

EVALUACIÓN DE IMPACTO DE LAS RECOMENDACIONES EMITIDAS EN LOS ESTUDIOS SOBRE LOS MERCADOS DE DISTRIBUCIÓN MAYORISTA Y MINORISTA DE MEDICAMENTOS

EI/02/2025

Colección Estudios de Mercado
EI/02/2025
ISSN: 2792-5919
7 de abril de 2026

www.cnmc.es

La Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia (CNMC) elabora la Colección Estudios de Mercado, utilizando una óptica de promoción de la competencia y de buena regulación, con la finalidad de emitir recomendaciones, no vinculantes, a Administraciones Públicas o a otros agentes con el objetivo de garantizar, preservar y promover el correcto funcionamiento, la transparencia y la existencia de una competencia efectiva en todos los mercados y sectores productivos, en beneficio de los consumidores y usuarios.

La CNMC difunde los estudios de mercado que componen la colección a través de su página web oficial: <https://www.cnmc.es/impulsamos-la-competencia/estudios-y-evaluacion-expost/estudios-de-mercado> o repositorio web CNMC.

Se permite la reproducción solo si se cita la fuente.

ISSN: 2792-5919

Colección Estudios de Mercado

Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia

Estudio de impacto de las recomendaciones emitidas en los estudios sobre los mercados de distribución mayorista y minorista de medicamentos

EI/02/2025

<https://www.cnmc.es/expedientes/ei022025>

Estudio de impacto de las recomendaciones emitidas en los estudios sobre los mercados de distribución mayorista y minorista de medicamentos

EI/02/2025

RESUMEN

Este informe evalúa las recomendaciones del Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España (E/CNMC/003/15) y el Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos (E/CNMC/002/17). La adopción de estas recomendaciones reportaría importantes beneficios en términos de mejor acceso a servicios farmacéuticos y medicamentos, precios más competitivos y mayor calidad e innovación en el sector, todo ello en beneficio de los pacientes, de la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y del bienestar de la ciudadanía. El grado de seguimiento de las recomendaciones de la CNMC en el ámbito mayorista, de aprobarse las reformas normativas en marcha, sería elevado. Se estima que su introducción podría ahorrar unos 1.800 millones de euros anuales en gasto farmacéutico en un escenario de aumento moderado de la competencia. En el ámbito minorista, el grado de seguimiento de las recomendaciones es bajo. A partir de la experiencia de Navarra, se estima que reducir restricciones a la apertura de farmacias podría crear, al cabo de 10 años, en torno a 20.000 farmacias nuevas y 45.000 nuevos puestos de trabajo, en su mayoría cualificados.

PALABRAS CLAVE: regulación; competencia; medicamentos; sistema nacional de salud.

CÓDIGOS JEL: H4; H51; I11; I18; K2; K32

ÍNDICE DE CONTENIDO

| | |
|--|------------|
| RESUMEN EJECUTIVO..... | 9 |
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 13 |
| 2. EVALUACIÓN DE LAS ACTUACIONES | 16 |
| 2.1. Relevancia..... | 16 |
| 2.1.1. Descripción jurídico-económica del sector | 16 |
| 2.1.2. Restricciones identificadas en las actuaciones y recomendaciones | 41 |
| 2.2. Coherencia y Efectividad del Estudio | 50 |
| 2.2.1. Coherencia..... | 50 |
| 2.2.2. Eficacia | 54 |
| 3. EVALUACIÓN DE IMPACTO | 57 |
| 3.1. Evaluación de cumplimiento..... | 57 |
| 3.1.1. Cumplimiento de las recomendaciones sobre distribución mayorista..... | 57 |
| 3.1.2. Cumplimiento de las recomendaciones sobre distribución minorista..... | 72 |
| 3.2. Evaluación de efectos | 83 |
| 3.3. Efectos potenciales de las recomendaciones del estudio de distribución mayorista..... | 83 |
| 3.3.1. Recomendaciones relacionadas con los medicamentos innovadores | 83 |
| 3.3.2. Recomendaciones relacionadas con los medicamentos en competencia . | 85 |
| 3.3.3. Recomendaciones relacionadas con la retribución del canal mayorista.... | 89 |
| 3.3.4. Recomendación relativa a los medicamentos desfinanciados | 90 |
| 3.3.5. Recomendación sobre la integración vertical..... | 90 |
| 3.4. Efectos potenciales de las recomendaciones del estudio de distribución minorista | 94 |
| 3.4.1. Recomendación relativa al acceso al mercado | 94 |
| 3.4.2. Recomendación sobre ejercicio de actividad | 104 |
| 3.4.3. Recomendaciones relativas a la propiedad..... | 108 |
| 3.4.4. Recomendaciones en materia de retribución de las oficinas de farmacia | 110 |
| 3.4.5. Recomendaciones relativas a las condiciones de ejercicio..... | 111 |
| 3.4.6. Recomendaciones sobre requisitos exigibles a los farmacéuticos | 113 |
| 3.4.7. Otras recomendaciones..... | 118 |
| 3.5. Efectos sobre la economía general | 121 |

| | |
|--|------------|
| 4. CONCLUSIONES..... | 122 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 127 |
| ÍNDICE DE SIGLAS | 135 |
| ANEXO 1. LEYES AUTONÓMICAS DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA . | 136 |
| ANEXO 2: LISTADO DE RESTRICCIONES DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DE LA OCDE ADAPTADA A LA ACTIVIDAD DE LA CNMC..... | 137 |
| ANEXO 3: Artículos de investigación que referencian los Estudios de la CNMC..... | 138 |

ÍNDICE DE GRÁFICOS

| | |
|---|-----|
| Gráfico 1 Gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS dispensadas en oficinas de farmacia (CCAA, INGESA y mutualidades)..... | 23 |
| Gráfico 2 Evolución del consumo de medicamentos genéricos financiados por el SNS. | 25 |
| Gráfico 3 Peso de los medicamentos genéricos reembolsados por los esquemas de financiación pública en varios países del entorno europeo. Porcentaje en número de envases e importe. Año 2023. | 26 |
| Gráfico 4 Evolución PVP-IVA medio de los medicamentos financiados por el SNS dispensados en farmacia..... | 31 |
| Gráfico 5 Indicador de barreras regulatorias en la distribución minorista de medicamentos para países OCDE, años 2023-2024..... | 47 |
| Gráfico 6 Evolución del número de farmacias, 1990-2024 (en número índice, año 2000=100)..... | 95 |
| Gráfico 7 Tasa de variación semestral en el número de oficinas de farmacia..... | 96 |
| Gráfico 8 Evolución del número de farmacéuticos por farmacia en Navarra y en el conjunto de España (2010-2024)..... | 100 |
| Gráfico 9 Evolución del número total de farmacéuticos, 2000-2024 (en número índice, año 2000 = 100)..... | 100 |
| Gráfico 10 Gasto farmacéutico por habitante en las CCAA (CCAA, INGESA y mutualidades) | 102 |
| Gráfico 11 Hospitalizaciones no quirúrgicas sobre el total de hospitalizaciones y número de farmacias por 100.000 habitantes (Variación 2000-2003) | 103 |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|---|----|
| Tabla 1 Principales datos de la industria de fabricación farmacéutica | 19 |
| Tabla 2 Evolución del gasto público en productos sanitarios y farmacéuticos por componentes (2014-2024)..... | 24 |
| Tabla 3 Principales cifras del gasto farmacéutico del SNS en 2024 | 32 |
| Tabla 4 Cuota de mercado de entidades de distribución farmacéutica | 34 |
| Tabla 5 Principales cifras de las oficinas de farmacia en España en 2024 | 36 |
| Tabla 6 Resumen de la regulación autonómica de la localización de las oficinas de farmacia | 39 |

| | |
|---|-----|
| Tabla 7 Número de farmacias y habitantes por farmacia en las diferentes CCAA en 2024..... | 40 |
| Tabla 8 Detalle del cuestionario de la OCDE para evaluar las restricciones de la venta minorista de medicamentos y la puntuación obtenida por España | 46 |
| Tabla 9 Recomendaciones del estudio sobre distribución mayorista de medicamentos | 48 |
| Tabla 10 Recomendaciones del estudio sobre distribución minorista de medicamentos | 49 |
| Tabla 11 Referencias a los Estudios de distribución de medicamentos en Informes de Proyectos Normativos (IPN) | 52 |
| Tabla 12 Resumen sobre el grado de seguimiento de las recomendaciones del Estudio de distribución mayorista | 69 |
| Tabla 13 Regulación sobre la publicidad de las oficinas de farmacia en las CCAA | 78 |
| Tabla 14 Resumen sobre el grado de seguimiento de las recomendaciones del Estudio de distribución minorista | 81 |
| Tabla 15 Estimación del gasto farmacéutico derivado de un aumento de la cuota de genéricos (millones de euros)..... | 88 |
| Tabla 16 Resumen de los efectos potenciales de implementar las recomendaciones del Estudio de distribución mayorista de la CNMC | 92 |
| Tabla 17 Distribución de farmacias en el territorio (2024) | 98 |
| Tabla 18 Detalle de la estimación del beneficio del consumidor derivado de la liberalización de la venta de medicamentos por internet | 107 |
| Tabla 19 Resumen de las reformas sobre la propiedad de las farmacias operadas en países nórdicos y Estonia | 108 |
| Tabla 20 Estimación de retribución anual por horas de guardia..... | 115 |
| Tabla 21 Estimación sueldo anual de un farmacéutico facultativo | 115 |
| Tabla 22 Estimación del coste de oportunidad anual de ser farmacéutico facultativo en lugar de titular de la farmacia para beneficio neto de la farmacia | 116 |
| Tabla 23 Estimación del coste agregado por colegiación de los farmacéuticos ejercientes en oficinas de farmacia (2024) | 117 |
| Tabla 24 Resumen de los efectos potenciales de implementar las recomendaciones del Estudio de distribución minorista..... | 119 |
| Tabla 25 Leyes de ordenación farmacéutica de las CCAA | 136 |

Tabla 26 Restricciones de la Guía de Evaluación de la competencia de la OCDE adaptada a la actividad de la CNMC..... 137

Tabla 27 Listado de artículos que referencian los Estudios de la CNMC (E/CNMC/003/15 y E/CNMC/002/17)..... 138

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1 Estructura de la cadena de distribución de medicamentos en España y objeto de análisis de los estudios de la CNMC 14

Ilustración 2 Estructura de la cadena de distribución de medicamentos (2012) 16

Ilustración 3 Clasificación de medicamentos de uso humano según diferentes criterios 20

Ilustración 4 Clasificación de los tipos de financiación..... 28

RESUMEN EJECUTIVO

Este informe evalúa el impacto de las recomendaciones contenidas en dos Estudios de la CNMC: el Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España ([E/CNMC/003/15](#)) y el Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos ([E/CNMC/002/17](#)), que fueron publicados en 2015 y 2022, respectivamente.

La distribución mayorista y minorista de medicamentos reviste una especial importancia, debido a su influencia sobre un aspecto tan esencial como la salud individual y colectiva de los ciudadanos. A modo de referencia, en el ámbito de la distribución minorista, existen más de 22.000 farmacias, que en media ocupan a 4,6 trabajadores (2,5 farmacéuticos) y facturan 1,1 millones de euros anuales. Se trata, además, de un sector muy relevante en términos económicos por su alto valor añadido, por aportar gran número de empleos cualificados y por su elevada intensidad innovadora.

Por otra parte, el consumo de medicamentos impacta de manera significativa en las cuentas públicas y en la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud (SNS), quien realizó en 2024 un gasto en medicamentos dispensados en farmacia de 13.865 millones de euros, manteniendo la tendencia alcista de los últimos años. Además, en este ámbito pueden surgir problemas de información u otros fallos de mercado que causen riesgos y perjuicios muy relevantes a los pacientes.

Todo ello ha llevado a que el sector esté sometido a una profunda intervención pública. Las limitaciones a la actividad de distribución de medicamentos fueron analizadas desde el punto de vista de la competencia y la regulación económica eficiente por la CNMC en sus Estudios sobre distribución minorista y mayorista.

Teniendo siempre presente la necesidad de proteger la salud pública, la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y su acceso por parte de toda la población, **la CNMC identificó en estos estudios un conjunto de aspectos sobre los que habría margen de mejora para fomentar un funcionamiento más eficiente y competitivo de este sector.** En consecuencia, la CNMC realizó **recomendaciones** orientadas a: i) en el ámbito minorista, flexibilizar las restricciones relacionadas con la propiedad de las oficinas de farmacia, el acceso a la actividad, así como su ejercicio; ii) en el ámbito mayorista, reforzar la evaluación farmacoeconómica de los medicamentos innovadores (con patente), impulsar la competencia en los medicamentos no sometidos a patente a través de cambios en el sistema de precios de referencia, políticas de prescripción y dispensación y otras medidas, y revisar la

retribución de los mayoristas y minoristas para vincularla en mayor medida a la calidad del servicio prestado, entre otras.

El Informe de la CNMC sobre el Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios concluyó que parte de las recomendaciones realizadas previamente por la CNMC habrían sido tenidas en cuenta en el Anteproyecto, si bien se halla pendiente de aprobación a fecha de redacción del presente documento. Las medidas que plantea el Anteproyecto reforzarían la evaluación de tecnologías sanitarias. También promoverían una mayor competencia cuando los medicamentos han dejado de estar protegidos por patente. Finalmente, la eliminación que plantea del control de los precios de los medicamentos que han dejado de ser financiados por el SNS les permitiría competir en igualdad de condiciones con otros medicamentos que nunca fueron incluidos en la cartera farmacéutica del sistema público.

No obstante, ni en el Anteproyecto ni en otras normas se habrían tenido en cuenta de momento otras recomendaciones, como aquellas orientadas a vincular la retribución de la distribución mayorista a la calidad de los servicios, en lugar de al precio de los medicamentos, y la adopción de un sistema de retorno (*clawback*) que permita que los descuentos existentes en la cadena de distribución reviertan en menores costes para el SNS. En todo caso, el APL incorpora reformas muy relevantes que, de entrar en vigor, redundarían en importantes mejoras para la competencia y el buen funcionamiento de la distribución mayorista, en beneficio de los pacientes, de la sostenibilidad del SNS y de la economía española.

En el ámbito de la distribución minorista, el grado de seguimiento de las recomendaciones de la CNMC es bajo. A nivel nacional, se mantiene la reserva de venta en farmacia de los medicamentos, así como las limitaciones actualmente existentes para la venta a través de web y para los descuentos aplicables a los medicamentos no sujetos a prescripción médica. No se prevén modificaciones normativas para flexibilizar las reglas de propiedad de las farmacias que las restringen a los farmacéuticos e impiden la integración horizontal y vertical de las oficinas de farmacia. Sin embargo, el APL de los medicamentos y productos sanitarios sí parece contemplar que la retribución de los servicios farmacéuticos no dependa exclusivamente del precio de los medicamentos dispensados, al considerar otras modalidades alternativas para ciertos productos, que habrán de ser definidas a nivel reglamentario.

Las CCAA tampoco estarían incorporando a su normativa las recomendaciones del Estudio sobre distribución minorista. En los últimos años, ninguna región ha modificado su legislación para flexibilizar el régimen de localización de farmacias, a pesar de los beneficios que esto supuso para Navarra tras una reforma aprobada en el año 2000. Tampoco ha habido cambios significativos en cuanto a los horarios de

apertura, la obligación de colegiación de los titulares de las farmacias y sus trabajadores o en la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos a la hora de intermediar el cobro de las recetas facturadas con cargo al SNS. Por el contrario, sí existe cierto seguimiento respecto a la mayor libertad de la publicidad de las oficinas de farmacia en algunas comunidades autónomas y en lo relativo a los criterios de concesión de las autorizaciones administrativas para las aperturas de las farmacias.

El seguimiento de las recomendaciones de los Estudios podría tener importantes beneficios para los operadores y los consumidores, y promover ahorros significativos para el SNS. A partir de la experiencia observada en otros países, este informe cuantifica algunos de ellos, lo cual ha de ser interpretado con prudencia teniendo en cuenta las inevitables limitaciones que conlleva toda estimación.

En concreto, en el ámbito mayorista:

- Las mejoras en la evaluación de las tecnologías sanitarias redundarían en un **mejor acceso** a los medicamentos innovadores y a una mejor gestión de los recursos públicos.
- La mayor tensión competitiva derivada de la penetración de genéricos y biosimilares y la mayor competencia en precios de estos con otros medicamentos no protegidos por patente aumentaría la capacidad de elección de los pacientes y podría llevar a una **reducción de los precios** de los medicamentos (50% observado en Noruega). Esto podría permitir importantes **ahorros en el gasto farmacéutico público y privado, de aproximadamente 1.802 M€ anuales** estimados para España, asumiendo un escenario razonable donde la cuota de genéricos aumenta hasta el 70%.
- Un *clawback* o **sistema de retorno** de los descuentos en la cadena de distribución también se traduciría en ahorros para el SNS.

En la distribución minorista:

- La adopción en toda España de un modelo de localización de farmacias similar al de Navarra favorecería significativamente el acceso a sus productos y servicios de la población. Se estima que podrían abrirse **casi 20.000 farmacias nuevas** al cabo de 10 años y tendría un impacto relevante sobre el empleo, con **45.000 nuevos puestos de trabajo** (de los cuales, casi 25.000 corresponderían a farmacéuticos y el resto a otro tipo de empleados). Este efecto se podría ver reforzado si se liberalizaran las normas relativas a la propiedad de las farmacias, que limitan la propiedad a los farmacéuticos e impiden la integración vertical y horizontal, como muestra la experiencia en los

países nórdicos. Esto podría fomentar un mejor acceso tanto a servicios farmacéuticos como a medicamentos y productos sanitarios, lo cual, a su vez, podría ayudar a reducir las visitas a urgencias contribuyendo, por tanto, a reducir el gasto sanitario total, como se ha observado en Italia.

- Permitir que los medicamentos sin receta puedan venderse en establecimientos diferentes a las oficinas de farmacia podría ayudar a **reducir los precios** debido a la mayor presión competitiva (en Lisboa, se observó una reducción entre un 4% y un 6% en las farmacias y un 20% en supermercados). Por otra parte, permitir su venta por internet podría ahorrar a cada ciudadano, según las estimaciones realizadas para España, 84 minutos al año en visitas a la farmacia.
- Se obtendrían mejoras de la calidad y cantidad de los servicios prestados por las oficinas de farmacia si su retribución estuviera vinculada a ellos, en lugar de a los precios de los medicamentos.
- Los farmacéuticos podrían competir en mejores condiciones si se eliminaran ciertos requisitos de concesión de las autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias y si se eliminara la obligación de colegiación obligatoria, cuyo coste agregado anual se estima en torno a 16 millones de euros al año para España.

En definitiva, la evaluación de impacto de los Estudios de distribución de medicamentos de la CNMC refuerza las conclusiones previas de la CNMC a partir de los beneficios potenciales de introducir las reformas procompetitivas propuestas en los citados Estudios.

1. INTRODUCCIÓN

El presente informe evalúa el impacto de dos estudios de mercado de la CNMC: el Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España ([E/CNMC/003/15](#)) y el Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos ([E/CNMC/002/17](#)), publicados en 2015 y 2022 respectivamente.

Esta evaluación se basa en la metodología elaborada por KPMG y VVA en el proyecto de análisis ex post de actuaciones de promoción de la competencia y unidad de mercado ([EI/01/2021](#)), financiado por la Unión Europea a través del Instrumento de Apoyo Técnico. La CNMC tiene el compromiso de analizar de forma ex post sus propias actuaciones de promoción de la competencia, realizando un análisis del grado de cumplimiento de las recomendaciones y de su potencial impacto, de cara a valorar el alcance de las propuestas y actuaciones de la CNMC.

La distribución mayorista y minorista de medicamentos es un sector con especial relevancia para el bienestar de la ciudadanía dada su influencia sobre la salud individual y colectiva. La industria farmacéutica tiene también un gran impacto en la economía, por su intensidad innovadora y por su fuerte peso en el gasto sanitario y en las cuentas públicas. La distribución de medicamentos es, además, un sector atípico y complejo, por el papel clave que juega el Sistema Nacional de Salud (SNS), en interacción con múltiples agentes privados, en la cadena de distribución (profesionales de la salud, laboratorios productores de medicamentos, distribuidores mayoristas y oficinas de farmacia, fundamentalmente).

