis secciones. Tras esta introducción, en la Sección 2 se analiza la naturaleza de los descuentos aplicados a los genéricos desde el punto de vista de la teoría económica así como su potencial impacto sobre la competencia y el bienestar social. La Sección 3 aporta evidencia empírica sobre la existencia y magnitud de los descuentos en Cataluña. La Sección 4 muestra el porcentaje que representan estos descuentos sobre el total de la factura farmacéutica pública de Cataluña así como la importancia relativa de los descuentos en relación al margen bruto

tos. Actualmente, el art. 93 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios establece la fórmula para el cálculo del precio de referencia.

farmacéutico. Finalmente, la última sección concluye y presenta algunas reflexiones sobre cómo se podría reformar la regulación actual para canalizar los beneficios de la competencia hacia los compradores de medicamentos, ya sean los consumidores finales o los organismos autonómicos correspondientes.

2. DESCUENTOS Y BONIFICACIONES EN LA DISPENSACIÓN DE GENÉRICOS

La entrada de los genéricos, así como la aprobación de los precios de referencia y de las normas de sustitución obligatoria, no sólo han fomentado la competencia entre productos de marca y genéricos sino también entre los laboratorios de genéricos que luchan por conseguir que sus medicamentos sean los dispensados por los farmacéuticos cuando la receta médica se realiza por principio activo. Así como, en el caso de las recetas de fármacos de marca, los prescriptores identifican un nombre comercial y, consecuentemente, su laboratorio productor, en las recetas genéricas, los médicos prescriben utilizando el nombre del principio activo y, por tanto, dejan a criterio del farmacéutico la elección del laboratorio productor del genérico que finalmente será dispensado.

Así pues, las oficinas de farmacia han adquirido un papel que va más allá del puro dispensador, convirtiéndose en un nuevo agente decisorio, circunstancia que no ha pasado desapercibida a los laboratorios de genéricos. Con el objetivo de influir en este proceso de dispensación, y aprovechando un vacío interpretativo de la Ley 25/1990, de 20 de diciembre, del Medicamento, estos laboratorios empezaron a ofrecer descuentos y bonificaciones sobre sus productos a las oficinas de farmacia para conseguir que su genérico fuera el medicamento dispensado en aquellos casos en que los médicos recetan utilizando el nombre del principio activo, o en el caso de que se deba sustituir obligatoriamente un medicamento recetado mediante nombre comercial por un genérico a elección de la oficina de farmacia.

Aunque este tema surgió hace unos años como una reacción meramente coyuntural, la aplicación de descuentos y bonificaciones sobre los genéricos se ha popularizado hasta convertirse en una práctica habitual del sector. En el año 2002, la situación fue denunciada por organizaciones de defensa de los consumidores que argumentaban que un sistema de bonificaciones de estas características implicaba un fraude fiscal y sanitario ya que los descuentos no se trasladaban al precio final de venta del medicamento.

Ante la incertidumbre generada por el mencionado informe, la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios emitió una circular en la cual se prohibían expresamente las bonificaciones y, meses después, Sanidad anunció que las mencionadas prácticas serían consideradas como una infracción de la normativa sectorial.

Después de un viaje de ida y vuelta en el que, incluso, las bonificaciones se llegaron a considerar legales, la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, en su art. 3.6 prohíbe expresamente dichas prácticas exceptuando los descuentos por pronto pago y por volumen de compras que realicen los distribuidores a las oficinas de farmacia siempre que no se incentive la compra de un producto frente al de sus competidores y queden reflejados en la factura correspondiente. Adicionalmente, la Ley de 2006 califica como infracción grave, con sanciones de 30.000 a 60.000 euros, tanto el ofrecimiento como la aceptación de bonificaciones o descuentos prohibidos, mientras que en la Ley de 1990 tan sólo el ofrecimiento de incentivos, primas u obsequios era calificado como infracción de carácter leve con sanciones de 6.000 a 30.000 euros⁸.

Aun así, los descuentos ofrecidos por los laboratorios genéricos o los distribuidores mayoristas a las oficinas de farmacia han sido una realidad en los últimos años, mediante ofertas que tomaban la forma del tipo «dos por el precio de uno», «pague uno y llévase cinco» y similares. Aunque es cierto que la nueva Ley es más explícita y estricta respecto a esta prohibición, fuentes del sector indican que estos descuentos se han adaptado al nuevo entorno legislativo incorporándose a la factura en forma de descuentos por pronto pago o descuentos por volumen.

De hecho, se trata de un descuento vinculado a unas cantidades vendidas por el cual la bonificación se aplica a todas las unidades facturadas y el precio unitario se reduce *de facto* según la relación entre el número de unidades pagadas y las unidades entregadas gratuitamente (dos por tres equivale a un descuento de $1/3 = 33\%$, dos por uno equivale a un descuento del $1/2 = 50\%$, cinco por uno equivale a un descuento del $4/5 = 80\%$).

Estos descuentos permiten realizar lo que los economistas conocen como discriminación de precios indirecta o de segundo grado, es decir, las empresas diseñan un amplio menú de ofertas de precios y cantidades con el fin de que los consumidores se autoseleccionen según el consumo previsto. Este tipo de discriminación, a priori, mejora el bienestar social y, por ello, ni en los EE.UU. ni en los países de la Unión Europea, los descuentos vinculados a cantidades compradas están prohibidos *per se*. Ahora bien, tal y como señala MOTTA (2004), los descuentos también pueden convertirse en eficaces instrumentos para cambiar la estructura y funcionamiento de los mercados, especialmente, cuando intentan evitar la entrada de nuevos competidores (*entry pre-emption*) o expulsar a competidores ya establecidos, en cuyo caso, la discriminación de precios puede llegar a utilizarse de forma anticompetitiva.