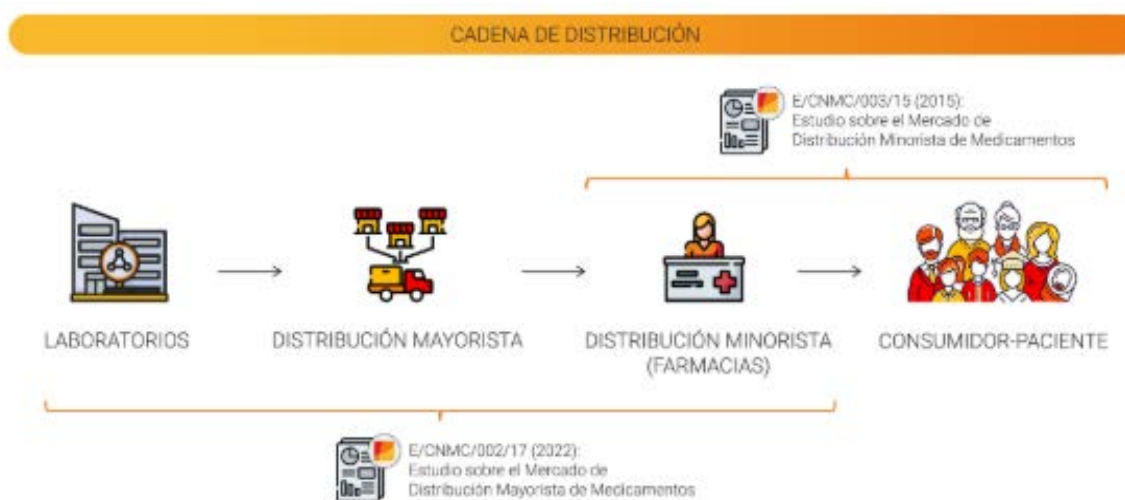
El sector está sometido a una profunda intervención pública, tanto en España como en otros países del entorno. Esta intervención suele justificarse por las implicaciones de la actividad sobre la salud pública (bien público esencial a proteger), por la existencia de diversos fallos de mercado y por el elevado impacto de la prestación farmacéutica en las cuentas públicas y en la sostenibilidad del SNS. Entre los fallos de mercado más destacados, cabe destacar la asimetría de información y los problemas de agencia y riesgo moral asociados, las externalidades sobre la salud, o la baja elasticidad de la demanda debido, entre otros factores, a la cofinanciación pública de muchos medicamentos.

En este contexto, la normativa española ha establecido a lo largo del tiempo una serie de limitaciones a la actividad de distribución de medicamentos, que fueron analizadas desde el punto de vista de la competencia efectiva y la regulación económica eficiente por la CNMC en sus estudios sobre distribución minorista y mayorista, respectivamente. Teniendo en cuenta la necesidad de garantizar la seguridad, calidad y eficacia de los medicamentos y su acceso por parte de toda la población, la CNMC

identificó en estos estudios un conjunto de restricciones que no estarían justificadas en términos de necesidad y proporcionalidad, lo que dio lugar a una serie de recomendaciones, entre las que destacan las siguientes.

- El Estudio sobre el mercado de distribución minorista, publicado en 2015, recomendó flexibilizar las restricciones relacionadas con la propiedad de las oficinas de farmacia, el acceso a la actividad, así como su ejercicio, en tanto que dañan de forma injustificada la competencia y por tanto, generan un perjuicio sobre los consumidores y pacientes.
- El Estudio sobre el mercado de distribución mayorista, publicado en 2022, identificó la necesidad de: (i) reforzar la evaluación farmacoeconómica de los medicamentos innovadores (con patente); (ii) impulsar la competencia en los medicamentos no sometidos a patente y (iii) revisar la retribución de los mayoristas y minoristas para vincularla en mayor medida a la calidad del servicio prestado.

Ilustración 1 Estructura de la cadena de distribución de medicamentos en España y objeto de análisis de los estudios de la CNMC



Fuente: CNMC.

Además de los dos estudios anteriores, la CNMC ha realizado diversos informes de proyectos normativos en el ámbito sanitario, entre los que destaca el reciente Informe sobre el Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios ([IPN/CNMC/006/25](#)), aprobado el 3 de junio de 2025. La propuesta normativa plantea una serie de modificaciones sobre el marco normativo vigente que, tal y como señala

el IPN, siguen la línea de varias de las recomendaciones realizadas en el Estudio sobre distribución mayorista (por ejemplo, la reforma del Sistema de Precios de Referencia, la prescripción por principio activo o la incorporación de la innovación y penetración en el mercado de genéricos y biosimilares). Igualmente, se identifican también algunos aspectos que podrían ser objeto de mejora, como el mantenimiento de la reserva de actividad de las oficinas de farmacia o las restricciones a la integración vertical, entre otros. Estos desarrollos, así como los que hayan podido llevar a cabo las CCAA, serán tenidos en cuenta en la presente evaluación para determinar en qué medida se han seguido las recomendaciones de promoción de la competencia contenidas en los estudios sobre la distribución minorista y mayorista de medicamentos.

El presente informe realiza un doble análisis¹. En primer lugar, la evaluación se centra en la actuación de la CNMC en sí misma, con una descripción de la relevancia del sector analizado y de la efectividad de los Estudios en cuanto a su capacidad de influir sobre los grupos de interés a los que va destinado. En segundo lugar, la evaluación adquiere una perspectiva más externa, analizando el grado de cumplimiento con las recomendaciones por parte de las administraciones públicas y los efectos potenciales sobre la economía.

¹ En línea con la metodología de evaluación de impacto desarrollada por KPMG y VVA en el proyecto de análisis ex post de actuaciones de promoción de la competencia y unidad de mercado ([EI/01/21](#)), financiado por la UE a través del Instrumento de Apoyo Técnico.

2. EVALUACIÓN DE LAS ACTUACIONES

2.1. Relevancia

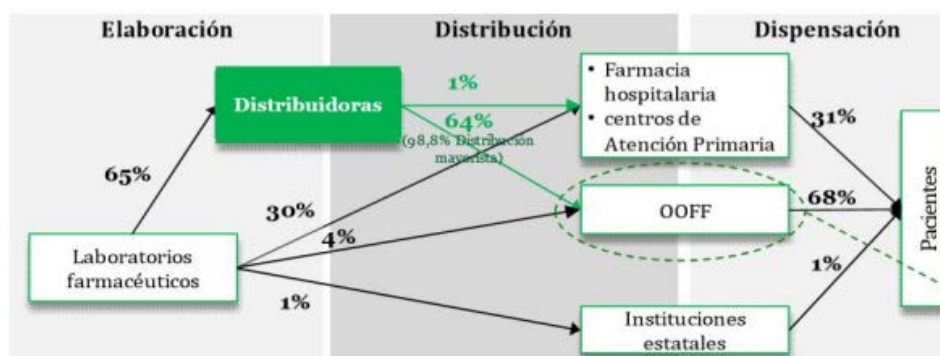
El presente informe comienza con una visión general del sector de la distribución de medicamentos y su importancia desde una perspectiva jurídica y económica, así como un resumen de las restricciones a la competencia identificadas en los Estudios.

2.1.1. Descripción jurídico-económica del sector

La siguiente ilustración representa, de forma esquemática, el flujo de distribución de productos farmacéuticos en España. Tal y como puede observarse en la Ilustración 2:

- Los laboratorios farmacéuticos venden aproximadamente dos terceras partes de los medicamentos que producen a almacenes de distribución mayorista. El tercio restante se distribuye principalmente a través de servicios de farmacia hospitalaria y centros de salud, si bien una pequeña parte es vendida por los laboratorios de forma directa a las oficinas de farmacia comunitarias, así como a otras instituciones estatales. A su vez, los almacenes de distribución revenden a las oficinas de farmacia y, de forma muy residual, a los hospitales².
- La dispensación final a los pacientes (distribución minorista) se realiza también en aproximadamente dos tercios por parte de las oficinas de farmacia comunitarias y en un tercio por los hospitales.

Ilustración 2 Estructura de la cadena de distribución de medicamentos (2012)



Fuente: FEDIFAR (2013). Nota: OOFF se refiere a "Oficinas de Farmacia".

² El Estudio de distribución mayorista no profundiza en el análisis del canal hospitalario, al centrarse en el mercado de comercialización y distribución de medicamentos de uso humano sujetos a prescripción médica y financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS) que son dispensados a través de oficinas de farmacia en España.

En todas estas fases existe una intensa regulación que determina el comportamiento de los agentes que intervienen y que es definida a nivel europeo, estatal y autonómico.

2.1.1.1. Marco general armonizado de la UE

Los requisitos de autorización para la comercialización de medicamentos y su vigilancia posterior están armonizados a nivel de la Unión Europea (UE). En concreto, la normativa básica para la autorización de medicamentos se recoge en la [Directiva 2001/83/CE](#), por la que se establece un código comunitario sobre medicamentos para uso humano³. El procedimiento de autorización está además regulado en el [Reglamento 726/2004](#), por el que se establecen procedimientos comunitarios para la autorización y el control de los medicamentos de uso humano y veterinario y por el que se crea la Agencia Europea de los Medicamentos (EMA, por sus siglas en inglés).

Existen diferentes vías para la obtención de la autorización, si bien las normas y los requisitos aplicables son idénticos a todas ellas.

- En primer lugar, el procedimiento centralizado europeo permite comercializar un medicamento basándose en una única evaluación realizada por la EMA. Una vez concedida, la autorización es válida en todos los Estados miembros de la UE.
- Sin embargo, la mayoría de los medicamentos comercializados en la UE son autorizados por las autoridades nacionales competentes, que en España es la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Esto se puede hacer a través de un procedimiento descentralizado, de manera que el laboratorio productor solicita la autorización en varios Estados miembros al mismo tiempo y las agencias nacionales la valoran de manera coordinada, obteniendo así una autorización idéntica en los territorios de competencia de dichas autoridades. Otra alternativa, conocida como “procedimiento de reconocimiento mutuo”, consiste en solicitar el reconocimiento de una autorización de un Estado miembro en otros Estados miembros, puesto que las normas son idénticas.

En España hay 15.983 medicamentos autorizados para su comercialización, que representan 2.642 principios activos en 33.150 presentaciones⁴. De los 1.253 nuevos

³ También se ha aprobado el Reglamento (UE) n°536/2014, sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano, y por el que se deroga la Directiva 2001/20/CE, así como otras normas para atender las particularidades de ciertos medicamentos.

⁴ Datos obtenidos de [Centro de información online de medicamentos de la AEMPS – CIMA](#). Acceso el 9 de febrero de 2026.

medicamentos autorizados en 2024 en España, el 25,5% se corresponde con medicamentos registrados en España provenientes de un procedimiento centralizado de la EMA, el 48,5% siguió los procedimientos descentralizados o de reconocimiento mutuo y el 26% restante siguió el procedimiento nacional con la AEMPS⁵.

Por su parte, los fabricantes, importadores y distribuidores de medicamentos de la UE deben ser autorizados antes de poder operar, siendo cada Estado miembro responsable de conceder las licencias para las actividades que tengan lugar en su territorio⁶.

En España había 174 plantas de producción en 2023 y operaron 371 empresas fabricantes de medicamentos que generaron un valor añadido directo a coste de los factores de más de 7.100 millones de euros⁷, lo que equivale al 3,6% del valor añadido de la industria manufacturera. No obstante, la contribución iría más allá, debido al impacto que esta actividad tiene en otros puntos de la cadena de valor.

Ese año el país exportó productos farmacéuticos por valor de 21,9 mil millones de euros, siendo la tercera exportación nacional por importe, mientras que el valor de los productos farmacéuticos importados ascendió a 24,8 mil millones de euros⁸.

En términos de empleo, el sector generó más de 270.000 puestos de trabajo (aproximadamente el 1,2% del empleo total en España), de los que más de 58.000 empleos fueron directos (en torno al 0,28% del total nacional y el 2,46% de la industria manufacturera)⁹. Se trata de empleo de alta calidad y cualificación¹⁰.

Se trata de un sector altamente productivo y con intensidad innovadora. En 2023, la productividad por trabajador fue de más de 122.000 euros al año, frente a la media de 89.000 euros en el conjunto del sector manufacturero¹¹. En cuanto a la innovación, en 2022 el volumen de inversión acumulado superaba los 1.400 millones de euros, el 18% de la inversión industrial de I+D en España.

⁵ AEMPS (2025).

⁶ Estas licencias nacionales se introducen en una base de datos europea (EudraGMDP) de acceso público, que es operada por la EMA (artículo 111 de la Directiva 2001/83/CE).

⁷ Datos obtenidos para el CNAE 21 de la "[Estadística estructural de las empresas: sector industrial. Año 2023](#)" (25 de marzo de 2025) del Instituto Nacional de Estadística (INE).

⁸ Ministerio de Sanidad y otros ministerios (2024).

⁹ El número total de ocupados en España al cierre de 2023 era de 21.389.700 personas según la Encuesta de población activa del INE, disponible [aquí](#).

¹⁰ Ministerio de Sanidad y otros ministerios (2024).

¹¹ [Estadística estructural de las empresas: sector industrial. Año 2023](#) (25 de marzo de 2025) del Instituto Nacional de Estadística (INE).

Tabla 1 Principales datos de la industria de fabricación farmacéutica

| | |
|---|---------|
| Plantas de producción | 174 |
| Nº de empresas | 371 |
| Valor añadido a coste de los factores (millones de €) | 7.109 |
| Empleos directos | 58.855 |
| Productividad por trabajador (€) | 122.720 |
| Exportaciones (millones de euros) | 21.900 |
| Importaciones (millones de euros) | 24.800 |
| I+D acumulada (millones de €) | 1.400 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos del INE y de Ministerio de Sanidad y otros ministerios (2024).

Finalmente, cabe mencionar que, en abril de 2023 la Comisión Europea lanzó una propuesta para la revisión del marco normativo armonizado, orientada a asegurar el acceso de la ciudadanía a medicamentos seguros, efectivos y asequibles y mejorar la seguridad en el abastecimiento, mantener un ambiente favorable a la innovación, entre otros objetivos¹². Se espera que el nuevo marco entre en funcionamiento próximamente, tras haber alcanzado los colegisladores europeos un acuerdo político en diciembre de 2025.

2.1.1.2. Marco nacional

A nivel nacional, una de las normas básicas que regulan el sector farmacéutico es la [Ley 14/1986](#), de 25 de abril, General de Sanidad. Establece la descentralización de las competencias sobre salud pública y asistencia sanitaria, incluida la prestación farmacéutica, e instaura el SNS, que está formado por el conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de las CCAA.

Otra norma básica es el [Texto Refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios](#) (en adelante, Texto Refundido)¹³. Regula, en el ámbito de las competencias del Estado, los medicamentos y productos sanitarios, el conjunto de actividades de la cadena del medicamento, así como la actuación de los agentes sanitarios y económicos implicados en estas actividades.

A continuación, se describen en mayor detalle diferentes aspectos del mercado de medicamentos a nivel nacional, relacionados con los medicamentos, sus precios, el sistema de distribución mayorista y el minorista. Estos subapartados abordan la caracterización jurídica y económica de estas cuestiones, sintetizando algunos de los

¹² Más información [aquí](#).

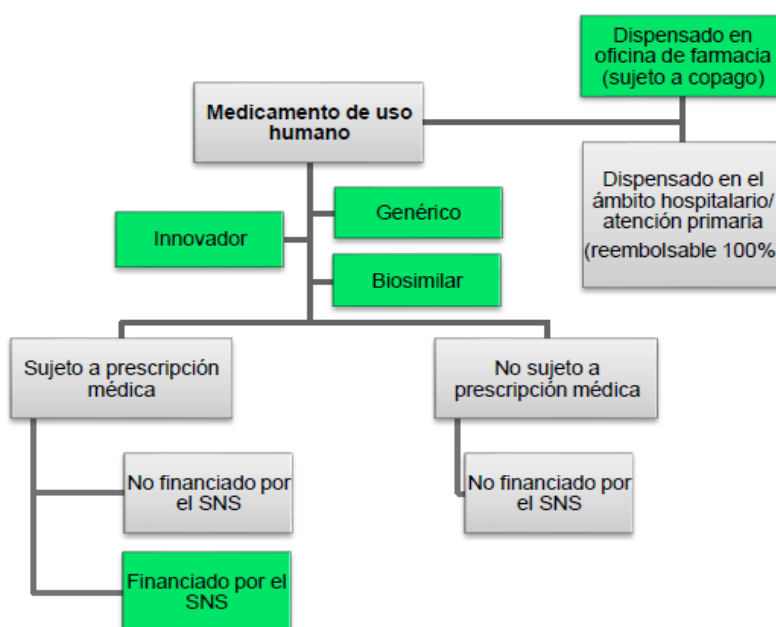
¹³ Aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio.

hallazgos de los estudios objeto de análisis y, en algunos casos, aportando información actualizada de otras fuentes.

2.1.1.2.1. Clasificación de los medicamentos

Los medicamentos¹⁴ de uso humano se pueden clasificar de diferentes formas, en función del tipo de prescripción, financiación y dispensación, como se muestra en el gráfico siguiente, donde se marcan en color verde los ámbitos concretos donde se centró el análisis de la CNMC.

Ilustración 3 Clasificación de medicamentos de uso humano según diferentes criterios



*Fuente: CNMC (2022), Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos.
Nota: Las categorías de los recuadros verdes se refieren a los medicamentos que se analizaron en el Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos.*

¹⁴ De acuerdo con el artículo 2 del Texto Refundido, los medicamentos de uso humano son aquellas sustancias o combinación de sustancias que posee propiedades para el tratamiento o prevención de enfermedades en seres humanos o que pueden restaurar, corregir o modificar las funciones fisiológicas ejerciendo una acción farmacológica, inmunológica o metabólica, o de establecer un diagnóstico médico.

Los medicamentos pueden estar sujetos a prescripción médica o ser de libre dispensación en farmacias ¹⁵.

- Por sus características, los medicamentos y productos sanitarios sujetos a prescripción médica están fuertemente regulados en España en aspectos como su publicidad y comercialización. Así, se prohíbe totalmente la venta por correspondencia y por procedimientos telemáticos y se prohíbe hacer publicidad.
- Por el contrario, los medicamentos no sujetos a prescripción médica pueden ser objeto de publicidad y pueden ser comercializados al por menor a través de sitios web de oficinas de farmacia autorizadas que hayan efectuado la notificación de esta actividad, con la intervención de un farmacéutico y previo asesoramiento personalizado ¹⁶.

A diferencia del estudio sobre el mercado de distribución minorista de 2015, que se centraba en todos los medicamentos distribuidos por las oficinas de farmacia, el estudio de distribución mayorista de 2022 se enfocó principalmente en los sujetos a prescripción. En todo caso, estos últimos representan una parte mayoritaria del mercado. En 2024, el 89% de las unidades de medicamentos (envases) dispensadas en España a través de oficinas de farmacia correspondían a medicamentos sujetos a prescripción médica, lo que se corresponde con un 92% en términos de valor ¹⁷.

Otra manera de clasificar los medicamentos es según si están financiados o no por el SNS.

- Solo los medicamentos sujetos a prescripción médica son susceptibles de ser financiados públicamente. Para que un medicamento sea incluido en la prestación farmacéutica del SNS, su financiación debe considerarse necesaria

¹⁵ De acuerdo con el artículo 19.2 del Texto Refundido, estarán sujetos a prescripción médica cuando: (1) puedan presentar un peligro, directa o indirectamente, incluso en condiciones normales de uso, si se utilizan sin control médico; (2) se utilicen frecuentemente, y de forma muy considerable, en condiciones anormales de utilización, y ello pueda suponer, directa o indirectamente, un peligro para la salud; (3) contengan sustancias o preparados cuya actividad y/o reacciones adversas sea necesario estudiar más detalladamente o (4) se administren por vía parenteral (inyección).

¹⁶ Artículo 80 del Texto Refundido y [Real Decreto 870/2013](#), de 8 de noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica.

¹⁷ Farmaindustria (2025).

para cubrir las necesidades sanitarias básicas de la población española y deben considerarse una serie de criterios¹⁸.

De acuerdo con los datos del sector¹⁹ en 2023, el 97% de los envases (correspondientes al 95% del valor) de medicamentos sujetos a prescripción médica dispensados por las oficinas de farmacia contaban con financiación del SNS.

- Para la decisión de qué medicamentos son financiados por el SNS, así como para la determinación de su precio se tiene en cuenta la información disponible, entre la que destacan los informes de posicionamiento terapéutico (IPT), que son elaborados actualmente por la AEMPS²⁰. Los IPT aportan una visión objetiva acerca del conocimiento que existe sobre la efectividad, calidad y seguridad del medicamento, pudiendo incluir también una evaluación económica y de impacto presupuestario.

En 2024 se elaboraron 127 IPT, lo que muestra una tendencia creciente en los últimos tres años (122 en 2023 y 100 en 2022).

- Estas decisiones, junto con la actuación de los médicos prescriptores, determinan el gasto farmacéutico del SNS. Según el Ministerio de Sanidad, en 2024 este ascendió a 13.865 millones de euros, correspondientes a 1.200,3 millones de envases. El gasto farmacéutico por habitante a través de recetas médicas del SNS se situó en 285,2 euros en 2024. Desde 2013 el gasto por habitante se ha ido incrementando, superando en 2023 y en 2024 los valores de 2010²¹. Este progresivo aumento podría venir explicado, en parte, por el

¹⁸ La valoración la lleva a cabo la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (DGCYF) del Ministerio de Sanidad sobre la base de los criterios contenidos en el artículo 92 del Texto Refundido, relativos a la gravedad de las patologías para las que se indica el medicamento, las necesidades específicas de ciertos colectivos, el valor terapéutico y social del medicamento, la racionalización del gasto público, la existencia de alternativas para las mismas afecciones a menor precio y el grado de innovación.

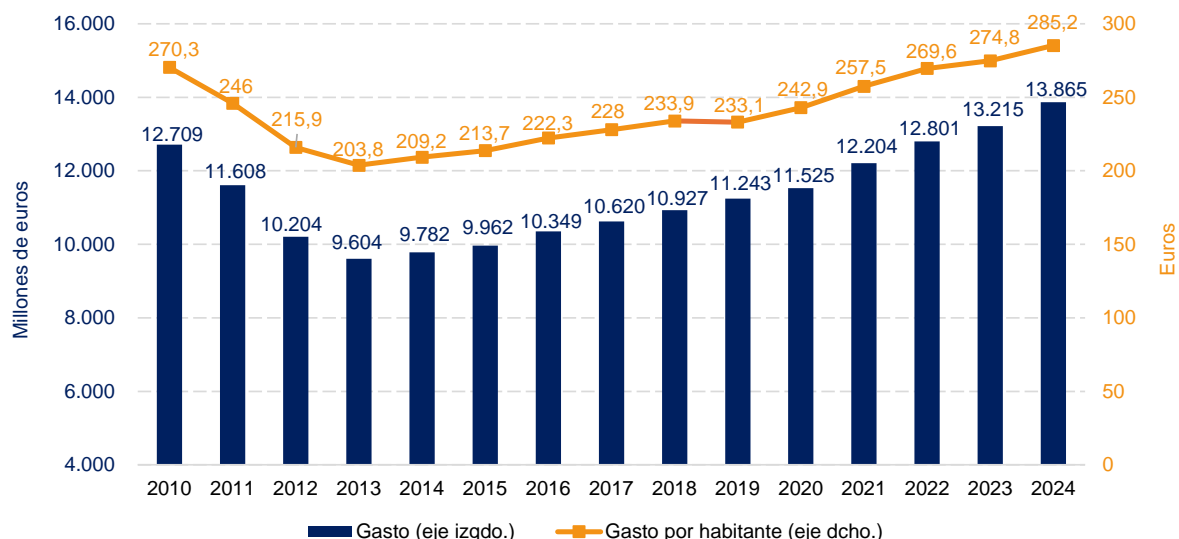
¹⁹ Farmaindustria (2025).

²⁰ En el momento de elaboración del estudio de distribución mayorista, los IPT eran elaborados por la Red de Evaluación de Medicamentos (REValMed SNS), de la que formaban parte la Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (DGCYF), la AEMPS y las CCAA. Esta estructura dejó de operar tras la declaración de nulidad de pleno derecho por parte de la Audiencia Nacional del “Plan para la Consolidación de los Informes de Posicionamiento Terapéutico de los Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud”, en el que se fundamentaba. El tribunal consideró que el contenido del Plan debía regularse en una norma con rango reglamentario, que el órgano que lo aprobó no era el competente y que el plan no se ceñía a la habilitación legal que permitía su desarrollo.

²¹ Ministerio de Sanidad (2024).

aumento de la esperanza de vida y de una demanda cada vez mayor de servicios de salud y cuidados de larga duración.

Gráfico 1 Gasto farmacéutico a través de la facturación de recetas médicas del SNS dispensadas en oficinas de farmacia (CCAA, INGESA y mutualidades).



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad (2024)²². Nota: gastos por habitantes basados en la población del padrón municipal a 1 de enero de cada año (INE).

El crecimiento del gasto farmacéutico público por productos dispensados en oficinas de farmacia en la última década ha sido, sin embargo, inferior al crecimiento del gasto público total. Esto se debe, sobre todo, a un mayor gasto en el ámbito hospitalario, como se puede ver en la siguiente tabla.

²² Sistema de información Alcántara: Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Tabla 2 Evolución del gasto público en productos sanitarios y farmacéuticos por componentes (2014-2024)

| | Año 2014 | | Año 2024 | | Variación 2014-2024 |
|---|--------------|---------------|--------------|---------------|---------------------|
| | Importe (M€) | % sobre total | Importe (M€) | % sobre total | |
| Gasto farmacéutico hospitalario | 5.165 | 27,4% | 10.688 | 33,4% | 106,9% |
| Gasto en productos farmacéuticos y sanitarios por recetas médicas u orden de dispensación | 9.877 | 52,4% | 14.136 | 44,2% | 43,1% |
| Gasto en productos sanitarios sin receta médica u orden de dispensación | 3.793 | 20,1% | 7.145 | 22,3% | 88,4% |
| Total Gasto en productos farmacéuticos y sanitarios | 18.835 | 100,0% | 31.969 | 100,0% | 69,7% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Hacienda²³.

Se observa, por tanto, que el gasto en productos farmacéuticos y sanitarios ha crecido de manera significativa en los últimos años, debido al aumento de la población de mayor edad que tiene mayores necesidades sanitarias, así como por la entrada de nuevos productos de precio elevado en el canal hospitalario²⁴.

Los medicamentos también se pueden clasificar en innovadores (protegidos por una patente), genéricos, biológicos y biosimilares²⁵.

- Los medicamentos **innovadores** se caracterizan por contener un principio activo nuevo y con el que se ha realizado una investigación y desarrollo completa, desde su síntesis química hasta su utilización clínica. La incorporación de estos medicamentos en la cartera de medicamentos financiados por el SNS, así como la fijación de su precio se analizan más adelante.

De acuerdo con los últimos datos disponibles, a 5 de enero de 2025, de los 173 medicamentos nuevos autorizados por la Comisión Europea entre 2020 y 2023, España tenía incorporados en la financiación pública un total de 123, frente a la media de la Unión Europea de 80 medicamentos. En términos de tiempo, los medicamentos tardan una media de 616 días (20 meses y medio)

²³ Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario. Disponible [aquí](#).

²⁴ Información contenida en la memoria de análisis de impacto normativo del anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios.

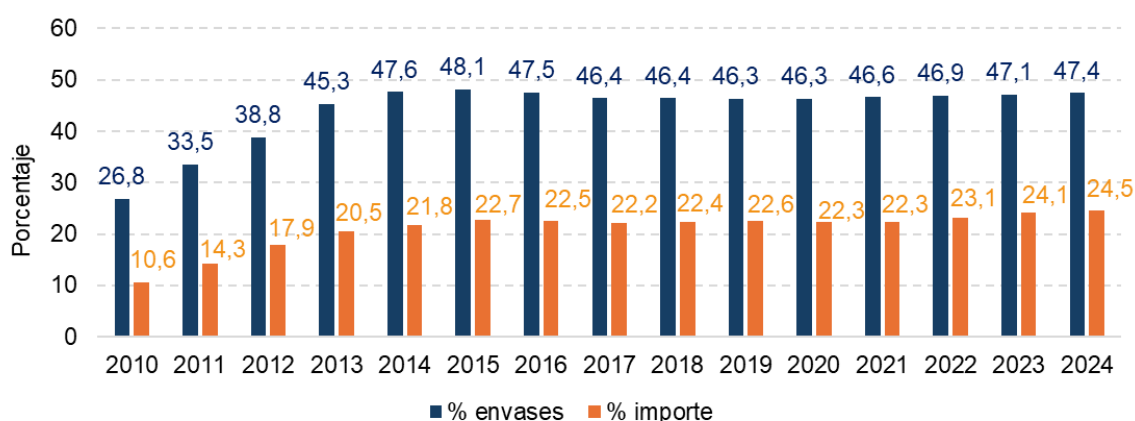
²⁵ Esta distinción no es formal, sino que se incluye para facilitar la comprensión en relación con la protección de la patente.

en incorporarse al sistema desde que se autoriza su comercialización²⁶, cuando la mediana de tiempo en la UE es de 578 días.

- Por su parte, los **genéricos** tienen la misma composición cualitativa y cuantitativa en principios activos y la misma forma farmacéutica y se comercializan una vez ha expirado la patente de los medicamentos innovadores.

En el ámbito del SNS los medicamentos genéricos supusieron el 47,4% del total de envases facturados y el 24,5% del importe, prácticamente el doble que en 2010 (26,8% y 10,6% respectivamente). En los hospitales, el consumo de genéricos fue del 30,9% de los envases y el 9% del importe.

Gráfico 2 Evolución del consumo de medicamentos genéricos financiados por el SNS.



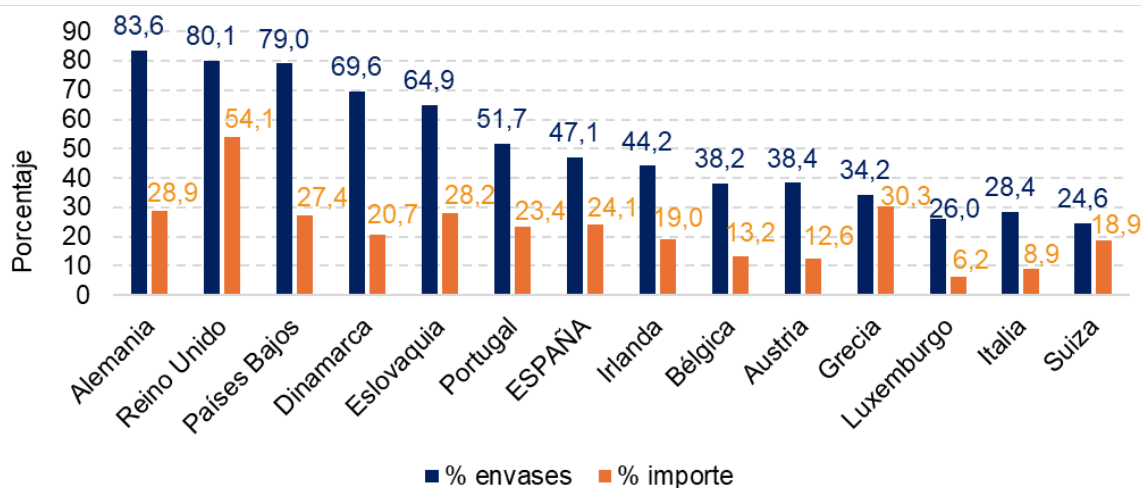
Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad (2024)²⁷.

En la comparación de los datos de consumo de medicamentos genéricos con los países de nuestro entorno para el año 2023, España se encuentra en una posición media.

²⁶ IQVIA (2025).

²⁷ Sistema de información Alcántara: Ficheros de recetas médicas.

Gráfico 3 Peso de los medicamentos genéricos reembolsados por los esquemas de financiación pública en varios países del entorno europeo. Porcentaje en número de envases e importe. Año 2023.



Fuente: elaboración propia a partir de OCDE (2025).

- Los medicamentos **biológicos** son aquellos que contienen uno o más principios activos producidos o derivados de una fuente biológica, ya sea humana, animal o de microorganismos. Puede estar protegido por patente o afrontar competencia de medicamentos biosimilares una vez que la patente expira.
- Finalmente, un medicamento **biosimilar** es una versión de un medicamento biológico original o de referencia frente al que ha demostrado biosimilitud a través de un ejercicio de comparabilidad, que evidencia que las leves diferencias fisicoquímicas y biológicas no afectan a la calidad, eficacia y seguridad. En julio de 2022, la EMA y las agencias nacionales de medicamentos emitieron una declaración conjunta en la que confirmaron que todos los medicamentos biosimilares aprobados en la UE son intercambiables con su medicamento de referencia (biológico), o con un biosimilar equivalente²⁸. No obstante, la sustituibilidad se sigue rigiendo por la normativa nacional, que en España²⁹ prevé que los medicamentos biológicos sean prescritos por su denominación comercial y sobre la base de su principio activo

²⁸ European Medicines Agency (2023).

²⁹ Orden SCO/2874/2007 de 28 de septiembre, por la que se establecen los medicamentos que constituyen excepción a la posible sustitución por el farmacéutico con arreglo al artículo 86.4 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

y el cambio de un medicamento biológico por uno biosimilar debe ser prescrito por el clínico bajo su responsabilidad.

La importancia de los biosimilares en el SNS ha ido creciendo con el tiempo, según han ido caducando las patentes de los medicamentos biológicos originales. Así, a finales de 2014 solo había biosimilares incluidos en 4 principios activos³⁰. En 2024, en contraste, había incluidos en la cartera de farmacia del SNS 368 presentaciones de biosimilares correspondientes a 20 principios activos³¹.

Por otra parte, habrá que diferenciar según el lugar en el que se dispensa el medicamento, bien en una oficina de farmacia, bien en el ámbito hospitalario, lo que suele ocurrir en el caso de medicamentos innovadores de alto coste e indicados para el tratamiento de enfermedades graves. Estos medicamentos dispensados en hospitales y centros de atención primaria son costeados al 100% por el SNS, mientras que los medicamentos con receta dispensados en oficinas de farmacia (ámbito de análisis de los estudios) están sujetos al denominado “copago farmacéutico”³², en el que el paciente abona un porcentaje del precio en función de su nivel de renta, salvo que pertenezca a uno de los colectivos exentos. Cuando se dispensan estos medicamentos, las oficinas de farmacia remiten a los servicios de salud de las CCAA la factura farmacéutica, a través de los colegios oficiales de farmacéuticos, para que el SNS proceda a su pago.

2.1.1.2.2. Precio de los medicamentos

La determinación de los precios de los medicamentos es un proceso altamente regulado en España, especialmente para aquellos financiados por el Sistema Nacional de Salud (SNS)³³. Existen diferentes formas de determinar el precio, en función del tipo de medicamento, como se indica en la siguiente ilustración.

³⁰ Ministerio de Sanidad (2014).

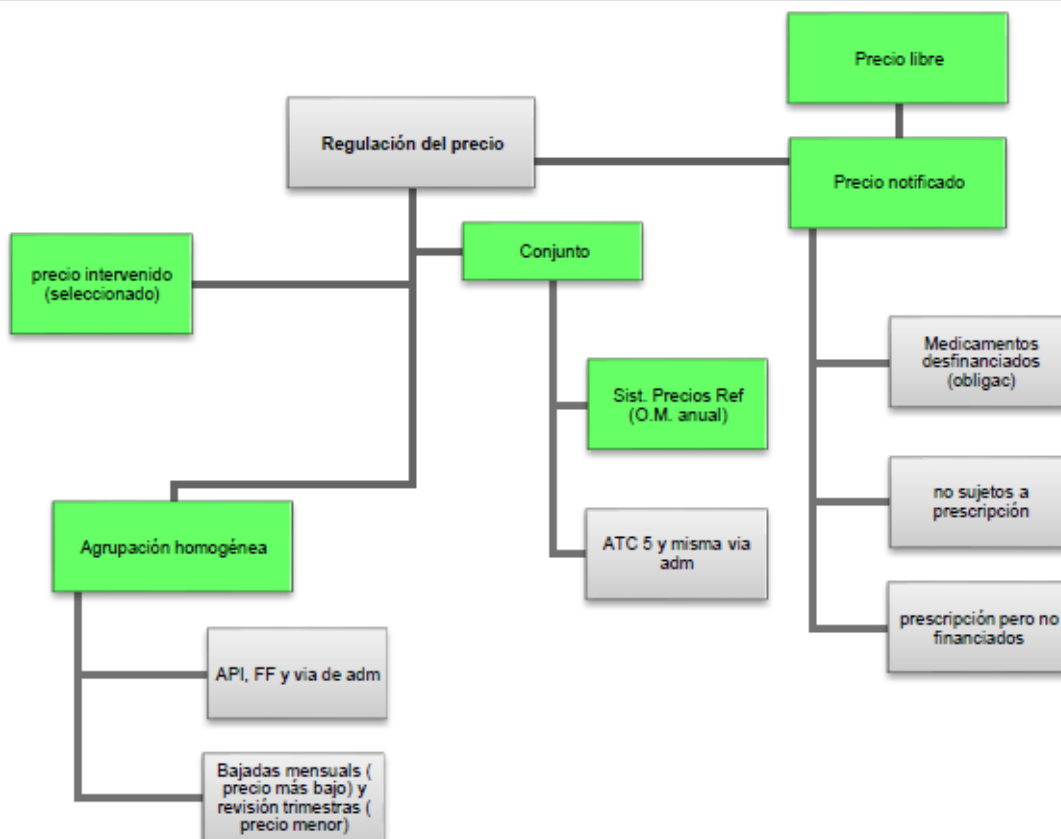
³¹ Según el Ministerio de Sanidad (2024), en el año 2024, en el ámbito hospitalario público, el consumo de biosimilares supuso 1.523 millones de euros, lo que representó el 11,9% del consumo total a Precio de Venta de Laboratorio (PVL) de todo tipo de medicamentos en hospitales y el 4,8% de los envases.

En las oficinas de farmacia había disponibles 5 principios activos, cuya facturación a PVL ascendió a 138,9 millones de euros, representando el 1,4% sobre el total a PVL de la facturación de medicamentos a través de recetas médicas del SNS y un 0,2% sobre los envases. No obstante, los datos del Ministerio de Sanidad muestran que el peso relativo de los biosimilares varía de manera sustancial en función del principio activo.

³² Artículo 102 del Texto Refundido.

³³ Artículo 94 del Texto Refundido.

Ilustración 4 Clasificación de los tipos de financiación



Fuente: CNMC (2022), Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos.

Nota: Las categorías de los recuadros verdes se refieren a los medicamentos que entran en el ámbito del Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos.

Dentro de los medicamentos financiados por el SNS, los medicamentos innovadores (protegidos por patente) se rigen por el **sistema general**:

- La Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos y Productos Sanitarios (CIPM)³⁴ determina el **precio de venta de laboratorio (PVL)** tras negociar con los laboratorios. La fijación del precio final se basa en criterios objetivos y en el mismo se tiene en cuenta la información contenida en los IPT.
- El **precio de venta al público (PVP)** se determinará sumando al PVL los márgenes correspondientes a la distribución mayorista y a la minorista, que también están regulados a nivel estatal y que se analizan en un apartado

³⁴ Órgano colegiado compuesto por representantes de los ministerios de Sanidad; Hacienda; Economía, Comercio y Empresa; Industria y Turismo, y de las CCAA. Más información [aquí](#).

posterior, así como el IVA. Este PVP, cuyo pago afronta el paciente y el SNS, no varía aunque se produzcan descuentos en la cadena de distribución.

Por otro lado, dentro de los medicamentos financiados por el SNS, los medicamentos sujetos a competencia (es decir, medicamentos originales que ya no están protegidos por la patente, genéricos y biosimilares) se rigen por el **sistema de precios de referencia**³⁵.

- Estos precios se aplican sobre los **conjuntos de referencia**, que están formados por todas las presentaciones de medicamentos incluidas en la prestación farmacéutica del SNS (originales, genéricos o biosimilares) que tengan el mismo principio activo (nivel 5 de la clasificación anatómico-terapéutica-química -ATC, por sus siglas en inglés- de la Organización Mundial de la Salud), así como la misma vía de administración.
- El **precio de referencia determina la cuantía máxima con la que se financian las presentaciones de medicamentos** incluidas en cada uno de los conjuntos de referencia que se prescriban y dispensen con cargo a fondos públicos. Se calcula como el coste por tratamiento y por día menor de las distintas presentaciones que forman parte del conjunto. De esta manera, cuando se crea el conjunto de referencia, por la entrada de los genéricos y biosimilares, los originales entran a competir con estos dentro de los conjuntos igualándose los precios máximos de financiación a través del precio de referencia. Tal y como se indicó en el Estudio de distribución mayorista (CNMC, 2022), a pesar de que no lo prevé la regulación, los genéricos suelen entrar al mercado con un precio un 40% inferior al que presentaba el medicamento original de referencia³⁶ y en torno a un 20-30% inferior en el caso de los biosimilares³⁷.
- **Los precios de referencia pueden bajar en la revisión que se hace anualmente, pero también por el sistema de agrupaciones homogéneas, que lo complementa.** Las agrupaciones homogéneas son grupos más estrechos de medicamentos, ya que las forman aquellos que tienen el mismo principio activo³⁸, dosis, contenido, forma farmacéutica y vía de

³⁵ Artículo 98 del Texto Refundido.

³⁶ Según el estudio estos datos provienen de Ministerio de Sanidad (2019) y Rovira et al. (2012).

³⁷ El estudio se basó en la información provista por la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (BioSim). Estudios más recientes, como Universidad Complutense de Madrid y otro (2024), apuntarían a un rango del 22% al 30%.

³⁸ Esto implica que los grupos se realizan para medicamentos que pertenecen al mismo nivel 5 en el sistema de codificación farmacológica ATC.

administración³⁹ y, por tanto, son sustituibles entre sí en el momento de la dispensación. Para las agrupaciones se define un “**precio menor**”, correspondiente al precio más bajo del grupo, que se revisa cada tres meses. Aquí pueden producirse caídas en los precios porque los laboratorios pueden comunicar una bajada voluntaria que, generalmente, se acaba convirtiendo en el precio menor por los incentivos de igualar a la baja que genera la regulación sobre la dispensación de medicamentos (la obligación legal que tiene el farmacéutico de dispensar el medicamento de menor precio cuando la prescripción se haya hecho por principio activo). Esta caída queda también reflejada en los precios de referencia cuando se produce la revisión anual.

Para los medicamentos no financiados por el SNS y no sujetos a prescripción rige el sistema de precios libres. Sin embargo, hay dos regímenes principales:

- **Medicamentos publicitarios (OTC):** el precio es libre pero **el precio que se fije se considera como precio máximo de venta al público**, sobre el que las oficinas de farmacia pueden aplicar descuentos de hasta el 10%⁴⁰.
- **Precios notificados:** los medicamentos que han sido excluidos de la prestación farmacéutica del SNS (desfinanciados) tienen la obligación de notificar su precio⁴¹ y sus variaciones al Ministerio de Sanidad, quien deberá resolver sobre su conformidad o disconformidad, basándose en razones de protección de la salud pública, igualdad de acceso a los medicamentos o lesión real o potencial de los intereses de colectivos desfavorecidos. La regulación no prevé un plazo determinado de sujeción a este régimen, por lo que se aplica de manera permanente. A este sistema pueden acogerse voluntariamente también los laboratorios que comercialicen medicamentos no sujetos a prescripción médica o los sujetos a prescripción médica, pero que no sean financiados por el SNS⁴².