Siguiendo la simple pero didáctica forma de exponer la discusión sobre los efectos competitivos de los descuentos de MOTTA (2004), se muestra a

⁸ Según aquello establecido en los arts. 101.2.b) 29.º de infracciones y en el art. 102.b) de sanciones de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

continuación bajo qué circunstancias los descuentos a oficinas de farmacia pueden tener efectos beneficiosos para el bienestar y en qué casos no los tienen.

Tal y como muestra la figura 1, la demanda de los distintos laboratorios de un medicamento genérico está predeterminada por la prescripción médica y, en general, es insensible al precio del medicamento, por lo que, en el extremo y por simplicidad gráfica, se podría representar como una línea vertical. Ahora bien, el precio máximo que pagan los servicios de salud autonómicos por cualquiera de estas versiones está fijado y es igual al precio de referencia (p_R). Supongamos que sólo existe una única versión genérica en el mercado comercializada por el laboratorio establecido (*incumbente*) y que en él quiere entrar un segundo laboratorio comercializando otra versión genérica (*entrante*). Las cuestiones a responder son: *¿qué laboratorio puede tener interés en ofrecer descuentos?* y *¿qué efectos tienen los descuentos para el bienestar social?*

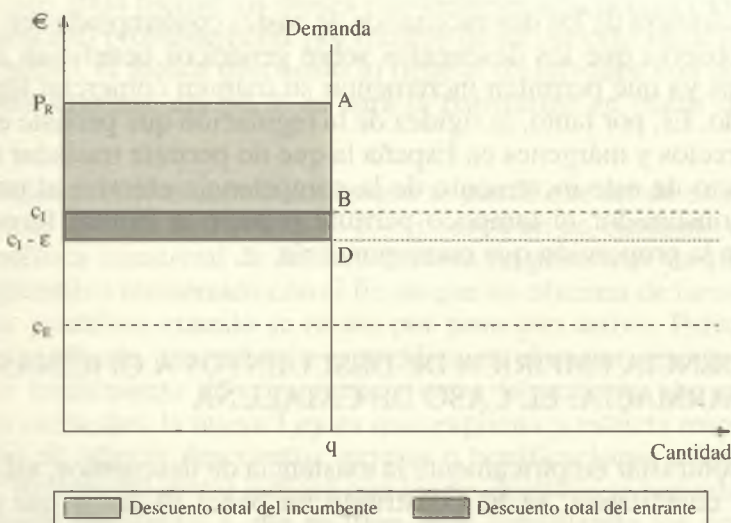
Con este objetivo se analizan varios escenarios según si el laboratorio más eficiente es el entrante ($c_1 > c_E$, siendo c_1 el coste marginal de producción del incumbente y c_E el coste marginal de producción del entrante) o si, por el contrario, el laboratorio más eficiente es el incumbente ($c_1 < c_E$). En la primera fase del juego, cuando el laboratorio establecido es el único productor del genérico, su precio será, previsiblemente, igual al precio de referencia (p_R) y no será hasta la entrada del nuevo productor cuando se inicia la dinámica competitiva de precios.

En el escenario de $c_1 > c_E$, el entrante puede solicitar la autorización de su producto a un precio igual al de referencia y, por tanto, al del incumbente ($p_1 = p_E = p_R$), en cuyo caso el mercado quedaría repartido a partes iguales entre el establecido y el entrante. Por el contrario, si el entrante fijase un precio inferior al del incumbente ($p_E < p_1$), este último podría escoger, en el momento de la revisión del precio de referencia, entre igualar el menor precio del entrante y dividirse el mercado en partes iguales o rebajar el precio hasta c_1 para así convertirse de nuevo en genérico de menor precio. El entrante puede, a su vez, mantener el precio por encima o igual a c_1 y compartir el mercado con el incumbente o bien fijar un precio por debajo de c_1 y así quedarse con todo el mercado⁹.

Así pues, cuando los costes del incumbente y del entrante son inferiores a los precios fijados administrativamente, existe margen comercial para ofrecer descuentos a las oficinas de farmacia y, en particular, si $c_1 > c_E$, el entrante siempre estará en disposición de ofrecer un descuento total equivalente $[p_{RAD}(c_1 - \epsilon)]$ superior al que podría ofrecer el laboratorio establecido $[p_{RABC_1}]$ para conseguir que las oficinas de farmacia dispensen su nuevo producto y no el de su competidor (ver figura 1).

⁹ Esta dinámica competitiva se puede repetir hasta el infinito llevando a la conocida paradoja de BERTRAND por la que la competencia en precios entre sólo dos competidores puede llevar el precio hasta el coste marginal del competidor menos eficiente.

FIGURA 1

DESCUENTOS EN EL ESCENARIO $c_1 > c_E$ 

En este escenario, la entrada del segundo laboratorio redistribuye rentas del proveedor al dispensador de medicamentos, es decir, el farmacéutico. Los descuentos no tienen, en este caso, efectos anticompetitivos ya que gana la batalla el laboratorio más eficiente. Adicionalmente, la existencia de descuentos constituye evidencia suficiente de que sería posible reducir el precio de referencia que fija el gobierno y paga la sanidad pública autonómica ya que éste se sitúa muy por encima del coste marginal del proveedor más eficiente.