La regulación vigente⁴³ prevé también un sistema de precios seleccionados que, sin embargo, no ha sido todavía puesto en práctica. Conforme a lo previsto en la normativa, el Ministerio de Sanidad propondría un precio máximo de financiación a los proveedores al que estos podrían adherirse o no, sin poder proponer un precio

³⁹ Artículo 8.1 del Real Decreto 177/2014.

⁴⁰ Artículo 4 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

⁴¹ Artículo 93 del Texto Refundido.

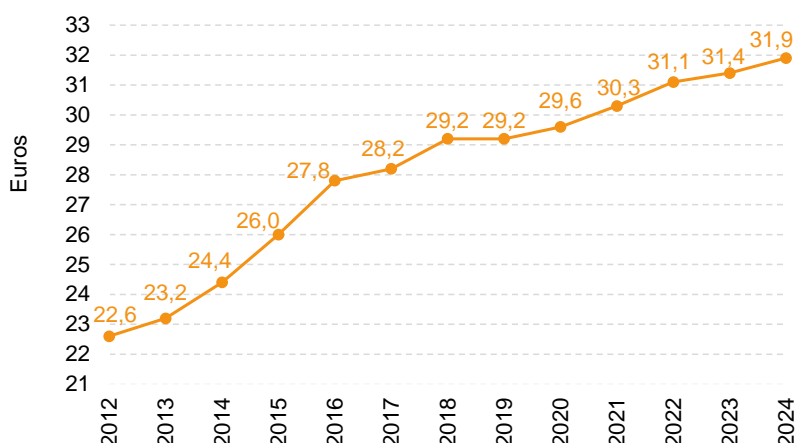
⁴² Artículo 94 del Texto Refundido.

⁴³ Artículo 99 del Texto Refundido.

inferior alternativo. En base a las comunicaciones de los operadores, el Ministerio propondría un precio máximo seleccionado que tendría que ser aprobado por la CIPM. Los medicamentos que superaran el precio máximo establecido y, por tanto, no fueran seleccionados, quedarían excluidos de la financiación del SNS durante el periodo de vigencia de dos años que tiene el precio seleccionado. Este sistema está previsto para los medicamentos financiados sujetos a precios de referencia bajo determinadas circunstancias⁴⁴ y a medicamentos no financiados por el SNS pero que puedan considerarse de interés para la salud pública.

Una vez explicada la regulación de los precios, procede mostrar cuál ha sido su evolución reciente. A diciembre de 2024 los medicamentos financiados por el SNS dispensables en oficinas de farmacia tuvieron un PVL medio (por envase) de 21,9 euros, que se corresponde con un PVP-IVA de 31,9 euros. Desde 2012 el precio medio a PVL ha aumentado de manera significativa, debido a la inclusión de medicamentos innovadores, que suelen tener un precio superior.

Gráfico 4 Evolución PVP-IVA medio de los medicamentos financiados por el SNS dispensados en farmacia



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad (2024). Nota: datos a diciembre de cada año.

En conclusión, los precios de los medicamentos están sometidos a una intensa regulación y en su determinación el SNS tiene un papel fundamental. A modo de

⁴⁴ Habrá de tenerse en cuenta el consumo del conjunto de referencia, el impacto presupuestario, la existencia de, al menos, tres medicamentos en el conjunto y que no se produzca riesgo de desabastecimiento.

resumen, se recogen a continuación las principales cifras del gasto farmacéutico del SNS en 2024.

Tabla 3 Principales cifras del gasto farmacéutico del SNS en 2024

| | |
|--|-----------------|
| Gasto SNS | 13.865 M€ |
| Gasto SNS por habitante | 285,2 |
| Presentaciones de medicamentos financiados por el SNS (absoluto y % sobre medicamentos autorizados) | 22.557 |
| | 68,4% |
| Consumo de genéricos financiados por el SNS (en farmacia) | 47,4% (envases) |
| | 24,5% (importe) |
| Consumo de biosimilares financiados por el SNS (en ámbito hospitalario) | 4,8% (envases) |
| | 11,9% (importe) |
| Precio medio de los medicamentos financiados por el SNS dispensados en farmacia | 21,9 (PVL) |
| | 31,9 (PVP-IVA) |

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Ministerio de Sanidad (2024).

2.1.1.2.3. Distribución mayorista

La distribución de medicamentos también es objeto de intensa regulación. En el ámbito mayorista, su función es la de suministrar a las oficinas de farmacia medicamentos, asegurando su calidad y un abastecimiento adecuado y continuado, de modo que estén cubiertas las necesidades de los pacientes⁴⁵, para lo que están sometidos a una serie de requisitos⁴⁶.

La distribución mayorista puede realizarse a través de diversas entidades:

- En primer lugar, los **almacenes**, que pueden ser almacenes mayoristas; almacenes por contrato, que son terceros con los que el laboratorio o un almacén mayorista suscribe un contrato para realizar determinadas actividades⁴⁷; o almacenes bajo control o vigilancia aduanera (ubicados en aduanas). Los almacenes deben obtener autorización previa de la Comunidad Autónoma donde estén domiciliados y deben comunicar sus actividades a las

⁴⁵ Artículo 67.2 del Texto Refundido y artículo 2.2 del Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre.

⁴⁶ Artículo 69 del Texto Refundido.

⁴⁷ Artículo 2 del Texto Refundido.

autoridades sanitarias del resto de CCAA donde realicen actividades de distribución⁴⁸.

- En segundo lugar, la distribución se puede llevar a cabo directamente por los **laboratorios**⁴⁹, sin necesidad de obtener una autorización específica como entidad de distribución⁵⁰.
- Existe también la figura del **intermediario de medicamentos** (bróker), quien simplemente actúa como negociador para la compraventa de medicamentos, pero sin venderlos o comprarlos y sin ser propietario de los medicamentos ni tener contacto físico con ellos⁵¹. Por este motivo, los *brókers* no requieren autorización, pero deben inscribirse en un registro de acceso público de la AEMPS antes de iniciar sus actividades.

En la actualidad, en España existen 381 almacenes farmacéuticos mayoristas, 204 almacenes por contrato y 11 almacenes de medicamentos bajo control o vigilancia aduanera (cada uno de ellos cuenta con su propia autorización de distribución, si bien una misma empresa puede contar con múltiples almacenes)⁵².

Por otra parte, en todas las instalaciones de distribución debe haber un director técnico farmacéutico, un licenciado o graduado en Farmacia, que ha de garantizar el cumplimiento de la normativa y las buenas prácticas de distribución que sean de aplicación⁵³.

Otro rasgo regulatorio esencial que determina la oferta en la distribución mayorista es la **prohibición de integración vertical entre las oficinas de farmacia y las entidades de distribución**⁵⁴, que tiene por objeto garantizar la independencia del farmacéutico, al que se impide compatibilizar su profesión con cualquier clase de intereses económicos en entidades de distribución, intermediación o laboratorios farmacéuticos. Como excepción a esta regla general, se permite a los farmacéuticos

⁴⁸ Las entidades de distribución también deben disponer de un certificado de cumplimiento de buenas prácticas emitido por la autoridad sanitaria competente y deben comunicar a la AEMPS el inicio de sus actividades, quien mantiene un catálogo público de entidades autorizadas (artículos 19 y 20 del Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre).

⁴⁹ Artículo 67.1 del Texto Refundido.

⁵⁰ No obstante, deben cumplir los apartados de las buenas prácticas de distribución de la Unión Europea que les sean aplicables (artículo 1.5 del Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre).

⁵¹ Artículo 71 del Texto Refundido.

⁵² Información obtenida del catálogo de entidades de distribución de AEMPS, disponible [aquí](#). Consultado el 14 de octubre de 2025.

⁵³ Artículos 5 y ss. del Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre.

⁵⁴ Artículo 4.2 del Texto Refundido.

participar en cooperativas siempre que estas: (1) tengan un número mínimo de participantes, (2) solo estén conformadas por farmacéuticos y (3) ya existieran antes de la entrada en vigor de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

Esta excepción ha llevado a que la distribución mayorista se concentre en España en cooperativas de farmacéuticos, que dominan el sector. Así, en 2024 el reparto del mercado es el siguiente de acuerdo con los datos del sector⁵⁵:

Tabla 4 Cuota de mercado de entidades de distribución farmacéutica

| Empresas | Cuota (%) |
|--|------------------|
| Cofares | 30,11% |
| Grupo Bidafarma | 26,86% |
| Hefame | 12,67% |
| Cencora España (antes Alliance Healthcare) | 10,89% |
| Grupo Unnefar | 10,10% |
| Federació Fca. (Fedefarma) | 7,44% |
| Otros independientes | 1,93% |
| Top 3 | 69,60% |
| Top 5 | 90,60% |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de IM Farmacias (2025). Estas cuotas se basan solo en las empresas incluidas en el ranking de IM Farmacias, cuya facturación total según esta fuente ascendió en 2024 a 14.159 millones de euros.

Adicionalmente, los distribuidores suelen ser de “gama completa”. Es decir, incluyen una amplia variedad de productos farmacéuticos, frente a otros más pequeños, generalmente de “gama reducida”, que no suelen estar integrados con oficinas de farmacia.

En cuanto a la **demanda**, el 93% de las oficinas de farmacia se suministra de dos o más distribuidores⁵⁶, aunque su titular sea socio de una cooperativa de distribución, con el objetivo de asegurar el aprovisionamiento en cualquier situación. Las farmacias independientes no pueden cubrir sus necesidades de suministro con almacenes independientes (porque habitualmente son de “gama reducida”), por lo que también suelen recurrir a las cooperativas⁵⁷.

⁵⁵ De las 6 entidades mencionadas expresamente, la única que no es una cooperativa es Cencora España.

⁵⁶ Aspime (2017).

⁵⁷ FEDIFAR (2013).

Finalmente, la regulación también determina los **márgenes** que obtienen los distribuidores mayoristas en función del precio de los medicamentos, estén o no financiados por el SNS⁵⁸. El margen aplicable es de un 7,6% del precio de venta del distribuidor si el PVL del medicamento es menor o igual que 91,63 € y en cuantía fija de 7,54 € si se supera ese umbral⁵⁹.

En la práctica, los márgenes efectivos de distribución mayorista pueden diferir de los establecidos por la regulación, en tanto los distribuidores pueden aplicar descuentos a las oficinas de farmacia (contra su propio margen) y pueden haberse beneficiado de descuentos de los laboratorios farmacéuticos (ganando margen). La regulación no contempla la posibilidad de trasladar, total o parcialmente, los descuentos realizados en el segmento mayorista de distribución a los pacientes-consumidores finales, salvo que se realicen por pronto pago o por volumen de compras, y siempre que no se incentive la compra de un producto frente al de sus competidores y queden reflejados en factura. En el caso de medicamentos financiados por el SNS, estos descuentos pueden aplicarse condicionados a que exista un registro mensual de los descuentos en las empresas titulares de los mismos y en las entidades de distribución, interconectado telemáticamente con el Ministerio de Sanidad, pero la CNMC no tiene constancia de que dicho registro exista, de modo que el Ministerio no parece contar con dicha información a su disposición⁶⁰.

2.1.1.2.4. Distribución minorista

El último tramo en la cadena del medicamento antes de su consumo lo constituye la distribución minorista, por la que los medicamentos son dispensados a los pacientes. Este tramo está dominado por las **oficinas de farmacia**, que vendrían a concentrar más de dos tercios de la distribución minorista⁶¹.

A cierre de 2024 había en España 22.231 oficinas de farmacia (una para cada 2.187 habitantes) en las que trabajaban, en media 2,5 farmacéuticos⁶². Cada una recibió un promedio de 789 visitas a la semana (17,5 millones de visitas en total semanal para España), permitiéndoles obtener una facturación media de 1.124.372 euros por farmacia. De esta facturación, la mayor parte se debió a ventas de medicamentos (70,3% de medicamentos sujetos a prescripción médica y 14,1% a

⁵⁸ Artículo 1 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

⁵⁹ Real Decreto 782/2013, de 11 de octubre.

⁶⁰ Artículo 4.6 del Texto Refundido.

⁶¹ FEDIFAR (2013).

⁶² Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (2025).

medicamentos de venta libre). El resto corresponde a ventas de productos sanitarios, cuidado personal y nutrición⁶³.

Tabla 5 Principales cifras de las oficinas de farmacia en España en 2024

| | |
|--|-----------|
| Total de farmacias en España | 22.231 |
| Habitantes por farmacia | 2.187 |
| Visitas promedio por farmacia por semana | 789 |
| Facturación promedio anual (€) | 1.124.372 |
| Facturación por medicamentos de prescripción (70,3%) | 790.434 |
| Facturación por medicamentos no sujetos a prescripción (14,1%) | 158.536 |
| Facturación por otros productos farmacéuticos (15,6%) | 175.402 |
| Número de farmacéuticos por farmacia | 2,5 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de CGCOF (2025) y Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (2025).

De acuerdo con la normativa estatal, las oficinas de farmacia en España son establecimientos sanitarios privados de interés público, sujetos a la planificación sanitaria que establezcan las Comunidades Autónomas, que deben prestar a la población una serie de servicios básicos, entre los que se encuentran la adquisición, custodia, conservación y dispensación de los productos farmacéuticos; la vigilancia, control y custodia de las recetas médicas dispensadas; la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales; información y seguimiento de los tratamientos farmacológicos a los pacientes, entre otros.

La normativa exige que la **propiedad y titularidad de las oficinas de farmacia** corresponda a farmacéuticos⁶⁴ y que cada uno de ellos no pueda ser propietario de más de una oficina (no se permite la integración horizontal)⁶⁵. Se prohíbe también tener intereses económicos relacionados con laboratorios farmacéuticos, intermediarios o distribuidores (salvo excepciones⁶⁶), con el objetivo de garantizar la

⁶³ Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (2025). Tal y como se indica en el documento, las cifras se basan en datos de IQVIA Sell-Out sobre una muestra de 7.000 farmacias, extrapolados a un universo de 22.311 oficinas de farmacia.

⁶⁴ Artículo 103.4 de la Ley General de Sanidad.

⁶⁵ Esta limitación no se prevé a nivel estatal, sino que se establece en algunas leyes de ordenación farmacéutica de las CCAA.

⁶⁶ La disposición transitoria segunda del Texto Refundido contempla que los farmacéuticos que formen parte o que entren a formar parte de cooperativas con un mínimo de 20 cooperativistas o de sociedades mercantiles con un mínimo de 100 accionistas o socios, conformadas en ambos casos exclusivamente por farmacéuticos y ya existentes a la entrada en vigor de la Ley 29/2006, de 26 de julio, pueden participar en estas. Esta participación será hasta la disolución o extinción de la cooperativa y siempre que no conlleve un posible conflicto de intereses.

independencia de los profesionales farmacéuticos (prohibición de integración vertical).

El **margen de distribución minorista** que perciben las oficinas de farmacia está regulado, al igual que el margen mayorista, y se establece en función del precio de los medicamentos que dispensan (por tramos de precios), sean o no financiados por el SNS. Sin embargo, los márgenes efectivos pueden diferir de los regulados:

- En primer lugar, los distribuidores pueden aplicar descuentos a las oficinas de farmacia (contra su propio margen) y las farmacias pueden adquirir los medicamentos mediante otras modalidades, como la compra directa a los laboratorios.
- En segundo lugar, las oficinas de farmacia también pueden realizar descuentos a los pacientes, si bien esto se limita a los medicamentos sin receta y al 10% del PVP (impuestos incluidos).
- Además, los ingresos que perciben las oficinas de farmacia por la venta de medicamentos financiados por el SNS se ven reducidos por una serie de deducciones que establece la normativa con el objetivo de contener el gasto farmacéutico y garantizar así la sostenibilidad del SNS. Estas deducciones se calculan en función del volumen de ventas en valor (a PVP IVA) de los medicamentos financiados⁶⁷. En tanto estas reducciones podrían poner en riesgo la viabilidad de ciertas farmacias, se establece también para ellas un sistema de índices correctores.
- Otra medida encaminada a reducir el gasto farmacéutico del SNS es la deducción del 7,5% del PVP que las oficinas de farmacia deben aplicar en su facturación a los medicamentos financiados por el SNS que no son genéricos ni están afectados por el sistema de precios de referencia⁶⁸. Esta deducción se reparte proporcionalmente entre todos los agentes de la cadena farmacéutica, de modo que los márgenes de todos los operadores de la cadena (oficina de farmacia, distribuidor y laboratorio) se reducen en dicho porcentaje.

⁶⁷ Artículo 2.5 del Real Decreto 823/2008.

⁶⁸ Se trata de los medicamentos huérfanos, que son aquellos destinados especialmente para el tratamiento de determinadas enfermedades raras (tienen una prevalencia baja, menor de 5 casos por cada 10.000 habitantes) y los medicamentos originales respecto de los que no exista genérico o biosimilar autorizado en España si han transcurrido diez años desde que se tomó la decisión de financiar con fondos públicos.

Finalmente, la normativa estatal establece una serie de principios de **ordenación farmacéutica** enfocados al objetivo de fomentar la calidad, seguridad, eficacia y la accesibilidad a los medicamentos y productos sanitarios, que las CCAA han de desarrollar. La Ley 16/1997 establece que los criterios de planificación para la autorización de oficinas de farmacia deben considerar la **densidad demográfica** y las **características geográficas y de dispersión de la población**, con el objetivo de garantizar la accesibilidad y calidad en el servicio, así como la suficiencia en el suministro de medicamentos, según las necesidades sanitarias en cada territorio. La concreción de los criterios de población y distancia queda en manos de las CCAA.

- **Con carácter general, el módulo de población mínimo para abrir oficinas de farmacia será de 2.800 habitantes por establecimiento.** No obstante, se podrán establecer módulos superiores, en función de la concentración de la población, aunque en todo caso, el límite será de 4.000 habitantes por farmacia. También se podrán establecer módulos inferiores para zonas rurales, turísticas o de montaña y se podrá autorizar la creación de botiquines por razones de emergencia y lejanía de la oficina de farmacia.
- **La distancia mínima entre farmacias que marca la normativa estatal es, con carácter general, de 250 metros.** Las CCAA podrán autorizar distancias menores en función de la concentración de la población y establecer limitaciones al establecimiento de oficinas de farmacia en la proximidad de los centros sanitarios.

2.1.1.3. Marco regulatorio autonómico: ordenación farmacéutica

Con base en estos principios generales de ordenación farmacéutica establecidos por el legislador nacional, las CCAA han desarrollado su propia legislación, cuyo contenido se resume en la siguiente tabla⁶⁹:

⁶⁹ Ver anexo 1 para detalle sobre las leyes autonómicas.

Tabla 6 Resumen de la regulación autonómica de la localización de las oficinas de farmacia

| Comunidad Autónoma | Autorización primera farmacia en todos los municipios | Módulo general de población < 2.800 habitantes por farmacia | Módulo general de población > 2.800 habitantes por farmacia | Distancia < 250 metros entre farmacias | Distancia mínima obligatoria al centro de salud |
|--------------------|---|---|---|--|---|
| Andalucía | x | | | | x |
| Aragón | | x | | | x |
| Asturias | x | x | | | x |
| Baleares | | | | | x |
| Canarias | | | | | x |
| Cantabria | x | | | x | x |
| Castilla y León | | x | | x | x |
| Castilla-La Mancha | x | x | | x | x |
| Cataluña | | | x | | |
| C. Valenciana | x | | | | x |
| Extremadura | x | x | | | x |
| Galicia | x | | | | x |
| Madrid | | | x | | |
| Murcia | | | | x | x |
| Navarra | x | x | | x | |
| País Vasco | | | x | | x |
| La Rioja | x | | | | x |

Fuente: elaboración propia a partir de las leyes de ordenación farmacéutica de las CCAA.

De esta tabla, cabe destacar el caso de Navarra, donde se aplica desde el año 2000 un modelo menos restrictivo. En lugar de establecer el número máximo de farmacias por módulo de población, como hacen el resto de CCAA, Navarra implementó una “**regulación de mínimos**”.

- La Ley Foral 12/2000 estableció que el número mínimo de farmacias en cada Zona Básica de Salud o localidad sería de una farmacia por cada 2.800 habitantes. Una vez alcanzado este número mínimo de farmacias por Zona Básica de Salud, cualquier farmacéutico puede abrir una oficina de farmacia adicional, siempre y cuando la densidad de farmacias a nivel agregado en Navarra no sea inferior a 700 habitantes por farmacia. Esta apertura libre después de cumplir el mínimo fue el factor que liberalizó la competencia.
- Además, se estableció que las localidades con una población superior a 700 habitantes debían contar, como mínimo, con una oficina de farmacia.

- La distancia mínima entre las nuevas farmacias y las ya instaladas se redujo a 150 metros. A diferencia del resto de CCAA, Navarra no establece una distancia mínima entre las oficinas de farmacia y los centros de salud.