Tal y como muestra la figura 1, ante esta amenaza, el incumbente puede también ofrecer un descuento total equivalente a sus beneficios del área $p_R ABC_1$ pero, en la carrera por los descuentos, siempre perdería ante el entrante ya que éste puede rebajar el precio unitario un poco más allá. Sólo si existieran efectos externos que ligasen las ventas en este mercado con los beneficios en otros mercados, el incumbente podría ofrecer descuentos totales superiores a sus beneficios directos. Bajo estas circunstancias de subsidios cruzados entre mercados conexos, estos descuentos pueden tener efectos anticompetitivos de disuadir la entrada de competidores eficientes (*entry deterrence*) tal y como AGHION y BOLTON (1987) ponen de manifiesto. Se trataría de uno de los casos analizados por ARMSTRONG y VICKER (1993) en el que la discriminación de precios puede llevar a precios por debajo de costes marginales (predación de precios) con posibles consecuencias anticompetitivas¹⁰.

¹⁰ Para más información sobre los efectos anticompetitivos de los precios predatorios, ver S. GRAU-ARNAU y A. MERINO-CASTELLÓ, «Sentencia Altadis: elemento intencional en el test de precios predatorios», *Anuario de la Competencia 2004*, Fundación ICO.

En el escenario de $c_I < c_E$, la situación es a la inversa ya que es el incumbente quien, en el extremo, puede ofrecer descuentos superiores al entrante hasta el punto que eviten la entrada de un laboratorio menos eficiente.

En cualquiera de los dos escenarios de costes contemplados en esta sección, se observa que los descuentos sobre genéricos benefician a los farmacéuticos ya que permiten incrementar su margen comercial legalmente establecido. Es, por tanto, la rigidez de la regulación que persiste en la fijación de precios y márgenes en España la que no permite trasladar el potencial impacto de este incremento de la competencia efectiva al precio que paga el consumidor ni tampoco permite reducir la factura farmacéutica pública en la proporción que correspondería.

3. EVIDENCIA EMPÍRICA DE DESCUENTOS A OFICINAS DE FARMACIA: EL CASO DE CATALUÑA

Para contrastar empíricamente la existencia de descuentos, así como su magnitud cuantitativa, se ha construido un panel de datos que contiene información mensual acerca de las bonificaciones que ofrecen los laboratorios de genéricos a las oficinas de farmacia y de la facturación en valor de aquellos Equivalentes Farmacéuticos Genéricos (EFGs) que se venden con incentivos en Cataluña.

La información sobre descuentos ha sido proporcionada por agentes del sector farmacéutico y los datos sobre facturación en valor de los EFGs seleccionados han sido aportados por la *Divisió d'Atenció Farmacèutica i Prestacions Complementàries del Servei Català de la Salut* (SCS).

El ámbito geográfico del estudio es la Comunidad Autónoma de Cataluña y el periodo de análisis comprende de enero de 2003 a mayo de 2005. La muestra contiene información sobre 262 EFGs que corresponden a 16 principios activos, entre ellos el omeprazol, la paroxetina, la simvastatina, el ibuprofeno y el paracetamol, moléculas que se encuentran entre el grupo de fármacos más consumidos tanto en Cataluña como en el resto de CCAA.

La información disponible sobre las bonificaciones aplicadas a los diferentes EFGs está expresada en número de envases que los laboratorios regalan a las oficinas de farmacia por envases efectivamente pagados; por ejemplo, 1+1 «pague uno y llévase dos», 3+1 «pague tres y llévase cuatro», etc. Esta variable contiene 1.535 observaciones que corresponden a los meses de octubre de 2003, julio, agosto, septiembre, octubre y noviembre de 2004 y enero de 2005. En particular, el mes con menor número de observaciones es agosto 2004 con sólo 15 datos y el mes con mayor número de observaciones es julio 2004 con 506 observaciones seguido por septiembre 2004 con 423, noviembre 2004 con 160 y octubre 2003 con 152.

El análisis descriptivo de la variable descuentos y bonificaciones muestra que el valor medio durante el periodo de octubre 2003 a enero 2005 fue

del 34 % para el conjunto de los 262 EFGs identificadas en las ofertas emitidas por los mayoristas de farmacia, siendo octubre 2003 y enero 2005 los meses con mayores descuentos (38 y 36 %, respectivamente), mientras que julio y agosto 2004 fueron los meses con menores descuentos (33 y 26 %, respectivamente) probablemente por tratarse de un periodo vacacional. Por principio activo, el menor descuento lo tiene el diclofenaco con un 17 % y el descuento máximo del 50 % es para la paroxetina en enero 2005 (ver tabla 1).

Una de las primeras conclusiones que se puede extraer de este análisis descriptivo es que los descuentos se convirtieron en un elemento estructural de la política comercial de los laboratorios de genéricos ya que actúan como un incentivo económico con el fin de que las oficinas de farmacia dispensen sus genéricos cuando se receta por principio activo. Parece, pues, que no se trataba de una práctica esporádica en el sector sino que era un importante instrumento de competencia entre laboratorios de genéricos. Aunque es cierto que la nueva Ley es más explícita y estricta respecto a la prohibición de ofrecer descuentos, primas o bonificaciones a los agentes decisores, fuentes del sector indican que los productores se han adaptado al nuevo entorno legislativo y que podrían estar camuflando los descuentos tradicionales en forma de descuentos por pronto pago o descuentos por volumen.

Debido a la irregularidad temporal de la información disponible sobre descuentos, se puede considerar que se trata de una variable discreta o trunca; no obstante, para calcular el ahorro potencial será necesario disponer de esta información mensualizada para el periodo enero de 2003 a mayo de 2005. Por este motivo, se transforma la variable de descuentos en una variable continua que se pueda aplicar a la variable de facturación mensual. Con este objetivo, se ha calculado el descuento medio correspondiente al periodo de análisis 2003-2005 para cada uno de los EFGs (ver tabla 1).