Las diferencias regulatorias existentes provocan grandes diferencias entre las CCAA en términos de densidad de las farmacias, como se recoge a continuación.

Tabla 7 Número de farmacias y habitantes por farmacia en las diferentes CCAA en 2024

| Comunidad Autónoma | Nº de farmacias | Habitantes por farmacia |
|--------------------|-----------------|-------------------------|
| Andalucía | 3.870 | 2.230 |
| Aragón | 724 | 1.867 |
| Asturias | 454 | 2.224 |
| Baleares | 463 | 2.660 |
| Canarias | 763 | 2.934 |
| Cantabria | 278 | 2.125 |
| Castilla y León | 1.597 | 1.498 |
| Castilla-La Mancha | 1.242 | 1.694 |
| Cataluña | 3.290 | 2.435 |
| C. Valenciana | 2.345 | 2.268 |
| Extremadura | 666 | 1.584 |
| Galicia | 1.384 | 1.955 |
| Madrid | 2.934 | 2.389 |
| Murcia | 581 | 2.700 |
| Navarra | 589 | 1.152 |
| País Vasco | 844 | 2.639 |
| La Rioja | 158 | 2.052 |
| Ceuta | 24 | 3.466 |
| Melilla | 25 | 3.439 |
| Total | 22.231 | 2.187 |

Fuente: elaboración propia a partir del Consejo General de Colegios Farmacéuticos de España (2025).

Además de la regulación relativa a la localización, las CCAA han establecido otra serie de condiciones a la actividad de las oficinas de farmacia. Así, las posibilidades de ampliar el **horario** por encima del mínimo se encuentran restringidas por tener que ajustarse a una serie de módulos fijos durante un periodo mínimo de un año y no se permite a las oficinas de farmacia publicitarse. Por otra parte, suelen exigir que los titulares de las farmacias y los farmacéuticos contratados en ellas estén **colegiados**. Finalmente, en muchas ocasiones, para obtener la autorización

administrativa para abrir una nueva oficina de farmacia incluye un **requisito de experiencia previa**. Existen asimismo otras restricciones relacionadas con la transmisión de farmacias.

2.1.2. Restricciones identificadas en las actuaciones y recomendaciones

A continuación, se analiza **la relevancia de las actuaciones de la CNMC** ([E/CNMC/003/15](#), sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos y [E/CNMC/002/17](#), sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos). Para ello, se identifican las barreras a la competencia abordadas en la actuación, siguiendo la clasificación de la OCDE adaptada a las actividades de la CNMC, detallada en el segundo anexo⁷⁰. Las restricciones se clasifican por grupos en función de si implican:

- A) Una limitación del número o rango de proveedores.
- B) Una limitación de la capacidad para competir de los proveedores.
- C) Una reducción de los incentivos a competir de los proveedores.
- D) Una limitación de las opciones e información disponible para los clientes.
- E) Otras limitaciones.

2.1.2.1. Restricciones identificadas en el estudio sobre distribución mayorista de medicamentos en España

El Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos identificó en su capítulo 3 una serie de áreas de mejora en las normativas y políticas sanitarias con las que impulsar el nivel de competencia efectiva en el mercado.

La primera área de mejora se refiere a los **medicamentos innovadores**. El estudio señala que los IPT apenas abordan cuestiones económicas, lo que dificulta que la fijación de precios se corresponda en mayor medida con el valor farmacoeconómico aportado por los medicamentos innovadores y resta transparencia y predictibilidad al proceso. Por otra parte, considera que existe margen para la utilización del *big data* en la evaluación terapéutica y económica de los medicamentos a largo plazo.

Por tanto, el marco administrativo de toma de decisiones es insuficiente para garantizar una regulación económica eficiente (grupo E de la clasificación).

⁷⁰ Elaborada por KPMG-VVA. Se basa en la clasificación de la Guía de Evaluación de la Competencia de 2019 desarrollada por la OCDE para asistir a los gobiernos en la eliminación de barreras a la competencia, identificando restricciones innecesarias que afectaran a las actividades del mercado, y proponiendo medidas alternativas menos restrictivas que contribuyeran a los objetivos de política económica.

En el área de los **medicamentos en competencia**, donde los originales compiten con los genéricos y los biosimilares, el Estudio identificó que la interacción entre el sistema de precios de referencia y la regla de dispensación del medicamento con el precio más bajo de la agrupación, cuando la prescripción se ha hecho por principio activo, no fomenta adecuadamente la competencia. Aunque no se prevé en la regulación, en la práctica, cuando un medicamento pierde su patente, el SNS pasa a desembolsar el importe con una rebaja de en torno a un 40% y los genéricos pasan a formar parte del conjunto de referencia inmediatamente. Esto, en combinación con la regla de dispensación del medicamento de menor precio elimina los incentivos a que los laboratorios ofrezcan precios más competitivos. De esta manera, el sistema de precios de referencia actúa al final como un sistema de precios máximos.

Como consecuencia de lo anterior, de un lado, no existe apenas competencia efectiva en términos de precio (grupo B) y, del otro, el paciente ve limitada su capacidad de elección, ya que siempre se le dispensa el medicamento más barato (grupo D).

Otra manera en la que se fomentaría una elección informada por parte de los pacientes (grupo D) sería a través de un esfuerzo de comunicación y difusión por parte de las instituciones sanitarias de información clara, concisa y objetiva sobre el uso y eficacia de los medicamentos genéricos, así como el impacto que generan en los sistemas de salud.

En el ámbito de los medicamentos biosimilares, el Estudio considera que su uso es limitado, lo que supone una limitación en el número y rango de proveedores de medicamentos (grupo A de la clasificación).

Otra área en la que se producen distorsiones es la relativa a los medicamentos desfinanciados, sometidos al **régimen de precios notificados**. Esto implica que pasan a estar sujetos a un control administrativo de precios que no aplica a los medicamentos que nunca han sido financiados y que operan bajo precios libres, de forma que se origina una asimetría regulatoria. En consecuencia, se crea un sistema dual en el que los medicamentos no financiados no pueden competir en las mismas condiciones (grupo B de la clasificación), situación que se perpetúa en el tiempo, en tanto la regulación no prevé una duración determinada de este régimen.

Finalmente, el Estudio identifica como área de mejora los **márgenes de distribución**⁷¹. Los márgenes se calculan como una función prácticamente lineal al precio, salvo para los medicamentos de coste elevado, de manera que no se vinculan ni a los costes o a las características y calidad del servicio, lo que limita los incentivos

⁷¹ Este Estudio identifica un área de mejora adicional: la eliminación de la prohibición de integración horizontal y vertical de las oficinas de farmacia. Dado que también fue analizado por el estudio sobre distribución minorista, se analiza en el apartado siguiente.

de los proveedores para competir (grupo C). Por otra parte, el sistema retributivo genera incentivos a la dispensación de medicamentos de mayor precio en un contexto de información asimétrica entre los pacientes y las oficinas de farmacia, limitando la capacidad de elección de los clientes (grupo D).

Adicionalmente, a pesar de que a lo largo de la cadena de suministro se pueden producir descuentos, estos no llegan al paciente ni revierten en el SNS (grupo D), sino que permanecen en el canal de distribución como mayor margen de los distribuidores mayoristas o de las oficinas de farmacia.

2.1.2.2. Restricciones identificadas en el estudio sobre distribución minorista de medicamentos en España

El Estudio sobre la distribución minorista identificaba en su capítulo 4 una serie de restricciones que clasificaba en las siguientes categorías.

En primer lugar, las **restricciones de acceso al mercado** determinadas por las reglas de planificación farmacéutica definidas por las CCAA, que consisten en el establecimiento de módulos de población mínimos para la apertura de nuevas oficinas de farmacia, así como distancias mínimas respecto de los centros de salud y de las farmacias entre sí.

Al comparar la situación en Navarra respecto de otras CCAA, el Estudio demostró que las limitaciones no permiten garantizar un acceso equitativo a los medicamentos y productos sanitarios por parte de toda la población. Por el contrario, favorecen los intereses de las farmacias ya instaladas, que no se ven sometidas a presión competitiva y gozan de rentas regulatorias y perjudican a los consumidores. Estos han de recorrer mayores distancias para acceder a los medicamentos y no se benefician del potencial impacto de la competencia sobre la calidad del servicio, los precios de los medicamentos no sujetos a prescripción médica y la innovación.

Estas restricciones pueden garantizar derechos exclusivos para un proveedor para suministrar los medicamentos y puede incrementar el coste de entrada para los competidores, así como crear barreras geográficas para las empresas (grupo A de la clasificación).

En segundo lugar, el estudio identificó una serie de **restricciones al ejercicio de la actividad**. En concreto, consideró que el requisito de ostentar la condición de farmacéutico para la dispensación de medicamentos y la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la distribución solo estarían justificados para garantizar la calidad de los servicios prestados y la salvaguarda de la salud pública en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica.

Su imposición para todo tipo de medicamentos limita su acceso por parte de los pacientes. Además, la reserva de actividad de las farmacias reduce la tensión competitiva, de manera que los consumidores no pueden beneficiarse de los efectos que de ella se derivarían en términos de precios, calidad, localización e innovación.

Estas restricciones al ejercicio de la actividad garantizan derechos exclusivos para las farmacias y los farmacéuticos e incrementan los costes de entrada (grupo A).

En tercer lugar, en el Estudio se analizaron las **restricciones relativas a la propiedad de las oficinas de farmacia**.

- La primera de ellas se deriva de la previsión legal de que solo los farmacéuticos podrán ser propietarios y titulares de las oficinas de farmacia. Se pretende así garantizar que los incentivos de quien dispensa el medicamento están alineados no solo con los del paciente, sino también con los del propietario de la farmacia, de manera que se preserve la calidad en el servicio. Sin embargo, esto implica una barrera de entrada al mercado (restricción del grupo A) que asegura la percepción a los farmacéuticos de rentas regulatorias.
- La segunda se refiere a la prohibición de integración horizontal de las farmacias, para evitar que se formen cadenas que puedan tener una posición de dominio que pudiera dar lugar a conductas abusivas. Sin embargo, este objetivo se podría alcanzar a través de medidas menos distorsionantes que no impidieran el aprovechamiento de las economías de escala derivadas de la integración y que no limitaran la capacidad de los proveedores para competir (grupo B).
- La tercera implica la prohibición de la integración de las farmacias con laboratorios o distribuidores mayoristas al objeto de garantizar su independencia. Esto impide la obtención de medidas de escala y alcance, cuando existen otras vías menos distorsionantes para alcanzar el objetivo. Por tanto, supone también una limitación a la capacidad de los proveedores para competir (grupo B).

En cuarto lugar, identificó que el **sistema de retribución de las farmacias**, al estar relacionado con el precio, no genera incentivos a mejorar la calidad del servicio, sino a dispensar más medicamentos y de mayor precio, reduciendo los incentivos de los proveedores a competir (grupo C).

En quinto lugar, algunas CCAA han introducido **restricciones adicionales** a la prestación del servicio. Así, las limitaciones en materia de horarios de apertura y la prohibición de la publicidad de las oficinas de farmacia limitan la capacidad de los proveedores para competir (grupo B).

Además, la regulación crea una serie de barreras geográficas y garantiza derechos exclusivos para los farmacéuticos colegiados (grupo A) a través de tres restricciones: (1) la limitación del suministro de medicamentos a centros sociosanitarios por parte de oficinas de farmacia situadas en la misma zona (previsto en la normativa estatal); (2) la exigencia de determinados requisitos, como la experiencia profesional previa, en los concursos de méritos para la obtención de la autorización administrativa que permite la apertura de la farmacia y (3) la obligación de colegiación para los farmacéuticos titulares de las farmacias y contratados en ellas.

Finalmente, la normativa estatal prevé que los **colegios oficiales de farmacéuticos** actúen como intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de recetas de medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS, lo que podría reducir los incentivos a competir (grupo C), sin que esto sea necesario dadas las capacidades de gestión y tratamiento de datos disponibles actualmente y, en especial, tras la implementación de la receta electrónica.

En conclusión, los Estudios de distribución de medicamentos de la CNMC identificaron numerosas restricciones a la actividad de los operadores que no estaban adecuadamente justificadas en términos de necesidad y proporcionalidad y que vendrían a afectar al bienestar de los consumidores.

La OCDE también ha llevado a cabo una evaluación de la regulación de la distribución minorista de medicamentos. En diciembre de 2025 ha actualizado sus indicadores sobre la regulación del mercado de productos (PMR- *product market regulation*), donde cuantifica las trabas y barreras generadas tanto por la regulación como por las actuaciones del sector público sobre la economía. Para ello, recopila la información sobre el marco regulatorio aplicable a través de un cuestionario. Las respuestas cualitativas son puntuadas por comparación con las mejores prácticas internacionales, siendo 0 la regulación más favorable a la competencia y 6 la menos favorable a la competencia.

En el caso concreto de la distribución minorista de medicamentos, se analizan muchas de las cuestiones señaladas por los Estudios de distribución de medicamentos. Así, respecto a las oficinas de farmacia, se valora la existencia de restricciones a la propiedad, las limitaciones en cuanto al horario de atención al público y si existe reserva de actividad en la venta de medicamentos. En lo que se refiere a los medicamentos, se evalúan las restricciones cuantitativas a la venta de medicamentos y la regulación de su precio.

Tabla 8 Detalle del cuestionario de la OCDE para evaluar las restricciones de la venta minorista de medicamentos y la puntuación obtenida por España

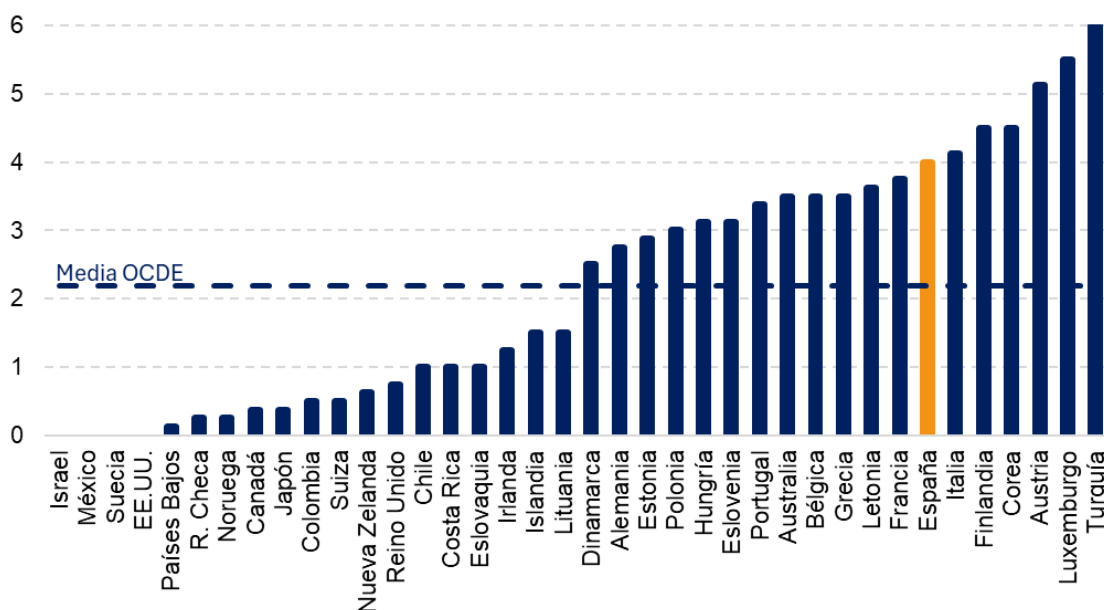
| Estableciendo una farmacia: | Puntuación |
|---|-------------------|
| ¿Hay restricciones al número de farmacias que pueden ubicarse en una determinada zona geográfica? | 6 |
| ¿Hay restricciones sobre dónde se puede ubicar una farmacia? | 6 |
| ¿Hay restricciones sobre quién puede ser propietario de una farmacia? | 6 |
| ¿Hay restricciones sobre el número de farmacias que un mismo propietario puede tener? | 6 |
| ¿Pueden las farmacias decidir los días o el horario en que permanecen abiertas? | 0 |
| Regulando la venta minorista de medicamentos y su precio: | Puntuación |
| ¿Los medicamentos no sujetos a prescripción pueden venderse solo en farmacias? | 6 |
| Si la respuesta anterior ha sido “no”, ¿es obligatorio que un farmacéutico supervise la venta de medicamentos no sujetos a prescripción? | NA |
| ¿Pueden los medicamentos venderse <i>online</i> ? | 2 |
| ¿Están regulados los precios minoristas de los medicamentos no sujetos a prescripción? ¿Hay restricciones a la publicidad de los precios de los medicamentos no sujetos a prescripción? | 0 |
| PUNTUACIÓN MEDIA | 4 |

Fuente: elaboración propia a partir de la información de la OCDE (PMR sector indicators).

Como se puede observar en la tabla, la OCDE considera altamente restrictiva (valorada con 6 puntos) la normativa relativa al establecimiento de farmacias, así como la reserva de actividad de las farmacias respecto a la dispensación de medicamentos no sujetos a prescripción médica. El indicador medio del sector para España es de 4, muy elevada frente a la media de la OCDE de 2,19 y a la de los países de la UE que pertenecen a la OCDE de 2,6⁷². Como se puede ver en el gráfico comparativo siguiente, esto sitúa a España entre los países con mayores restricciones de su entorno.

⁷² Se pueden consultar los indicadores [aquí](#). La puntuación para cada país se puede consultar en el simulador disponible [aquí](#).

Gráfico 5 Indicador de barreras regulatorias en la distribución minorista de medicamentos para países OCDE, años 2023-2024



Fuente: elaboración propia a partir de datos de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE (2024).

Nota: la mayor parte de datos de los países fueron recogidos por la OCDE en 2023.

2.1.2.3. Recomendaciones realizadas en los estudios

Identificadas estas restricciones, los Estudios hicieron una serie de **recomendaciones**.

En **el ámbito mayorista** se refirieron a diferentes ámbitos (medicamentos innovadores, medicamentos en competencia, medicamentos desfinanciados, retribución e integración con las oficinas de farmacia) tal y como se recoge en la siguiente tabla.

Tabla 9 Recomendaciones del estudio sobre distribución mayorista de medicamentos

| | | |
|---------------------------------------|----|--|
| Medicamentos innovadores | 1 | Reforzar los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) como documento de referencia completo y transparente para apoyar las decisiones de financiación y su precio. |
| | 2 | Llevar a cabo una evaluación terapéutica y económica continua y repetida en el tiempo de los medicamentos innovadores mediante el uso de nuevas tecnologías y el <i>big data</i> . |
| Medicamentos en competencia | 3 | Reformar el Sistema de Precios de Referencia para incentivar una competencia real en precios. |
| | 4 | Modificar las políticas de prescripción y dispensación para impulsar la competencia entre medicamentos originales y genéricos, fomentando la capacidad de elección del paciente. |
| | 5 | Definir los conjuntos de referencia del Sistema de Precios de Referencia de la forma más pro-competitiva posible. |
| | 6 | Realizar un posicionamiento formal sobre la intercambiabilidad de medicamentos biológicos y biosimilares cuando exista evidencia clínica favorable. |
| Retribución de la distribución | 7 | Desarrollar campañas de información y educación sanitaria sobre los medicamentos genéricos y biosimilares. |
| | 8 | Reformar el actual sistema de márgenes de distribución proporcionales al precio por otro relacionado con los servicios prestados. |
| Medicamentos desfinanciados | 9 | Introducir un sistema de retorno o <i>clawback</i> , para que los descuentos ofrecidos en el canal de distribución se puedan trasladar como menor coste al SNS. |
| | 10 | Revisar el sistema de precios notificados. |
| Integración vertical | 11 | Revisar la normativa sobre integración vertical entre el canal de distribución mayorista y minorista. |

Fuente: elaboración propia a partir del Estudio E/CNMC/002/17.

En el **ámbito minorista**, las recomendaciones se dirigen fundamentalmente a eliminar las restricciones relativas al acceso al mercado, al ejercicio de la actividad, a la propiedad de las oficinas de farmacia y a la retribución que reciben.

Tabla 10 Recomendaciones del estudio sobre distribución minorista de medicamentos

| | | |
|--|----|--|
| Acceso al mercado | 1 | Eliminar los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre estas y los centros de salud. |
| Ejercicio de la actividad | 2 | <ul style="list-style-type: none"> - Permitir la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica en otros establecimientos. - Eliminar la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web. - Permitir la venta de medicamentos sujetos a prescripción a través de sitios web, con el requisito de que la dispensación se realice por un técnico competente. |
| Propiedad | 3 | <ul style="list-style-type: none"> - Eliminar el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente farmacéuticos colegiados - Permitir la propiedad de más de una oficina de farmacia - Eliminar la restricción a la integración vertical de las oficinas de farmacia. |
| Retribución | 4 | Incrementar la eficiencia en la retribución de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos. |
| Condiciones de ejercicio | 5 | Dar mayor libertad en los horarios de apertura de las oficinas de farmacia. |
| | 6 | Dar mayor libertad en la publicidad de las oficinas de farmacia. |
| Requisitos de los farmacéuticos | 7 | Revisar los criterios de concesión de autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias de manera favorable a la competencia. |
| | 9 | Eliminar la obligación de colegiación para los titulares de las oficinas de farmacia y para los farmacéuticos contratados en ellas. |
| Requisitos de las farmacias para determinados servicios | 8 | Mantener y promover la competencia en el suministro de medicamentos a centros sociosanitarios. |
| Servicios de los Colegios Oficiales | 10 | Eliminar la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en determinados servicios económicos. |

Fuente: elaboración propia, a partir del Estudio E/CNMC/003/15.