A pesar de esta limitación metodológica, se comprueba, mediante un test de diferencias de medias, que la dimensión de estos descuentos se mantuvo estable durante el periodo 2003-2005 y, por tanto, que la utilización del descuento medio de todo el periodo para cada EFG no sesga los resultados de la estimación del ahorro potencial ni del margen real de los farmacéuticos. Este test en diferencias se calcula tomando como referencia los datos de descuento del mes de septiembre de 2004 ya que es el ecuador del periodo analizado. Con este objetivo, se construye una variable *dummy* que coge el valor 1 si se trata de una oferta del mes de septiembre de 2004 y 0 para cualquier otro mes de la serie y se plantea la hipótesis nula de que no existen diferencias significativas entre una submuestra y otra. La tabla 2 muestra los resultados de este test y, en ningún caso, se rechaza la hipótesis nula de igualdad de los descuentos a lo largo del tiempo¹¹.

¹¹ Los cálculos se han realizado con un nivel de significación del 1 %. Este nivel de significación muestra el riesgo de rechazar la hipótesis nula de igualdad de medias entre las dos submuestras cuan-

TABLA I.
DESCUENTO MEDIO POR PRINCIPIO ACTIVO

Principio activo EFGS	Octubre 2003	Julio 2004	Agosto 2004	Septiembre 2004	Octubre 2004	Noviembre 2004	Enero 2005	Descuento medio
Azitromicina (18)		30 %		33 %	32 %	32 %	37 %	33 %
Captopril (16)	37 %	33 %	33 %	34 %	36 %	33 %	32 %	34 %
Ciprofloxacino (33)	40 %	30 %	22 %	30 %	35 %	38 %	37 %	33 %
Claritromicina (18)	31 %	31 %		34 %	37 %	37 %	38 %	34 %
Diclofenaco (5)	21 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %
Diltiazem (2)	33 %	30 %		30 %	33 %	33 %	33 %	31 %
Doxazosina (6)	33 %	30 %		35 %	42 %	42 %	46 %	36 %
Enalapril (21)	41 %	36 %	29 %	38 %	36 %	36 %	37 %	37 %
Fluoxetina (26)	44 %	35 %	25 %	36 %	34 %	34 %	33 %	35 %
Ibuprofeno (4)	33 %	29 %		28 %	29 %	29 %	28 %	29 %
Omeprazol (41)	37 %	32 %	28 %	32 %	32 %	31 %	32 %	32 %
Paracetamol (4)	34 %	22 %		27 %	38 %	38 %	33 %	29 %
Paroxetina (6)		25 %		41 %	25 %	25 %	50 %	35 %
Ranitidina (37)	40 %	38 %	33 %	38 %	39 %	38 %	40 %	38 %
Simvastatina (19)	42 %	36 %		35 %	36 %	33 %	36 %	36 %
Trifusal (5)		48 %		48 %	42 %	33 %	38 %	44 %
Total	38 %	33 %	26 %	34 %	35 %	35 %	36 %	34 %

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de descuentos y bonificaciones.

TABLA 2.
RESULTADOS DEL TEST EN DIFERENCIAS

<i>Principio activo</i>	<i>Grados de libertad</i>	<i>t</i>	<i>P > t</i>
Azitromicina	74	0,0334	0,9735
Captopril	89	-0,0061	0,9952
Ciprofloxacino	228	2,1278	0,0344
Claritromicina	138	-0,0278	0,9778
Diclofenaco	32	1,0185	0,3161
Diltiazem	22	0,847	0,4061
Doxazosina	40	0,1666	0,8685
Enalapril	132	-0,3407	0,7339
Fluoxetina	182	-0,4687	0,6389
Ibuprofeno	13	0,4086	0,6895
Omeprazol	218	0,0166	0,9868
Paracetamol	19	0,307	0,7622
Paroxetina	18	-1,7162	0,1033
Ranitidina	167	0,0147	0,9883
Simvastatina	107	0,5994	0,5501
Trifusal	n.d.	n.d.	n.d.

La otra variable necesaria para calcular el ahorro potencial en la factura farmacéutica pública es el consumo mensual en valor (euros corrientes), correspondiente a cada una de estos EFGs durante el periodo comprendido entre enero 2003 y mayo 2005, información que ha sido proporcionada por el scs. El enlace entre las variables de descuentos e importe facturado se ha realizado a partir del código nacional que identifica cada EFG; en particular, del total de 262 EFGs con información sobre bonificaciones, sólo 144 tienen consumos positivos y, por tanto, los cálculos que se presentan en las siguientes secciones se realizan sobre esta submuestra.

do ésta es cierta. Para un nivel de significación menos exigente del 5 %, sólo encontramos diferencias en la media de los descuentos a lo largo del tiempo para el caso de ciprofloxacino.

4. IMPACTO DE LOS DESCUENTOS SOBRE LA FACTURA FARMACÉUTICA PÚBLICA Y EL MARGEN REAL DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

A. IMPACTO DE LOS DESCUENTOS SOBRE LA FACTURACIÓN FARMACÉUTICA PÚBLICA

Así pues, para estimar el ahorro potencial que hubiese implicado el traslado de estos descuentos al precio pagado por la administración autonómica y los consumidores, se aplica al importe de la facturación mensual de cada EFG el descuento medio calculado según la metodología de la sección anterior¹².