Nota: se ha modificado el orden en el que aparecen las recomendaciones respecto del estudio de distribución minorista a efectos explicativos.

En el apartado 3.1 de este informe se analiza en mayor detalle el contenido específico de estas recomendaciones y su grado de cumplimiento hasta el momento.

2.2. Coherencia y Efectividad del Estudio

Una vez expuesta la relevancia del sector analizado, en este apartado se valorará si los Estudios han sido efectivos a la hora de llegar a sus destinatarios objetivo y la coherencia con otras actuaciones de la CNMC.

2.2.1. Coherencia

Los Estudios guardan un alto nivel de coherencia entre sí, ofreciendo un diagnóstico completo sobre la cadena de distribución de medicamentos. Las actuaciones comenzaron con el Estudio de 2015 que se centraba en la distribución minorista. Sin embargo, allí ya se indicó que los beneficios derivados de una mayor apertura a la competencia del segmento minorista de distribución de medicamentos se verían reforzados si se incrementaba, paralelamente, el nivel de competencia efectiva en el mercado “aguas arriba”. En línea con lo anterior, el Estudio publicado en 2022 completó el análisis de la regulación de la parte mayorista de la cadena.

Los Estudios no constituyen actuaciones aisladas dentro de la CNMC. Los sectores farmacéutico y sanitario han sido tradicionalmente objeto de seguimiento por parte de la autoridad de competencia. Efectivamente, el sector de los medicamentos tiene una gran importancia, determinada por el bien jurídico esencial que protege (la salud individual y colectiva) y por el impacto que tiene sector en la economía y en las cuentas públicas. Además, existen diversos fallos de mercado que han motivado una intensa actividad regulatoria.

Teniendo en cuenta la necesidad de garantizar un acceso seguro y equitativo a los medicamentos por parte de la población, ya antes de la publicación de los Estudios, tanto la CNMC como previamente sus antecesores, la Comisión Nacional de la Competencia y el Tribunal de Defensa de la Competencia⁷³, habían analizado en diversas ocasiones si las limitaciones regulatorias respondían a los principios de buena regulación.

Por tanto, los Estudios publicados en 2015 y 2022 vinieron a reforzar la actuación de la CNMC en este ámbito, convirtiéndose en una referencia constante en actuaciones posteriores. En concreto, los hallazgos y recomendaciones de los Estudios han sido mencionados en, al menos, 14 Informes sobre Proyectos Normativos (IPN) relacionados con el sector farmacéutico o sanitario. Entre estos cabe destacar el [IPN/CNMC/006/25](#) relativo al Anteproyecto de Ley de

⁷³ [Informe](#) del Tribunal de Defensa de la Competencia “La Competencia en España: Balance y Nuevas Propuestas” (1995), [IPN 018/09](#) de Reales Decretos Omnibus. Servicios Sanitarios y Farmacéuticos, [IPN 081/12](#) del Anteproyecto de Ley de Modificación de la Ley de Garantías y Medicamentos, [IPN 085/13](#) del Proyecto de Real Decreto sobre Distribución de Medicamentos de Uso Humano, [IPN 110/13](#) del Anteproyecto de Ley de Servicios Profesionales, entre otros.

los medicamentos y productos sanitarios que fue publicado en junio de 2025. Además, en materia de unidad de mercado, se han producido también varios informes en respuesta a reclamaciones del sector⁷⁴.

Para una información detallada sobre las actuaciones de Promoción de la competencia que han incluido recomendaciones de los Estudios se acompaña la siguiente tabla.

⁷⁴ Por ejemplo, en el [UM/021/16](#) se recuerda la recomendación del Estudio de 2015 de adoptar un modelo de planificación farmacéutica menos restrictivo. Por otro lado, el [UM/017/25](#) criticaba la exclusividad de venta a través del canal farmacia (en este caso, en referencia no a medicamentos, sino a ciertos productos sanitarios –test de autodiagnóstico–).

Tabla 11 Referencias a los Estudios de distribución de medicamentos en Informes de Proyectos Normativos (IPN)

| Informe | Nombre | Fecha | Incluye referencias a E/CNMC/003/15 | Incluye referencias a E/CNMC/002/17 |
|---------------------------------|---|------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| IPN/CNMC/005/15 | Proyecto de Real Decreto Legislativo por el que se aprueba el Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios. | 12/03/2015 | x | |
| IPN/CNMC/023/15 | Proyecto de Real Decreto por el que se regula la financiación y fijación de precios de medicamentos y productos sanitarios y su inclusión en la prestación farmacéutica del Sistema Nacional de Salud. | 19/11/2015 | x | |
| IPN/CNMC/025/18 | Proyecto de Real Decreto por el que se regula el procedimiento de financiación selectiva de los productos sanitarios con cargo a la prestación farmacéutica del sistema nacional de salud para pacientes no hospitalizados y se determinan los márgenes correspondientes a su distribución y dispensación. | 25/10/2018 | x | |
| INF/CNMC/059/19 | Informe sobre el plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del mercado en el SNS - medicamentos biosimilares y medicamentos genéricos. | 09/06/2019 | x | |
| IPN/CNMC/037/20 | Proyecto de orden por la que se actualiza el anexo VI del Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización, en lo relativo al catálogo común de prótesis externas de miembro superior y miembro inferior, ortoprótesis para agencias, sillas de ruedas, ortesis y productos para la terapia del linfedema. | 09/12/2020 | x | |
| IPN/CNMC/017/21 | Proyecto de Real Decreto por el que se regulan los productos sanitarios. | 28/07/2021 | x | |
| IPN/CNMC/036/21 | Proyecto de Real Decreto por el que se crea la Agencia Estatal -Agencia Española De Medicamentos Y Productos Sanitarios-. DG/SND/38/21. | 22/09/2021 | x | |
| IPN/CNMC/009/23 | Proyecto de Real Decreto 942/2025, de 21 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios para diagnóstico in vitro. | 16/05/2023 | x | x |
| IPN/CNMC/003/24 | Proyecto de Real Decreto por el que se regula la publicidad de los productos sanitarios. | 02/04/2024 | x | x |
| IPN/CNMC/017/24 | Proyecto de Real Decreto por el que se aprueban los Estatutos del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España. | 09/07/2024 | x | x |
| IPN/CNMC/018/24 | Proyecto de Real Decreto sobre financiación selectiva de productos sanitarios para pacientes no hospitalizados. | 22/07/2024 | x | x |
| IPN/CNMC/026/24 | Proyecto de Real Decreto sobre Evaluación de Tecnologías Sanitarias. | 29/10/2024 | x | x |
| IPN/CNMC/006/25 | Anteproyecto de Ley de los medicamentos y productos sanitarios. | 03/06/2025 | x | x |
| IPN/CNMC/029/25 | Proyecto de decreto por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de ordenación y atención farmacéutica de la Comunidad de Madrid, en materia de horarios, servicios de guardia y vacaciones. | 15/10/2025 | x | x |

Fuente: elaboración propia.

En el plano sancionador y de control de concentraciones, la CNMC también ha continuado siendo activa en este sector⁷⁵. Cabe destacar algunos de los expedientes más relevantes:

- [S/0644/18](#) - **RADIOFÁRMACOS**: la CNMC sancionó a varias empresas farmacéuticas por una infracción constitutiva de cártel consistente en un acuerdo de reparto del mercado de suministro del radiofármaco fluorodesoxiglucosa a hospitales públicos y privados de España entre junio de 2014 y noviembre de 2018.
- [S/0026/19](#) - **MSD**: la CNMC sancionó a Merck Sharp & Dohme S.A. por abuso de posición dominante en el mercado de los anillos anticonceptivos vaginales. El organismo acreditó que la empresa había iniciado de forma injustificada una acción judicial contra su competidor Insud Pharma, alegando la protección de su patente. Quedó demostrado que el verdadero propósito de dicha demanda era retrasar la entrada en el mercado del producto competidor.
- [S/0028/20](#) - **LEADIANT**: la CNMC sancionó a la empresa farmacéutica Leadiant por haber abusado de su posición de dominio mediante la aplicación de precios excesivos para la venta del único medicamento disponible en España para el tratamiento de una enfermedad rara.
- [S/009/23](#) - **LOGÍSTICA FARMACÉUTICA**: la CNMC incoó en 2024 un procedimiento sancionador en el que se investiga al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (CGCOF) y a diversos colegios de farmacéuticos. El Consejo General habría realizado una recomendación colectiva (comunicados, circulares, etc.) a través de, al menos, once colegios provinciales para que los farmacéuticos utilicen las aplicaciones digitales CisMED y FarmaHelp, impulsadas por el propio Consejo frente a otros competidores.
- [S/014/23](#) - **CLUB SANDOZ**: La CNMC incoó en 2025 un procedimiento sancionador contra varias empresas por un posible intercambio de información comercial sensible, no justificado y desagregado, desde abril de 2018 hasta abril de 2023.

Por otro lado, en la vertiente de **control de concentraciones** también se han producido numerosas notificaciones en relación con el sector farmacéutico⁷⁶.

⁷⁵ En este apartado se han señalado aquellos expedientes más destacados bien porque se han resuelto con la imposición de una sanción o porque todavía están pendientes de resolución. No obstante, ha habido otros procedimientos que han finalizado con el archivo de las actuaciones.

⁷⁶ [C/1584/25](#) - TEOFARMA / UCB PHARMA GMBH; [C/1527/25](#) - ESTEVE / NEGOCIO DE MIFAMURTIDA DE TAKEDA; [C/1343/22](#) - ITALFARMACO ESPAÑA / LACER; [C/1484/24](#) - ROVI / INSUD / INVIERTE / TERA FRONT FARMATECH JV; [C/1467/24](#) - MERZ/NEGOCIO DE ACORDA; [C/1388/23](#) - CHEPLAPHARM / NEGOCIO ZYPREXA-TEOFARMA / UCB PHARMA GMBH.

2.2.2. Eficacia

Para garantizar la eficacia de los Estudios como instrumentos de promoción de la competencia, se ha llevado a cabo una intensa labor de difusión directa, a través de diversos instrumentos. Durante el proceso de elaboración de los estudios se llevaron a cabo consultas públicas⁷⁷ y reuniones con administraciones públicas, empresas y asociaciones de empresas y consumidores, que permitieron recabar la opinión de los interesados.

Una vez publicados los Estudios, la labor se centró en difundir sus hallazgos y recomendaciones entre todos los grupos de interés, lo que contribuyó a la efectividad de la labor de la CNMC de impulsar una mayor cultura de competencia. Para ello:

- Ambos Estudios fueron traducidos al inglés con el fin de alcanzar audiencias globales.
- Se organizaron actos públicos o jornadas para la presentación de los estudios⁷⁸.
- Se publicaron sendas notas de prensa⁷⁹.
- Se publicaron entradas en el blog de la CNMC con motivo de la publicación de los Estudios.

Estas actuaciones de difusión se han visto reforzadas posteriormente con otras publicaciones en el blog de la CNMC relacionadas con la Ley de Garantías del Medicamento⁸⁰ y del Anteproyecto de Ley de los Medicamentos y Productos Sanitarios⁸¹, que han insistido en la vigencia de las recomendaciones de los Estudios.

Todas las iniciativas anteriores han favorecido, a su vez, la difusión en medios de comunicación, generalistas y especializados, así como por referencias académicas.

⁷⁷ Por ejemplo, en 2021 realizó una consulta pública sobre la comercialización y distribución mayorista de medicamentos en farmacias (disponible [aquí](#)). Asociado a esta consulta, se publicaron dos entradas en el blog con el anuncio de la consulta (13/01/2021, disponible [aquí](#)) y las respuestas (08/04/2021, disponible [aquí](#)).

⁷⁸ [Presentación del Estudio sobre el Mercado de Distribución Minorista de Medicamentos en España](#).

⁷⁹ [Nota de prensa \(E/CNMC/003/15\)](#) y [Nota de prensa \(E/CNMC/002/17\)](#).

⁸⁰ La salud es lo primero: más competencia entre medicamentos para reforzar el sistema sanitario (02/04/2024), disponible [aquí](#).

⁸¹ Competencia saludable en el mercado de medicamentos (15/04/2025), disponible [aquí](#).

Las menciones en prensa se concentran en dos momentos: el anuncio del inicio de los Estudios y, sobre todo, su publicación.

- Respecto al Estudio de distribución minorista, se han identificado 18 menciones en distintos medios generalistas (nacionales y regionales) y especializados en torno al 21 de octubre de 2015, fecha de su publicación. Al menos dos publicaciones mencionaron el inicio de la elaboración del Estudio en febrero de 2015.
- Se han encontrado 36 menciones al Estudio de distribución mayorista concentradas en torno a la fecha de su publicación el 22 de junio de 2022. También hubo menciones en prensa en torno a marzo de 2017, cuando se anunció el inicio de elaboración del informe.

Más recientemente, los medios de comunicación han vuelto a hacerse eco del posicionamiento de la CNMC sobre esta materia gracias a entrevistas realizadas por personal de la CNMC, tanto en medios especializados como ConSalud.es (diario online sobre el sector sanitario⁸²), como en prensa generalista como El País⁸³. En estas entrevistas se tratan asuntos que ya habían sido puestos de manifiesto en los Estudios, especialmente en relación con el mercado mayorista de medicamentos.

Asimismo, el personal de la CNMC ha contribuido a la difusión de las principales conclusiones de los Estudios a través de diversos artículos en colaboración con la Revista ICE⁸⁴, FUNCAS⁸⁵, el blog *Nada es Gratis*⁸⁶ y otras publicaciones, tanto de

⁸² CNMC: “Hemos detectado el uso abusivo de procesos judiciales para frenar la entrada de competidores” (13/05/2025), disponible [aquí](#); y, *Evergreening*: cuando la innovación se convierte en barrera para el acceso a tratamientos (25/06/2025), disponible [aquí](#).

⁸³ “El sistema desincentiva que los medicamentos bajen de precio: si un fabricante lo hace, lo tendrán que hacer los demás” (22/04/2024), disponible [aquí](#).

⁸⁴ Tobías Peña, L., y Tárrega López, R. (2023). Propuestas para impulsar la competencia en la distribución de medicamentos. Boletín Económico De ICE. Disponible [aquí](#).

⁸⁵ Tárrega, R. y Camba, A. (2023). Reflexiones en torno a los estudios de la CNMC sobre la distribución mayorista y minorista de medicamentos. Disponible [aquí](#).

⁸⁶ En concreto, en el blog Nada es Gratis se han publicado entradas con referencias al Estudio de distribución minorista (E/CNMC/003/15) bajo el título “Liberalizando las farmacias” (03/06/2016) y “El régimen de monopolio en las oficinas de farmacia en España: ¿para cuándo su abolición?” (25/10/2019). Tras la publicación del Estudio sobre distribución mayorista (E/CNMC/002/17), se han publicado las entradas “Recetas para promover la competencia en la distribución de medicamentos” (11/10/2022) y, más recientemente, “La curiosa inactividad de la mano invisible en los mercados de fármacos sin patente” (29/10/2024).

temática económica⁸⁷ como del sector farmacéutico o sanitario⁸⁸. En la misma línea, destacan las contribuciones por España en el ámbito de la OCDE: una sobre precios en el ámbito farmacéutico para la reunión número 130 del Comité de Competencia celebrado en noviembre de 2018⁸⁹ y otra para el *Global Forum on Competition*, evento organizado por la OCDE en diciembre de 2025⁹⁰, en materia de competencia en el sector sanitario. Adicionalmente, las recomendaciones de los Estudios han sido difundidas en foros nacionales organizados por organismos como el Ilustre Colegio de Abogados de Madrid⁹¹.

Existe también constancia de repercusión en la actividad investigadora tanto a nivel nacional como internacional. En concreto, los estudios de la CNMC han sido citados por, al menos, 12 publicaciones académicas o institucionales (seis menciones al estudio de distribución minorista de 2015, cinco al de distribución mayorista de 2022 y una mención conjunta a ambos estudios). Además de los trabajos puramente académicos, los Estudios han sido mencionados por otras autoridades de competencia, como la Autoridad Catalana de la Competencia (ACCO). Cabe destacar también estudios realizados por agentes del sector, por ejemplo, un análisis crítico realizado por una consultora económica sobre el estudio de distribución minorista de la CNMC, por encargo del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia.

Para consultar los detalles sobre estas publicaciones, consultar el ANEXO 3: Artículos de investigación que referencian los Estudios de la CNMC.

⁸⁷ Tobías Peña, L., Tárrega López, R. y Camba, A. (2023). Propuestas para la mejora de la evaluación farmacoeconómica de nuevos medicamentos. [Encuentros multidisciplinares](#).

Tobías Peña, L., Tárrega López, R. y Camba, A. (2024). Medicamentos biológicos y biosimilares: ¿qué ha cambiado desde la declaración de la Agencia Europea del Medicamento sobre su intercambiabilidad? Actas de derecho industrial y derecho de autor.

⁸⁸ López Vallés, J., El porqué de la consulta pública de la CNMC sobre distribución de medicamentos (2021), Correo Farmacéutico.

⁸⁹ La contribución está disponible [aquí](#).

⁹⁰ *Global Forum on Competition 2025*, información sobre el evento disponible [aquí](#).

⁹¹ Participación en la mesa sobre el encaje legal y regulatorio de nuevos modelos online en el sector de la salud del III Congreso de Derecho Farmacéutico, Información disponible [aquí](#).

3. EVALUACIÓN DE IMPACTO

De acuerdo con la metodología propuesta por KPMG y VVA, la evaluación ex post de las actuaciones de la CNMC concluye con el análisis del impacto potencial que la actuación puede haber tenido en la economía, diferenciando entre:

- El grado de cumplimiento de las recomendaciones (evaluación de cumplimiento), que no tienen carácter vinculante.
- Los beneficios potenciales asociados a las recomendaciones emitidas (evaluación de efectos).

3.1. Evaluación de cumplimiento

3.1.1. Cumplimiento de las recomendaciones sobre distribución mayorista

Recomendación 1: Reforzar los Informes de Posicionamiento Terapéutico como documento de referencia completo y transparente para apoyar las decisiones de financiación y su precio

El Estudio de distribución mayorista concretaba esta recomendación indicando que deberían mejorarse tres aspectos concretos:

- Incluir un análisis farmacoeconómico integral de los medicamentos y un análisis del posicionamiento en terapéutica que no resulte ambiguo o incompleto, así como aclarar la metodología que se utilizará y añadir transparencia al proceso de evaluación económica, indicando también cómo se llevaría a cabo cuando no haya evidencia disponible suficiente.
- Agilizar la elaboración de los IPT y trasladar los borradores de los IPT a los distintos agentes de interés del mercado, siendo recomendable que las alegaciones pudieran hacerse no solo sobre el primer borrador, sino también sobre el borrador final.
- Realizar un mayor esfuerzo de transparencia sobre la organización interna de REvalMed, su toma de decisiones, su organización, independencia y los miembros que la componen.

Las reformas legislativas que están tramitándose actualmente incorporan medidas orientadas a dar cumplimiento a esta recomendación. En primer lugar, el Anteproyecto de Ley (APL) de los medicamentos y productos sanitarios⁹² prevé la regulación, a través de real decreto y en línea con lo dispuesto en el Reglamento de

⁹² Artículo 90 del [texto](#) publicado en el trámite de audiencia pública.

la UE sobre la materia, de un *“sistema para la evaluación de la eficiencia de medicamentos, productos sanitarios y otras tecnologías sanitarias orientado a la toma de decisiones sobre la incorporación, financiación, precio, reembolso o desinversión en tecnologías sanitarias”*. Este sistema estará alineado con lo dispuesto en el Reglamento de la UE sobre la materia⁹³.

Determina también que *“este sistema será independiente, transparente y participativo y seguirá un proceso científico basado en datos contrastados que permita determinar la eficacia relativa y eficiencia de tecnologías sanitarias existentes o nuevas en comparación con sus alternativas. El sistema contará con la participación de profesionales sanitarios y miembros legos que representen los intereses de pacientes y consumidores”*.

A este mandato se le está dando cumplimiento con la tramitación del [proyecto de Real Decreto](#) por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias⁹⁴, cuyo impacto sobre el funcionamiento de los mercados y la competencia ha sido informado por la CNMC ([IPN/CNMC/026/24](#))⁹⁵.

En línea con lo indicado en el primer punto de la recomendación, el proyecto de real decreto –en su versión sometida a información pública– prevé que la evaluación cuente, de manera separada, con un informe sobre la evaluación clínica comparada y otro sobre la evaluación de los aspectos no clínicos (la evaluación de eficiencia y una aproximación al impacto presupuestario). En ambos casos se deberá seguir la metodología aprobada por el Consejo de Gobernanza, que también se regula en el proyecto de norma. Los documentos, las guías metodológicas que sostengan la metodología empleada y las evaluaciones serán públicos, respetando los límites de acceso inherentes a la información confidencial.