Este ahorro se podría trasladar, por un lado, a los consumidores mediante una rebaja directa del precio de venta al público (PVP) y, por otro, a la administración autonómica mediante la rebaja del precio o mediante la fijación en los conciertos de unos descuentos globales que las oficinas de farmacia deberían aplicar a los organismos pagadores según las unidades de genéricos vendidos. Así pues, a partir de estos cálculos, se obtiene el ahorro potencial que aportaría cada uno de estos principios activos en el importe de la factura farmacéutica genérica y total de Cataluña. Adicionalmente, se calcula el potencial ahorro en el caso de que estos descuentos se hicieran extensivos al resto de principios activos del ámbito del scs y, finalmente, se realiza un ejercicio de extrapolación de los resultados obtenidos en Cataluña al resto de CCAA.

El ahorro potencial en términos de importe de la factura farmacéutica del scs que implicaría el traslado de los descuentos identificados en el conjunto de 16 principios activos (144 EFGs) para el año 2003 sería de 3,8 millones de euros, de 4,8 millones de euros para el año 2004 y de 2,6 millones de euros para los primeros cinco meses del año 2005. Teniendo en cuenta el importe de la facturación que implican estos EFGs para el scs, se puede concluir que el porcentaje de ahorro sería, para los años 2003, 2004 y 2005, de 25,4, 24,1 y de 23,5 %, respectivamente (ver tabla 3).

Dado que unos principios activos tienen mayor peso que otros en la facturación farmacéutica genérica del scs, el ahorro se concentra en aquellos principios activos de mayor consumo para los cuales existen descuentos y bonificaciones; en particular, el omeprazol representa un 38 % del ahorro total y el enalapril y el ibuprofeno un 10 % cada uno de ellos. El resto de principios activos representan menos del 10 % en el ahorro total e incluso algunos de ellos, debido a su reducido consumo, cuentan con porcentajes inferiores al 5 % aunque su descuento medio puede ser superior al 30 % (ver figura 2).

¹² Como es habitual en este sector, se distingue el importe de la facturación farmacéutica del ámbito del scs del gasto farmacéutico del scs. El importe es la suma de la aportación de los beneficiarios (copago, que supone en torno al 7 %), la aportación de las farmacias (descuento, que supone en torno al 3 %) y el gasto farmacéutico efectivamente soportado por el scs (90 %).

TABLA 3

AHORRO POTENCIAL SOBRE EL IMPORTE DE LA FACTURA FARMACÉUTICA GENÉRICA DE LOS 16 PRINCIPIOS ACTIVOS ANALIZADOS (?)

	2003	2004	Enero-mayo 2005
Ahorro (144 EFG)	3.831.154	4.800,678	2.610.627
Facturación (144 EFG)	15.073.996	19.889.911	11.088.426
% ahorro/facturación genética	25,4 %	24,1 %	23,5 %

Si se asume como cierta la premisa de que los descuentos identificados por los 16 principios activos representados en la submuestra permiten un ahorro de entre el 25,4 y el 23,5 % del gasto farmacéutico en genéricos y estas cifras se aplican al resto de EFGs para cada uno de los años analizados, se podría alcanzar un ahorro potencial máximo de 32 millones de euros anuales en el gasto farmacéutico de genéricos y en torno al 2 % en el gasto farmacéutico total de Cataluña (ver tabla 4).

Si se extrapolan los resultados obtenidos en Cataluña al resto de CCAA, se obtiene que el traslado de los descuentos y bonificaciones a las administraciones autonómicas reduciría en un 1,8 % el gasto farmacéutico público, cifra que representa unos 163 millones de euros. Para aquellas CCAA con un

FIGURA 2

DESCUENTO MEDIO Y AHORRO POR PRINCIPIO ACTIVO

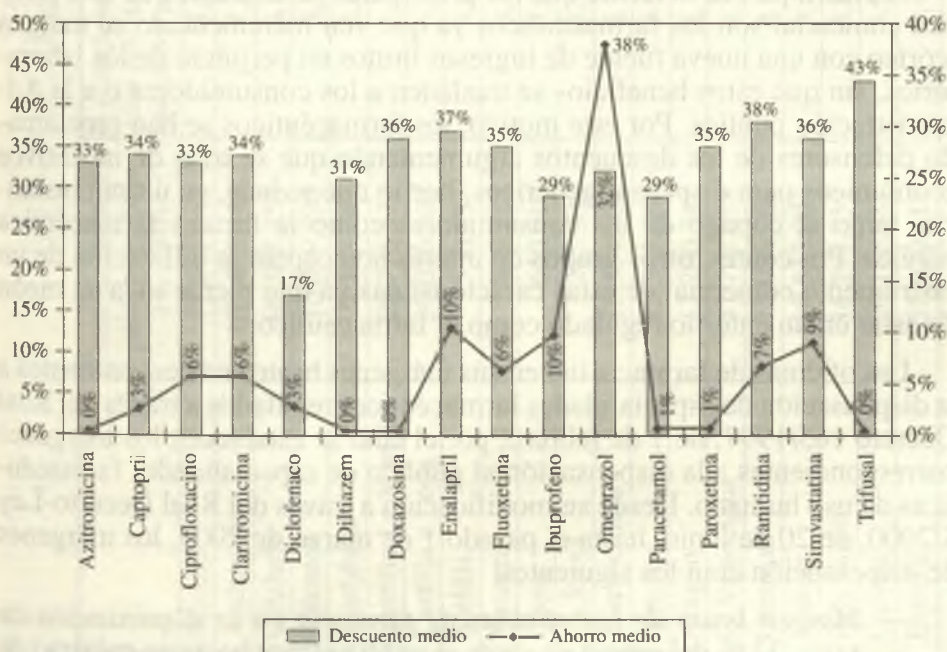


TABLA 4
 AHORRO POTENCIAL DEL GASTO FARMACÉUTICO DEL SCS

<i>Gasto público farmacéutico en genéricos en Cataluña</i>			
<i>Año</i>	<i>Gasto PVP (€)</i>	<i>Ahorro potencial (%)</i>	<i>Ahorro potencial (€)</i>
2003	127.527.411	25,4	32.391.962
2004	129.909.543	24,1	31.308.200
Enero-mayo 2005	64.415.433	23,5	15.137.627
<i>Gasto público farmacéutico total en Cataluña</i>			
<i>Año</i>	<i>Gasto PVP (€)</i>	<i>Ahorro potencial (%)</i>	
2003	1.483.198,112	2,18	
2004	1.551,361,179	2,02	
Enero-mayo 2005	678.432,065	2,23	

mayor consumo de genéricos, el ahorro potencial también sería mayor, como es el caso de Andalucía y Madrid (ver tabla 5).

B. IMPACTO DE LOS DESCUENTOS SOBRE EL MARGEN REAL DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

A priori, parece evidente que los principales beneficiados de esta práctica comercial son los farmacéuticos ya que ven incrementado su margen teórico con una nueva fuente de ingresos brutos en perjuicio de los laboratorios, sin que estos beneficios se trasladen a los consumidores o a la Administración pública. Por este motivo, los farmacéuticos se han proclamado defensores de los descuentos argumentando que se trata de incentivos económicos para dispensar genéricos, hecho que reduce, en última instancia, tanto el copago de los consumidores como la factura farmacéutica pública. Por contra, otros grupos de interés no aceptan la utilización de un instrumento comercial de estas características ya que pierde toda su razón de estar en un entorno regulado como el farmacéutico.

Las oficinas de farmacia tienen sus márgenes brutos correspondientes a la dispensación de especialidades farmacéuticas regulados a través del Real Decreto 165/1997, de 7 de febrero, por el cual se establecen los márgenes correspondientes a la dispensación al público de especialidades farmacéuticas de uso humano. Desde su modificación a través del Real Decreto-Ley 5/2000, de 20 de junio, hasta el pasado 1 de marzo de 2005, los márgenes de dispensación eran los siguientes:

- *Margen bruto de las oficinas de farmacia en la dispensación de EFGs: 33 % del precio de venta al público (PVP) hasta un máximo de*

TABLA 5
AHORRO POTENCIAL POR CCAA

	Gasto farmacéutico público genérico (€, 2005)	% gasto farmacéutico público genérico/gasto farmacéutico público total	Ahorro potencial (€, 2005)	Gasto farmacéutico público total (€, 2005)	% ahorro potencial sobre gasto farmacéutico público total (2005)
Madrid	77.261.243	8,5	19.315.311	909.448.330	2,12
Andalucía	107.443.449	7,3	26.860.862	1.475.531.284	1,82
Cataluña	96.565.355	6,8	24.141.339	1.426.391.642	1,69
Baleares	10.019.890	6,4	2.504.972	156.648.412	1,60
Cantabria	7.148.749	6,4	1.787.187	111.550.129	1,60
Castilla-La Mancha	25.776.877	6,2	6.444.219	418.120.645	1,54
Castilla y León	30.016.900	5,7	7.504.225	525.084.913	1,43
Mejilla	530.387	6,6	132.597	8.035.379	1,65
Navarra	7.426.253	6,2	1.856.563	119.926.715	1,55
Ceuta	650.010	6,2	162.502	10.526.198	1,54
La Rioja	3.285.506	5,5	821.377	60.056.665	1,37
Extremadura	12.554.002	5,1	3.138.500	246.622.006	1,27
Asturias	12.545.889	5,0	3.136.472	251.880.002	1,25
Aragón	13.200.347	4,7	3.300.087	281.855.551	1,17
C. Valenciana	41.792.358	3,7	10.448.089	1.116.061.247	0,94
Canarias	15.088.962	4,0	3.772.240	381.419.717	0,99
Murcia	10.853.003	3,7	2.713.251	290.126.277	0,94
País Vasco	16.291.059	3,8	4.072.765	424.829.136	0,96
Galicia	20.186.681	3,1	5.046.670	645.539.807	0,78
España	651.920.617	7,4	162.980.154	8.859.653.575	1,84

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del Grupo Safa (<http://www.elglobal.net>).

33,54 euros para aquellas especialidades que tienen un PVL superior a 78,34 euros.

- *Margen bruto del mayorista*: 9,6 % del precio de venta del mayorista hasta un máximo de 8,32 euros para aquellas especialidades que tienen un PVL superior a 78,34 euros.

El Real Decreto 2402/2004 redujo los precios de las especialidades farmacéuticas y los márgenes regulados de la distribución con efectos legales a partir del 1 de marzo de 2005. A partir de esta fecha los márgenes regulados pasan a ser los siguientes:

- *Margen bruto de las oficinas de farmacia*: 27,9 % del precio de venta al público hasta un máximo de 37,94 euros para aquellas especialidades que tienen un PVL superior a 89,62 euros.
- *Margen bruto del mayorista en 2005*: 8,6 % del precio de venta del mayorista hasta un máximo de 8,43 euros para aquellas especialidades que tienen un PVL superior a 89,62 euros.
- *Margen bruto del mayorista en 2006*: 7,6 % del precio de venta del mayorista hasta un máximo de 7,37 euros para aquellas especialidades que tienen un PVL superior a 89,62 euros.