En cuanto al proceso de las evaluaciones, el proyecto de real decreto prevé unos plazos concretos que llevarían a su aprobación en un tiempo razonable. Se prevé, además, la participación no solo del desarrollador del medicamento, sino también de

⁹³ [Reglamento \(UE\) 2021/2282](#) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 15 de diciembre de 2021, sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE.

⁹⁴ El real decreto se tramita, en realidad, con base en las habilitaciones legales ya vigentes (el Texto Refundido, la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del SNS, y la Ley 10/2013, de 24 de julio), tras la declaración de nulidad de pleno derecho en 2023 por parte de la Audiencia Nacional del [Plan](#) para la Consolidación de los Informes de Posicionamiento Terapéutico de los Medicamentos en el Sistema Nacional de Salud, al que se ha hecho mención en la descripción jurídico-económica del sector.

⁹⁵ En el momento de publicación de este informe, el proyecto de real decreto había sido objeto de consulta y audiencia pública.

“las personas pacientes, las expertas clínicas y otras expertas pertinentes” a través de aportaciones a los proyectos de informe.

Finalmente, en términos de gobernanza, el proyecto de real decreto establece el “sistema para la evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias”, conformado por un órgano para la gobernanza (“Consejo de gobernanza”), los órganos de evaluación independiente (“Oficinas para la evaluación de la eficiencia de las tecnologías sanitarias”) y el órgano para el posicionamiento (“Grupo de posicionamiento de las tecnologías sanitarias”). Para cada uno de estos órganos el proyecto de real decreto determina su composición y funciones y se incorporan medidas para garantizar que sus miembros actúan de manera independiente, imparcial y transparente. Además, será público el listado de miembros de los grupos, así como de los participantes en las reuniones y en las evaluaciones.

En consecuencia, de producirse, la aprobación futura de este proyecto de real decreto por parte del Gobierno permitiría dar seguimiento a la primera recomendación del estudio de distribución mayorista. No obstante, cabe recordar que, en el IPN/CNMC/026/24 y en el IPN/CNMC/006/25, la CNMC ha insistido en la necesidad, por un lado, de vigilar la aplicación práctica, real y efectiva, de los principios de coherencia y no duplicidad de las actuaciones ante las diversas instancias administrativas; y, por otro, de reforzar la necesidad de motivación de las decisiones que se aparten de los aspectos recogidos en la evaluación científica realizada.

Recomendación 2: Llevar a cabo una evaluación terapéutica y económica continua y repetida en el tiempo de los medicamentos innovadores mediante el uso de nuevas tecnologías y el *big data*

Para alcanzar estos objetivos, el Estudio de distribución mayorista apuntaba también a la necesidad de favorecer la puesta en común de datos entre los distintos sistemas de información del SNS y de desarrollar el registro de medicamentos Valtermed.

Valtermed es la abreviatura por la que se conoce el registro sobre el Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico en el SNS. Fue creado en 2019 por el Ministerio de Sanidad para que las CCAA y los hospitales volcaran los datos sobre la eficiencia y eficacia de los medicamentos en la práctica clínica real a lo largo del tiempo y poder así disponer de información óptima para la adecuada toma de decisiones en la gestión de la prestación farmacéutica, en las distintas etapas del ciclo del medicamento.

La normativa que se está elaborando en el ámbito del medicamento incluye algunos elementos que, de adoptarse en los términos previstos en la propuesta

normativa, supondrían un seguimiento de la recomendación, aunque de manera parcial.

En primer lugar, la nueva normativa proyectada regula la revisión de las evaluaciones, si bien no se prevé que se haga de manera continuada y periódica, como ya se indicó en el IPN/CNMC/006/25.

Así, el proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias⁹⁶, en línea con el procedimiento establecido en el Reglamento europeo sobre la materia⁹⁷, condiciona la reevaluación a la existencia de cambios en la evidencia científica, en las condiciones económicas o de innovación incremental, en cuyo caso, las partes interesadas podrían proponer la revisión al Consejo de Gobernanza. A efectos de llevar a cabo la evaluación, el proyecto de norma permite utilizar datos sanitarios dentro del marco jurídico europeo⁹⁸ y nacional y, más concretamente, los datos clínicos en vida real.

En cuanto a las revisiones del precio de los medicamentos que se dispensen con receta y sean financiados por el SNS, el APL de los medicamentos y productos sanitarios determina que estas se harán cuando así lo exijan *“cambios en las circunstancias económicas, de competencia, técnicas, sanitarias o en la valoración de su utilidad terapéutica”*⁹⁹. Respecto a la regulación actualmente vigente del Texto Refundido, el APL ahora incluye entre los criterios para la revisión los cambios en la competencia y determina que la revisión se hará con base en la metodología que habrá de desarrollarse en rango reglamentario. Este desarrollo ya está en proceso de elaboración, aunque todavía no se ha hecho público un texto normativo que pueda ser objeto de valoración.

En segundo lugar, existen diversas previsiones sobre el uso de los datos que van en la dirección apuntada por la recomendación aunque, como se indicó en el IPN/CNMC/006/25, no se hace referencia específica al *big data*. El APL de los medicamentos y productos sanitarios prevé la definición de una estrategia global de comunicación de datos sobre medicamentos y productos sanitarios¹⁰⁰ y determina que los datos recopilados en el seno del Sistema Nacional de Salud se harán disponibles al Espacio Nacional de Datos de Salud, *“con el objetivo de mejorar la calidad y*

⁹⁶ Artículo 17 del texto sometido a audiencia pública.

⁹⁷ Reglamento (UE) 2021/2282 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de diciembre de 2021 sobre evaluación de las tecnologías sanitarias y por el que se modifica la Directiva 2011/24/UE.

⁹⁸ Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847.

⁹⁹ Artículo 113.2 del texto sometido a audiencia pública.

¹⁰⁰ Disposición adicional decimonovena.

*eficiencia de los servicios de salud, así como de fomentar la investigación y el desarrollo en el ámbito sanitario*¹⁰¹. En ambos casos, se garantizará el cumplimiento de la normativa de protección de datos de carácter personal y de los derechos digitales, en su caso.

En paralelo y tras la reciente aprobación a nivel europeo del Reglamento sobre el Espacio Europeo de Datos de Salud¹⁰², se está tramitando en España el [anteproyecto de Ley de salud digital](#) que, entre otras cuestiones, incluirá una habilitación legal para el uso secundario de los datos personales de salud del SNS por parte de las administraciones públicas sanitarias, definiendo medidas de protección y garantías.

De manera más específica y a nivel europeo, la EMA ha implementado desde febrero de 2022 la iniciativa DARWIN (*Data Analysis and Real World Interrogation Network*)¹⁰³ que aporta evidencia del mundo real en la Unión Europea sobre enfermedades, población y uso y desempeño de medicamentos, que se puede usar para la toma de decisiones a lo largo de la vida del medicamento.

Finalmente, el documento sometido a consulta pública del [Proyecto de Real Decreto](#) por el que se regulan los procedimientos de financiación y precio de los medicamentos recoge entre los objetivos de la norma el de *“establecer procedimientos para complementar la generación de conocimiento sobre el funcionamiento del medicamento en vida real en áreas en las que predomine la incertidumbre, así como las condiciones de entrada y salida de este tipo de situaciones”*.

Recomendación 3: Reformar el Sistema de Precios de Referencia para incentivar una competencia real en precios

El Estudio de distribución mayorista de medicamentos señalaba entre sus conclusiones que la interacción entre el sistema de precios de referencia, el sistema de agrupaciones homogéneas y las reglas de dispensación de medicamentos hacen que los incentivos de los laboratorios a las bajadas voluntarias de precios sean prácticamente nulos. De esta manera, el sistema de precios de referencia funciona como un sistema de precios máximos.

En consecuencia, recomendaba establecer un sistema de precios más flexible que permitiera a los laboratorios establecer libremente el precio del medicamento (PVL) y donde el precio de referencia dejaría de ser un precio máximo fijo para todos y pasaría

¹⁰¹ Disposición adicional vigesimoprimeras.

¹⁰² Reglamento (UE) 2025/327 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de febrero de 2025, relativo al Espacio Europeo de Datos de Salud, y por el que se modifican la Directiva 2011/24/UE y el Reglamento (UE) 2024/2847.

¹⁰³ Más información [aquí](#).

a ser únicamente la cuantía máxima que el SNS está dispuesto a pagar (reembolsar) por un medicamento. En caso de que el precio fijado por el laboratorio estuviera por debajo del precio de referencia, el SNS reembolsaría ese precio menor y, además, se tendría en cuenta este precio menor para el cálculo del copago por parte del paciente. En el caso opuesto (medicamentos con precio por encima del precio de referencia), el medicamento no quedaría excluido del sistema (como ocurre hoy), sino que el SNS reembolsaría el precio de referencia, sufragando el paciente-consumidor la diferencia de precio entre el precio de referencia y el precio fijado por el laboratorio (copago evitable).

Como ya se indicó en el IPN/CNMC/006/25, el APL de los medicamentos y productos sanitarios¹⁰⁴ prevé un sistema que va en esta dirección, basado en dos instrumentos.

- El primero de ellos es el de precios seleccionados¹⁰⁵, que se aplica a nivel de agrupaciones homogéneas. Cada seis meses, los laboratorios podrán presentar ofertas de precio para los medicamentos de su agrupación que permitan garantizar el suministro al sistema público. En cada agrupación existirá, por tanto, una horquilla de precios en la que se incluirán el medicamento de precio más bajo y un conjunto de medicamentos con precios seleccionados a partir de las ofertas recibidas. Todos ellos serían financiados por el SNS. Los medicamentos que quedan fuera de esta horquilla (por tener precios más caros) serían financiados parcialmente, hasta el nivel del precio más bajo.
- El segundo instrumento es el de los precios de referencia, que operaría un año después de la entrada del primer medicamento genérico o biosimilar, con el objetivo de estabilizar los precios a nivel de grupo. El precio de referencia será el máximo a financiar por el SNS, pudiendo el laboratorio fijar un PVL superior sin quedar excluido, ya que el paciente podrá abonar la diferencia.

El modelo, que respondería a la recomendación de establecer un sistema de copago evitable, habrá de ser desarrollado posteriormente, tal y como se prevé en el documento de consulta previa del proyecto de real decreto por el que se regulan los procedimientos de financiación y precio de los medicamentos.

¹⁰⁴ Artículo 115 del APL.

¹⁰⁵ A pesar de que la denominación es la misma, el sistema de precios seleccionados actualmente previsto en el Texto Refundido no es idéntico al que se ha incluido en el APL.

Recomendación 4: Modificar las políticas de prescripción y dispensación para impulsar la competencia entre medicamentos originales y genéricos, fomentando la capacidad de elección del paciente

El Estudio recomendaba la modificación de cuatro elementos:

- La prescripción de medicamentos por principio activo, salvo en aquellos medicamentos que no son sustituibles en la dispensación por la oficina de farmacia.
- Eliminar la obligación de sustituir el medicamento prescrito por el de menor precio.
- Que los sistemas de ayuda a la prescripción que los servicios de salud ponen a disposición de los médicos incorporen criterios que fomenten una prescripción eficiente y faciliten la sostenibilidad económica del sistema.
- Reflexionar sobre la posibilidad de facilitar la personalización de la dispensación de fármacos en las oficinas de farmacia.

El APL de los medicamentos y productos sanitarios consagra la prescripción por principio activo de forma general, aunque se podrá prescribir por marca en algunas situaciones (para medicamentos no sustituibles como en el régimen actual, pero también para tratamientos crónicos, pacientes vulnerables o con problemas de adherencia)¹⁰⁶. También elimina la obligación de sustituir por el medicamento de menor precio, respetando la capacidad de elección del paciente¹⁰⁷. De esta forma, si no tiene preferencia por un medicamento concreto, se le dispensará el de menor precio. Si prefiere otro dentro del grupo, se le dispensará este y deberá abonar la diferencia sobre el precio de referencia.

Finalmente, se indica que los sistemas de apoyo a la prescripción¹⁰⁸ *“recogerán la información actualizada correspondiente a los precios e impacto medioambiental de medicamentos y productos sanitarios de modo que el médico durante la prescripción pueda tomar en consideración el impacto económico y medioambiental para el Sistema Nacional de Salud y aplicar criterios de eficiencia, uso racional y sostenibilidad medioambiental. Igualmente, se informará al paciente de modo que se respeten sus intereses”*. **De esta manera, de aprobarse la norma proyectada, la recomendación quedaría incorporada a la regulación en tres de sus cuatro puntos.**

¹⁰⁶ Artículo 97 del APL.

¹⁰⁷ Artículo 99 del APL.

¹⁰⁸ Artículo 98 del APL.

El último punto, relativo a la posibilidad de facilitar la personalización de la dispensación de fármacos en las oficinas de farmacia, está reconocido en el Texto Refundido¹⁰⁹. Haciendo uso de esta habilitación, varias CCAA han desarrollado normas o guías¹¹⁰, a partir de las cuales se han consensuado unos criterios mínimos entre la AEMPS y las CCAA¹¹¹.

Recomendación 5: Definir los conjuntos de referencia del Sistema de Precios de Referencia de la forma más pro-competitiva posible

En concreto, el Estudio de distribución mayorista indicaba la conveniencia de definir los conjuntos de referencia de la manera más amplia posible y valoraba positivamente la intención del Ministerio de Sanidad de formarlos a partir de medicamentos que compartieran el mismo nivel 4 del ATC, es decir, por indicación terapéutica, en lugar de por principio activo (nivel 5), de acuerdo con el Plan de acción para fomentar la utilización de medicamentos genéricos y biosimilares.

Esta recomendación no se ve reflejada en el APL de los medicamentos y productos sanitarios ya que mantiene, en esencia, la definición tradicional de conjuntos de referencia (mismo principio activo, forma/farmacéutica equivalente, y vía de administración común).

Recomendación 6: Realizar un posicionamiento formal sobre la intercambiabilidad de medicamentos biológicos y biosimilares cuando exista evidencia clínica favorable

Para poder dar cumplimiento a esta recomendación, el Estudio de distribución mayorista de medicamentos instaba a las autoridades competentes a realizar un análisis de la evidencia clínica sobre la intercambiabilidad de los biosimilares con medicamentos biológicos, con el fin de poder determinar la seguridad del intercambio de ambos fármacos.

Como ya indicó el IPN/CNMC/006/25, el APL no recoge directamente un posicionamiento formal sobre la sustitución e intercambiabilidad de manera expresa, aunque sí cabe deducirla cuando establece que *“todos los medicamentos incluidos en la misma descripción clínica del producto con formato o en la misma*

¹⁰⁹ Artículo 86.1 del APL.

¹¹⁰ Aragón, Navarra, Castilla-La Mancha y Galicia han elaborado normas reglamentarias en este sentido y Cataluña, Murcia guías. La Comunidad de Madrid está tramitando un proyecto de decreto que lo regula y que ha sido objeto de informe por parte de la CNMC ([IPN/CNMC/029/25](#)).

¹¹¹ El documento está disponible [aquí](#).

agrupación homogénea, incluyendo los medicamentos biosimilares, son igualmente dispensables por el farmacéutico de oficina de farmacia a elección del paciente”¹¹².

Más allá del reconocimiento legal, en julio de 2022 la EMA y los responsables de las agencias nacionales (en la que está incluida la AEMPS) emitieron una declaración conjunta en la que confirmaban que los medicamentos biosimilares aprobados en la UE son intercambiables con su medicamento de referencia (biológico), o con un biosimilar equivalente¹¹³.

En todo caso, esta equivalencia solo se reconoce una vez se ha llevado a cabo una evaluación científica por parte de la EMA y la AEMPS establece su equivalencia y concede la autorización final para su comercialización en España¹¹⁴.

Recomendación 7: Desarrollar campañas de información y educación sanitaria sobre los medicamentos genéricos y biosimilares

El APL de los medicamentos y productos sanitarios¹¹⁵ establece, de manera general, que “las administraciones públicas desarrollarán acciones informativas, educativas y demás que procedan” para garantizar que la prescripción de medicamentos en el SNS se haga “*para prevenir la enfermedad, mantener y recuperar la salud de los pacientes y respetar la sostenibilidad del sistema y los intereses de los pacientes*”, donde podría entenderse incluido el uso de medicamentos genéricos y biosimilares, que contribuyen de manera indubitada a la sostenibilidad del sistema.

En la práctica, desde la publicación del estudio sobre distribución mayorista de medicamentos, se han llevado a cabo algunas campañas sobre el uso de medicamentos genéricos y biosimilares. A nivel estatal, en 2022 se lanzó la campaña¹¹⁶ “*Medicamentos genéricos y biosimilares: eficaces para ti, eficaces para la Sanidad*”, que contó con vídeos en las lenguas cooficiales, así como *banners* estáticos y dinámicos. Actualmente está disponible en la página web¹¹⁷ del Ministerio de Sanidad la información sobre la campaña “*Medicamentos genéricos: mejoras tú, mejoramos todos y todas*”.

¹¹² Artículo 101.4.

¹¹³ *European Medicines Agency* (2023).

¹¹⁴ Directiva 2001/83/CE.

¹¹⁵ Artículo 97.1.

¹¹⁶ Se puede consultar en este [enlace](#).

¹¹⁷ Disponible en este [enlace](#).

A nivel regional, cabe mencionar, a modo de ejemplo, el acuerdo firmado en abril de 2024 entre el Servicio Andaluz de Salud (SAS) y el Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CACOF)¹¹⁸ para promover la dispensación de medicamentos genéricos en las oficinas de farmacia cuando se prescriba por principio activo.

En consecuencia, se puede considerar que las actuaciones recientes de las autoridades están alineadas con esta recomendación.

Recomendación 8: Reformar el actual sistema de márgenes de distribución proporcionales al precio por otro relacionado con los servicios prestados

De acuerdo con la recomendación del Estudio de distribución mayorista de medicamentos, los márgenes de distribución mayorista deberían basarse, al menos parcialmente, en los servicios de distribución, en términos de seguridad, eficacia, rapidez y control de la medicación o en la distribución a zonas rurales y despobladas.

El APL de medicamentos y productos sanitarios¹¹⁹ mantiene el sistema actual por el que los márgenes son fijados por el Gobierno, *“de forma general o por grupos o sectores, tomando en consideración criterios de carácter técnico-económico y sanitario”*. De esta manera, el PVP se determinará agregando al PVL *“los márgenes correspondientes a las actividades de distribución mayorista y dispensación al público”*.

Sin embargo, añade un nuevo inciso, que permite al Ministerio de Sanidad *“establecer modalidades alternativas de retribución de los servicios farmacéuticos en grupos o subgrupos de productos en los que, por sus características y especificidades, se adecuen mejor a los fines de prestación del servicio, acceso y sostenibilidad”*.

En tanto no existe una concreción de estos elementos, no es posible hacer una evaluación sobre el grado de seguimiento de esta recomendación. En todo caso, no se especifica si esta modalidad alternativa de retribución afecta a la distribución mayorista y a la minorista.

Recomendación 9: Introducir un sistema de retorno o *clawback*, para que los descuentos ofrecidos en el canal de distribución se puedan trasladar como menor coste al SNS

Respecto a esta recomendación, el Estudio de distribución mayorista señalaba que para que este mecanismo de devolución tenga éxito debe diseñarse con cautela en

¹¹⁸ Más información [aquí](#).

¹¹⁹ Artículo 111.1.

aspectos como el acceso a la información comercialmente sensible a la que pueden acceder los operadores.

A nivel estatal, el APL de los medicamentos y productos sanitarios no prevé el establecimiento de un sistema de retorno¹²⁰, ya que cuando regula la determinación de los precios solo tiene en consideración el PVL y los márgenes de distribución y dispensación al público. No sigue, por tanto, una de las acciones previstas en el [Plan de acción](#) para fomentar la utilización de los medicamentos biosimilares y genéricos que menciona el Estudio de distribución mayorista¹²¹.

Algunas CCAA han implementado iniciativas para tratar de conseguir que los descuentos que puedan aplicar los fabricantes o los distribuidores reviertan en un ahorro a los sistemas de salud. Así, el [acuerdo](#) firmado en 2024 entre el Servicio andaluz de salud (SAS) y el Consejo andaluz de colegios oficiales de farmacéuticos (CACOF) preveía que los farmacéuticos deberían destinar al SAS el 5% del importe de la facturación que hagan por la venta de genéricos. En la misma línea, la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Junta de Extremadura y BioSim¹²² han firmado en 2025 un [convenio](#) para promover la eficiencia en el uso de medicamentos biológicos a través de programas de ganancias compartidas en centros sanitarios del Servicio Extremeño de Salud. No obstante, estas medidas se ven limitadas a zonas geográficas específicas y a un tipo de concreto de medicamentos, lo que implica una especial vigilancia para evitar que este tipo de actuaciones puedan generar discriminaciones injustificadas desde el punto de vista de los principios de buena regulación.

Recomendación 10: Revisar el sistema de precios notificados

El Estudio de distribución mayorista destacaba la asimetría regulatoria que supone este sistema para los medicamentos desfinanciados y aquellos que nunca estuvieron financiados por el SNS, al someter a los primeros a un control administrativo de precios por motivos que también podría ser de aplicación para los segundos.