Si el margen porcentual para los productos de marca y genéricos coincide (27,9 %), como es el caso de España desde el 1 de marzo de 2005, el farmacéutico recibe menos ingresos cuando dispensa genéricos ya que sus precios medios son menores que los de sus equivalentes de marca. Por el contrario, si el margen porcentual del farmacéutico es mayor en el caso de los genéricos, como ha sido en España del 2000 en el 2005 (33 % para los genéricos *versus* el 27,9 % para los productos de marca), el resultado es incierto ya que, en algunas ocasiones, la remuneración del farmacéutico será mayor en la dispensación de los productos genéricos mientras que en otros lo será el de marca dependiendo de si el diferencial de los precios de salida de laboratorio sea grande o pequeño. Así pues, los descuentos y bonificaciones pueden convertirse en un instrumento comercial por los laboratorios genéricos no solamente para asegurar su dispensación cuando la receta es por principio activo sino también para asegurar que los ingresos de los farmacéuticos originados por la dispensación de los genéricos puedan superar los ingresos totales de dispensar el equivalente de marca.

A partir de la información de facturación facilitada por el SCS y de los márgenes regulados, se puede estimar la facturación adicional obtenida por las oficinas de farmacia si se tienen en cuenta los ingresos extras que proporcionan los descuentos y bonificaciones de los genéricos.

En particular, estos descuentos y bonificaciones permiten a los farmacéuticos recibir, en concepto de incentivos económicos, una cantidad equivalente a tres cuartas partes (76 %) de lo que reciben como contraprestación del servicio público de dispensación de las versiones genéricas de los principios activos analizados en el ámbito de este estudio. En otras palabras, las oficinas de farmacia ven incrementado considerablemente su margen

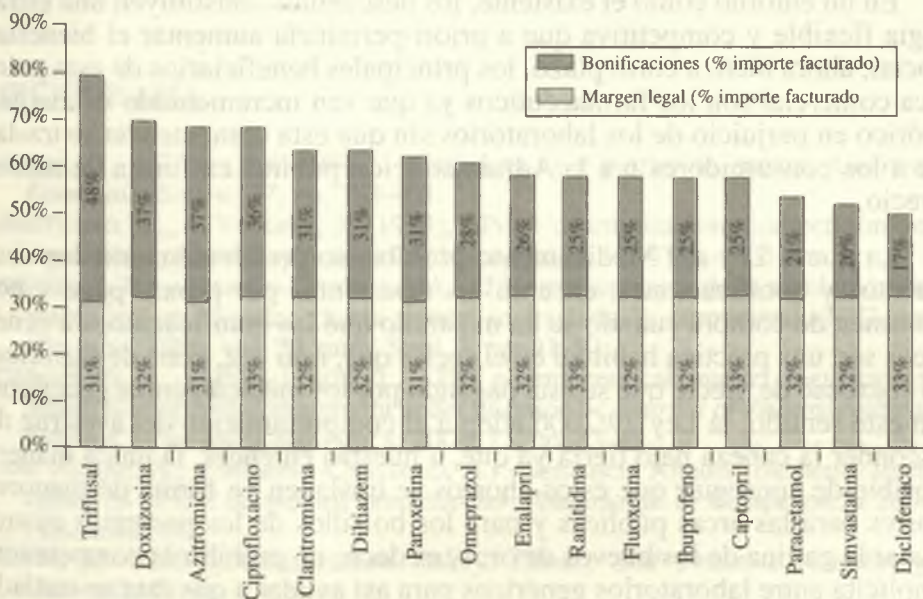
comercial establecido por Ley (de 27,9 o 33 % según la Ley vigente a 49 %) sin la obligación de trasladar total o parcialmente estas ganancias derivadas de la competencia al sistema público de salud¹³. Para algunos principios activos, las bonificaciones representan un porcentaje superior al margen legal (más del 100 %), como es el caso del trifusal, doxazosina, azitromicina y ciprofloxacino (ver figura 3), mientras que para otros (simvastatina o diclofenaco), las bonificaciones representan un 50 % del margen legal, siendo la media un 76 %.

5. CONCLUSIÓN

El trabajo realizado pone de manifiesto que las reformas reguladoras introducidas en el mercado farmacéutico español en los últimos años han creado una situación de competencia efectiva entre los laboratorios de genéricos. No obstante, estas modificaciones legislativas se han quedado cortas ya que las ganancias derivadas de la competencia entre genéricos no se pueden trasladar a la sanidad pública ni a los consumidores debido a la rigidez legislativa existente en el sistema de precios de los medicamentos.

FIGURA 3

MARGEN LEGAL Y BONIFICACIONES DE LOS PRINCIPIOS ACTIVOS INCLUIDOS EN LA MUESTRA (ENERO 2003-MAYO 2005)



¹³ En algunas Comunidades Autónomas, el concierto firmado entre farmacéuticos y la unidad correspondiente del Departamento de Sanidad contempla un porcentaje de descuento que se aplica al importe de la factura farmacéutica pública.

Este estudio ha realizado un ejercicio de simulación para cuantificar el potencial ahorro para la factura pública farmacéutica, tanto genérica como total, del SCS si el marco regulador permitiera trasladar esta competencia a los precios que paga la Administración a las oficinas de farmacia. En particular, se estima que el ahorro potencial que se obtendría de los descuentos y bonificaciones para un número reducido de 16 principios activos de los cuales existen diversas versiones genéricas dispensadas en el ámbito del SCS es de 4,8 millones de euros para el año 2004. Este ahorro representa, aproximadamente, un 25 % del importe de la factura farmacéutica genérica del SCS asociado a estos 16 principios activos (144 EFGS). Si estos resultados se extrapolaran a la totalidad de principios activos con especialidades genéricas, el ahorro potencial máximo en el gasto farmacéutico de genéricos en el ámbito del SCS sería de unos 32 millones de euros, cifra que representa un 2 % del gasto farmacéutico público de Cataluña.

Adicionalmente, estos descuentos y bonificaciones permiten a los farmacéuticos recibir, en concepto de incentivos económicos, una cantidad equivalente a tres cuartas partes (76 %) de lo que reciben como contraprestación del servicio público de dispensación de las versiones genéricas de los principios activos analizados en el ámbito de este estudio. En otras palabras, las oficinas de farmacia ven incrementado considerablemente su margen comercial establecido por ley (de 27,9 o 33 a 49 %) sin la obligación de trasladar total o parcialmente estas ganancias derivadas de la competencia al sistema de salud.

En un entorno como el existente, los descuentos constituyen una estrategia flexible y competitiva que a priori permitiría aumentar el bienestar social; ahora bien, a corto plazo, los principales beneficiarios de esta práctica comercial son los farmacéuticos ya que ven incrementado su margen teórico en perjuicio de los laboratorios sin que esta competencia se traslade a los consumidores o a la Administración pública en forma de menor precio.

La nueva Ley del Medicamento prohíbe, sorprendentemente, los descuentos y bonificaciones, excepto los descuentos por pronto pago y por volumen de compra cuando se ha mostrado que las bonificaciones a genéricos son una práctica habitual en el sector que, a su vez, pone de manifiesto el exceso de precio que se está pagando por los medicamentos genéricos. En este sentido, la Ley 29/2006 adopta el comportamiento del avestruz de esconder la cabeza bajo tierra ya que, a nuestro entender, la única manera posible de conseguir que estos ahorros se trasladen en forma de menores costes para las arcas públicas y para los bolsillos de los pacientes es «no matar la gallina de los huevos de oro», es decir, no prohibir la competencia implícita entre laboratorios genéricos para así ayudar a que ésta se traslade hasta el final de la cadena del medicamento¹⁴. Por ello, los reguladores del

¹⁴ En Holanda, en febrero de 2004, se firmó un convenio entre el Ministerio de Sanidad (VWS), la Asociación de Aseguradoras (ZN), la Asociación de Farmacéuticos (KNMP) y la Asociación de

mercado farmacéutico y los gestores de la prestación farmacéutica deberían alejarse de aquellas intervenciones basadas en precios y costes y adoptar políticas y regulaciones «con incentivos».

El concepto de «regulación con incentivos» no es nuevo sino que se aplica con éxito en numerosos servicios públicos y de interés general sometidos a regulaciones de precios. De hecho, el *National Health Service* (NHS) británico utiliza una política de este tipo para fijar la remuneración de las oficinas de farmacia que prestan los servicios esenciales. Las negociaciones de esta remuneración se realizan por periodos plurianuales y en cada negociación se acuerda cuál es el descuento que los laboratorios harán a las oficinas de farmacia y que el NHS recuperará en forma de menores márgenes brutos de dispensación. Como en un sistema de regulación de precios de *revenue sharing*, el NHS no puede reclamar a posteriori más aportaciones de los farmacéuticos si los descuentos superan las previsiones.

En este sentido, sería recomendable reformar la remuneración de los farmacéuticos a fin de que parte de los beneficios de la competencia que actualmente quedan en sus manos se canalice hacia la Administración pública sanitaria y los pacientes. El reforzamiento de la capacidad de concertación de los servicios autonómicos de salud con las oficinas de farmacia puede permitir la canalización de parte de los ahorros que genera la competencia sin eliminar los incentivos de los laboratorios y farmacéuticos a competir para ofrecer descuentos y mejor calidad de la prestación farmacéutica pública, tal como lo hacen las «regulaciones con incentivos» que se aplican en otros sectores regulados (SAPPINGTON, 1994).

BIBLIOGRAFÍA

- AGHION, P., y P. BOLTON (1987), «Contracts as a barrier to entry», *American Economic Review*, 77, pp. 388-401.
- ARMSTRONG, M., y VICKERS, J. (1993), «Price discrimination, competition and regulation», *Journal of Industrial Organization*, 41 (4), pp. 335 y ss.
- BORRELL, J. R., y MERINO-CASTELLÓ, A., «Efectos perversos de la regulación farmacéutica en España: ¿hasta dónde se traslada la competencia?», *Gaceta Sanitaria*, 2006, vol. 20, núm. Supl. 2, pp. 41-50.
- COSTA-FONT, J., y PUIG-JUNOY, J., «The pharmaceutical market regulation in Spain: is drug cost-containment under question?», *Journal of Pharmaceuticals Finance, Economics and Policy*, 2005, 13, pp. 33-49.
- GRAU-ARNAU, S., y MERINO-CASTELLÓ, A., «Sentencia Altadis: elemento intencional en el test de precios predatorios», *Anuario de la Competencia 2004*, Fundación ICO.
- MOTTA, M. (2004), *Competition Policy. Theory and Practice*, Cambridge University Press.

- NONELL, R., y BORRELL, J. R., «Mercado de Medicamentos en España. Diseño Institucional de la Regulación y de la Provisión Pública», *Papeles de Economía Española*, 1998, 76, pp. 113-131.
- «Public Demand for Medicines, Price Regulation and Government-Industry Relationship in Spain», *Environment and Planning C: Government and Policy*, 2001; 19(1), pp. 119-34.
- PUIG-JUNOY, J., «Incentives and pharmaceutical reimbursement reforms in Spain», *Health Policy* 2004b; 67, pp. 149-165.
- Los medicamentos genéricos pagan el precio de ser referencia. *Revista de Administración Sanitaria* 2004a; 2, pp. 35-59.
- SAPPINGTON, D. E. M. (1994), «Designing Incentive Regulation», *Review of Industrial Organization*, 9(3), pp. 245-72.