El APL de los medicamentos y los productos sanitarios¹²³ mantiene la obligación de comunicar los precios de comercialización y las variaciones en los precios de los

¹²⁰ Artículo 111.2.

¹²¹ Sí que mantiene, aunque con alguna modificación, otras actuaciones para favorecer la sostenibilidad del gasto farmacéutico, como los acuerdos de financiación, los descuentos asociados a deducciones en la facturación o la devolución por parte de las compañías de un volumen de ventas al SNS.

¹²² BioSim es una asociación sin ánimo de lucro que integra a todas las compañías farmacéuticas que investigan, desarrollan y producen medicamentos biosimilares.

¹²³ Artículo 107.

medicamentos que han dejado de estar financiados por el SNS, pero elimina la necesidad de que el órgano competente resuelva sobre su conformidad con los precios propuestos. **De esta manera, una vez en vigor el APL, se estaría cumpliendo con la recomendación.**

Recomendación 11: Revisar la normativa sobre integración vertical entre el canal de distribución mayorista y minorista

El APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene la prohibición explícita ¹²⁴, prevista en el Texto Refundido, de que el farmacéutico que ejerce en una oficina de farmacia pueda compatibilizar su actividad con cualquier otra clase de intereses económicos directos de los laboratorios, las entidades de intermediación y/o de distribución. Incluso extiende la incompatibilidad a las compañías comercializadoras de otras tecnologías sanitarias. Todo ello impide que se obtengan los potenciales beneficios de la integración vertical.

El texto del APL publicado en audiencia pública y analizado por la CNMC en el IPN/CNMC/006/25 no incorpora la excepción a esta prohibición por la que se permite que, en determinadas circunstancias, los farmacéuticos formen parte de cooperativas existentes antes del fin de julio de 2006. En tanto no se prevé un régimen transitorio que permita a los operadores reorganizar la distribución, cabría pensar que se trata de una omisión involuntaria. En consecuencia, habrá que esperar a nuevas versiones del texto para determinar el grado de seguimiento de la recomendación.

¹²⁴ Artículo 4.2.

Tabla 12 Resumen sobre el grado de seguimiento de las recomendaciones del Estudio de distribución mayorista

| Recomendaciones del Estudio | | Seguimiento de las recomendaciones |
|---------------------------------|---|--|
| Medicamentos innovadores | 1 | <p>Reforzar los Informes de Posicionamiento Terapéutico como documento de referencia completo y transparente para apoyar las decisiones de financiación y su precio.</p> <p>La recomendación ha sido tenida en cuenta en proyectos normativos que están pendientes de aprobación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El APL de los medicamentos y productos sanitarios y - El proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias. |
| | 2 | <p>Llevar a cabo una evaluación terapéutica y económica continua y repetida en el tiempo de los medicamentos innovadores mediante el uso de nuevas tecnologías y el big data.</p> <p>Un elemento de la recomendación ha sido abordado a nivel europeo. Algunos otros elementos han sido tenidos en cuenta parcialmente en proyectos normativos que todavía están siendo tramitados:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se prevén revisiones no sistemáticas de la evaluación en el proyecto de Real Decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias y, para la revisión de los precios de financiación, en el APL de los medicamentos y productos sanitarios. - Se contempla una estrategia global de comunicación de datos sobre medicamentos y productos sanitarios en el APL de los medicamentos y productos sanitarios. - Se está tramitando el APL de salud digital, con habilitación legal para el uso secundario de datos personales de salud por parte de las administraciones públicas. - En 2022 la EMA ha puesto en marcha la Iniciativa DARWIN (<i>Data Analysis and Real World Interrogation Network</i>) relativa evidencia del mundo real. |

| | | | |
|------------------------------------|---|---|--|
| Medicamentos en competencia | 3 | Reformar el Sistema de Precios de Referencia (SPR) para incentivar una competencia real en precios. | <p>La recomendación se ha tenido en cuenta en un proyecto normativo todavía pendiente de aprobación. El APL de los medicamentos y productos sanitarios prevé un sistema basado en dos instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los precios seleccionados, a nivel de agrupación homogénea, que serán financiados por el SNS y - El sistema de precios de referencia (máximo a financiar por el SNS), con posibilidad de que el paciente abone la diferencia de precio. |
| | 4 | Modificar las políticas de prescripción y dispensación para impulsar la competencia entre medicamentos originales y genéricos, fomentando la capacidad de elección del paciente. | <p>Una parte de la recomendación ha sido observada. El resto ha sido tenido en cuenta en un proyecto normativo todavía pendiente de aprobación.</p> <p>El APL de los medicamentos y productos sanitarios:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Consagra la prescripción por principio activo, con carácter general, - Elimina la obligación de sustituir por el medicamento de menor precio, - Prevé que los sistemas de apoyo a la prescripción recojan información sobre los precios e impacto medioambiental. <p>La Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios habilita a las farmacias a facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten. Varias CCAA han elaborado normas o guías para facilitar este servicio. Los criterios mínimos han sido consensuados entre la AEMPS y las CCAA.</p> |
| | 5 | Definir los conjuntos de referencia del Sistema de Precios de Referencia de la forma más procompetitiva posible. | La recomendación no ha sido tomada en cuenta en el proyecto normativo que está en tramitación. El APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene la formación de los conjuntos de referencia a través del nivel 5 del ATC. |
| | 6 | Realizar un posicionamiento formal sobre la intercambiabilidad de medicamentos biológicos y biosimilares cuando exista evidencia clínica favorable. | <p>La recomendación ha sido tomada en cuenta a nivel europeo y en una norma nacional en proceso de tramitación:</p> <ul style="list-style-type: none"> - En 2022 la EMA y las agencias nacionales publicaron una declaración conjunta sobre la intercambiabilidad. - El APL de los medicamentos y productos sanitarios establece la intercambiabilidad de los medicamentos incluidos en la misma agrupación homogénea. |
| | 7 | Desarrollar campañas de información y educación sanitaria sobre los medicamentos genéricos y biosimilares. | <p>La recomendación ha sido objeto de seguimiento a nivel nacional y autonómico:</p> <ul style="list-style-type: none"> - El APL de los medicamentos y productos sanitarios prevé acciones informativas y educativas que procedan para prevenir la enfermedad, mantener y recuperar la salud y respetar la sostenibilidad del sistema y los intereses de los pacientes. - Ha habido diversas campañas sobre el uso de medicamentos genéricos y biosimilares en el ámbito estatal y autonómico. |

| | | | |
|---------------------------------------|----|---|--|
| Retribución de la distribución | 8 | Reformar el actual sistema de márgenes de distribución proporcionales al precio por otro relacionado con los servicios prestados. | La recomendación no parece haber sido objeto de seguimiento. No está claro que el APL de los medicamentos y productos sanitarios prevea este sistema a nivel de distribución mayorista. |
| | 9 | Introducir un sistema de retorno o clawback , para que los descuentos ofrecidos en el canal de distribución se puedan trasladar como menor coste al SNS. | La recomendación ha sido objeto de seguimiento parcial: <ul style="list-style-type: none"> - El APL de los medicamentos y productos sanitarios no incluye un sistema de retorno. - Existen algunas iniciativas a nivel de CCAA. |
| Medicamentos desfinanciados | 10 | Revisar el sistema de precios notificados . | La recomendación ha sido objeto de seguimiento en una norma que todavía está en tramitación. El APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene el sistema de precios notificados, aunque ha eliminado la necesidad de que el órgano competente resuelva sobre su conformidad con los precios propuestos. |
| Integración vertical | 11 | Revisar la normativa sobre integración vertical entre el canal de distribución mayorista y minorista. | La recomendación no ha sido tomada en cuenta. El APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene las restricciones actualmente vigentes sobre la integración vertical. |

Fuente: elaboración propia.

3.1.2. Cumplimiento de las recomendaciones sobre distribución minorista

Recomendación 1: Mayores libertades en el acceso al mercado

La primera recomendación del Estudio de distribución minorista de medicamentos se refería a la necesidad de eliminar los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre estas y los centros de salud.

Desde su publicación en 2015, la mayor parte de las CCAA no han modificado la regulación en este ámbito, con la excepción de Madrid y La Rioja, donde los cambios introducidos tampoco parecen en línea con las recomendaciones del Estudio.

- En el caso de Madrid, la normativa vigente hasta 2022 permitía una oficina de farmacia por cada 2.800 habitantes en zonas farmacéuticas urbanas (y otra adicional por cada fracción superior a 2.000 habitantes), reduciéndose este umbral a una oficina por cada 2.000 habitantes en las zonas rurales. La nueva regulación ha endurecido los anteriores umbrales al establecer ahora un criterio modular general por el que se permite una oficina de farmacia por cada módulo de 3.000 habitantes (y otra por cada fracción superior a 2.000). A cambio, se ha introducido cierta flexibilización en el ejercicio de la actividad para los municipios con población inferior a 2.000 habitantes, en términos de horario o de tamaño de los locales. Las distancias mínimas entre oficinas de farmacia y de estas respecto a los centros de salud se mantienen en 250 metros y 150 metros, respectivamente ¹²⁵.
- En La Rioja, anteriormente se planificaba con módulos de 2.800 habitantes/farmacia (y una más por cada fracción de más de 2.000 habitantes) para las zonas urbanas y de 2.000 habitantes/farmacia para las zonas rurales (permitiendo a los municipios de más de 400 habitantes tener una oficina de farmacia). Tras la reforma, en ambos casos el módulo se ha igualado a 2.800 habitantes y fracción de 1.500. Además, se permite la existencia de una farmacia en las zonas farmacéuticas especiales (caracterizadas por su baja densidad y dispersión de población, estructura demográfica y características geográficas de aislamiento), así como en los sectores de expansión urbanístico que cuenten con más de 2.000 habitantes. La distancia mínima entre las farmacias y de las farmacias con los centros de salud se mantiene, en ambos casos, en 250 metros.

¹²⁵ Adicionalmente, se han introducido nuevos límites a la transmisión de las farmacias, al exigir que haya estado bajo la misma titularidad seis años (cuatro, en el caso de oficinas de farmacia en municipios de menos de 2.000 habitantes).

Por otra parte, en Castilla-La Mancha se está tramitando una reforma legal¹²⁶ por la que se eliminaría el requisito de distancia mínima con el centro de salud en aquellas poblaciones con menos de 1.500 habitantes. También se eliminaría el requisito de distancia mínima entre dos farmacias para las localidades con alta densidad de población y que no cuenten con locales disponibles.

En consecuencia, la recomendación del estudio no ha sido objeto de seguimiento por las CCAA, con carácter general, ya que la mayor parte de ellas no han reformado el sistema de planificación. Existen algunas excepciones, que introducen una mayor flexibilidad respecto a los módulos de población en determinadas zonas y respecto a las distancias mínimas entre farmacias, si bien son cambios limitados.

Recomendación 2: Mayores libertades en el ejercicio de la actividad

El Estudio de distribución minorista se refería a varias cuestiones:

- Respecto a los medicamentos no sujetos a prescripción médica el estudio recomienda: (1) permitir su venta en otros establecimientos; (2) eliminar la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web y (3) eliminar el límite del 10% a los descuentos en la venta que se pueden aplicar.
- En cuanto a los medicamentos sujetos a prescripción médica: (1) ampliar los supuestos en que es posible su dispensación a establecimientos especializados (hospitales y centros de salud) que cumplan con las condiciones técnicas necesarias y (2) permitir su venta a través de sitios web, con el requisito de que la dispensación se realice por un técnico competente.
- Ampliar a otros técnicos competentes la posibilidad de dispensar medicamentos.

Estas recomendaciones no han sido incorporadas a la normativa y, de la lectura del APL de los medicamentos y productos sanitarios¹²⁷, la intención del legislador es mantener la regulación en términos análogos a los de la normativa vigente. En primer lugar, la custodia, conservación y dispensación de medicamentos se limita a las oficinas de farmacia. Solo se amplía a los servicios de farmacia de los hospitales y centros de salud para su aplicación

¹²⁶ [Proyecto de ley](#) por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.

¹²⁷ Artículo 3.7.

dentro de dichas instituciones o para los medicamentos que exijan una particular vigilancia ¹²⁸.

En segundo lugar, la venta por correspondencia y por medios electrónicos se restringe a los medicamentos no sujetos a prescripción médica y, en todo caso, debe realizarse a través de una farmacia autorizada ¹²⁹. No obstante, se habilita a las CCAA a regular la dispensación de medicamentos en modalidad no presencial, en centros sanitarios o en el domicilio del paciente, cuando concurren situaciones sanitarias excepcionales o por las especiales condiciones del paciente (situación clínica, de dependencia, vulnerabilidad, riesgo o distancia física) ¹³⁰. Algunas de las CCAA, como Madrid ¹³¹ o Castilla-La Mancha ¹³², están regulando esta posibilidad.

En tercer lugar, no se ha modificado la limitación a los descuentos aplicables a los medicamentos de precio libre ¹³³.

Finalmente, no se ha ampliado el espectro de profesionales que pueden dispensar los medicamentos, de manera que sigue limitado a los farmacéuticos y a los profesionales de la medicina, odontología, veterinaria y podología respecto a los medicamentos necesarios para el ejercicio de su actividad profesional ¹³⁴.

Recomendación 3: Mayor libertad en la propiedad de las oficinas de farmacia

Esta recomendación del Estudio de distribución minorista se concretaba en tres elementos:

- Eliminar el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente farmacéuticos colegiados.
- Permitir la propiedad de más de una oficina de farmacia.
- Eliminar la restricción a la integración vertical de las oficinas de farmacia.

¹²⁸ Artículo 3.10.

¹²⁹ Artículo 3.7.

¹³⁰ Artículo 3.12. Esta posibilidad se incluyó en el artículo 3.8 del Texto Refundido tras la pandemia del COVID-19.

¹³¹ Proyecto de Decreto por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2022, de 21 de diciembre.

¹³² Proyecto de ley por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.

¹³³ Artículo 4 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo.

¹³⁴ Artículo 3.7.

Esta recomendación no ha sido objeto de seguimiento por parte del regulador, ni se prevé que vaya a serlo en los proyectos normativos que están en fase de elaboración. Así, a nivel estatal no se ha identificado una propuesta de revisión de la Ley General de Sanidad en lo que se refiere a la necesidad de que los titulares de las oficinas de farmacia sean farmacéuticos ¹³⁵.

Respecto a la integración vertical, como ya se ha mencionado en el análisis del seguimiento de las recomendaciones del Estudio de distribución mayorista, el APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene la prohibición explícita a la integración vertical.

Finalmente, tampoco se han identificado cambios en la normativa autonómica respecto a la prohibición de integración horizontal ¹³⁶.

Recomendación 4: Incremento de la eficiencia en la retribución de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos

Esta recomendación implica establecer un sistema de financiación para las oficinas de farmacia en los que haya una correspondencia efectiva entre los servicios que prestan y la remuneración que perciben. En particular, sería deseable que el sistema diera incentivos a mejorar la calidad de los servicios ofertados o remunerara servicios adicionales que pudieran ser especialmente beneficiosos para los pacientes.

Como ya se ha indicado al analizar la retribución de la distribución mayorista, el APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene el sistema actual de determinación de los precios mediante la agregación del PVP y de los márgenes de distribución y dispensación, para cuya determinación habrán de considerarse “*criterios de carácter técnico-económico y sanitario*” ¹³⁷.

Como novedad, se prevé la posibilidad de establecer “*modalidades alternativas de retribución de los servicios farmacéuticos en grupos o subgrupos de productos en los que, por sus características y especificidades, se adecuen mejor a los fines de prestación del servicio, acceso y sostenibilidad*” ¹³⁸. **Esta previsión va orientada en la dirección marcada por la recomendación si bien, para hacer una evaluación sería necesario, como ya se ha indicado**

¹³⁵ Artículo 103.4.

¹³⁶ Por ejemplo, la ley aprobada en La Rioja en 2025 sigue manteniendo que “*solo se podrá ser titular y tener la propiedad de una única oficina de farmacia o cotitular y tener la propiedad de parte de una única oficina de farmacia*”; la ley de Madrid de 2022 establece que el farmacéutico titular “*únicamente podrá ser titular propietario o cotitular propietario de una sola oficina de farmacia*”.

¹³⁷ Artículo 111.1.

¹³⁸ Artículo 111.3.

anteriormente, clarificar si afecta a la distribución mayorista y a la minorista y especificar los criterios que determinarían la selección de dichos productos.

Para su definición podría servir la experiencia de ciertos proyectos que acaban de ponerse en marcha. Estos se limitan, de momento, al ámbito rural donde las farmacias son, en muchos casos, el único establecimiento sanitario fácilmente accesible. En marzo de 2023 se firmó el Convenio del Programa de la farmacia comunitaria rural entre el Gobierno y el CGCOF que tiene entre sus objetivos la mejora de la atención sanitaria, social y asistencial en estas áreas a través de las oficinas de farmacia¹³⁹. Dentro de este marco se ha firmado un convenio en La Rioja en octubre de 2025¹⁴⁰ para la puesta en marcha del proyecto piloto y que contempla subvenciones para compensar los servicios prestados. También se ha firmado uno en el ámbito de la Comunidad de Madrid en diciembre de 2025¹⁴¹.

Recomendación 5: Mayor libertad en los horarios de apertura de las oficinas de farmacia

El Estudio de distribución minorista proponía la eliminación de los obstáculos regulatorios y/o administrativos que dificultan la ampliación voluntaria de horario por parte de las oficinas de farmacia que así lo deseen, una vez asegurado el cumplimiento de los horarios mínimos de apertura y los turnos de guardia.

Algunas CCAA (Aragón¹⁴², Galicia¹⁴³, Navarra¹⁴⁴, Madrid¹⁴⁵) han actualizado o están revisando la regulación sobre los horarios de las oficinas de farmacia en los últimos años. **A pesar de que los cambios implican una cierta flexibilización¹⁴⁶, no se estaría cumpliendo la recomendación** porque en

¹³⁹ Más información [aquí](#).

¹⁴⁰ Para mayor detalle, ir a este [enlace](#).

¹⁴¹ El convenio está disponible [aquí](#).

¹⁴² [Decreto 124/2017](#), de 18 de julio, del Gobierno de Aragón, por el que se modifica el Reglamento de desarrollo de la Ley 4/1999, de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica, en materia de oficinas de farmacia y botiquines, aprobado por Decreto 197/2009, de 17 de noviembre.

¹⁴³ [Decreto 228/2022](#), de 29 de diciembre, de horarios, turnos de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia.

¹⁴⁴ [Decreto foral 88/2024](#), de 9 de octubre, por el que se regula el horario de atención al público, el servicio de guardia y el cierre temporal de las oficinas de farmacia.

¹⁴⁵ Proyecto de Decreto del Consejo de gobierno por el que se desarrolla parcialmente la Ley 13/2022, de 21 de diciembre.

¹⁴⁶ Con carácter general, se observa una flexibilización, especialmente en los horarios en las zonas de menor población, con un menor número de horas diarias (como en Navarra, donde

todos los casos se mantienen las restricciones consistentes en ajustar la ampliación voluntaria de horarios a módulos u horquillas predefinidos y en requerir que el periodo sea de aplicación durante el año natural siguiente a su comunicación a la autoridad competente.

Recomendación 6: Mayor libertad en la publicidad de las oficinas de farmacia

El Estudio de distribución minorista recomendaba eliminar la prohibición de la publicidad de las oficinas de farmacia, siempre que se ajuste a lo previsto en la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias¹⁴⁷. Esta recomendación **no ha sido objeto de seguimiento por las CCAA, con carácter general**. La mayor parte de ellas han mantenido la prohibición expresa y otras muchas, aunque no lo prohíben, no regulan las condiciones bajo las que puede llevarse a cabo, como se muestra en la Tabla 13.

Madrid y La Rioja constituyen la excepción, al haber incluido en sus respectivas leyes una regulación explícita que permite a las oficinas de farmacia publicitar sus actividades y servicios en sus locales, webs corporativas y otras herramientas propias de la sociedad de la información (como los servicios de mensajería instantánea que menciona la regulación de La Rioja), aunque no más allá de este ámbito. En ambos casos se establece que las prácticas publicitarias no pueden condicionar el ejercicio del derecho a la libre elección de la oficina de farmacia por parte del paciente reconocido en la normativa básica¹⁴⁸. Por otra parte, en el caso de Madrid, la ley específica que esa publicidad puede referirse a la venta online de productos de parafarmacia, productos sanitarios y medicamentos no sujetos a prescripción médica.

se pasa de 6 a 5 de lunes a viernes) o permitiendo un horario continuo (en Aragón, Galicia y Madrid).

En el régimen general, cabe mencionar que el proyecto normativo de Madrid elimina el sistema de módulos para dar la opción de abrir 24 horas o de ampliar el horario entre las 6 y las 23 horas de lunes a viernes. Sin embargo, endurece el horario de los domingos y festivos, que deberá coincidir con el de los sábados.

¹⁴⁷ Artículo 44 de la [Ley 44/2003](#), de 21 de noviembre.

¹⁴⁸ En el artículo 111.b.6ª del Texto Refundido se califica como infracción grave “coartar la libertad del usuario en la elección de la oficina de farmacia mediante cualquier acto u omisión”.

Tabla 13 Regulación sobre la publicidad de las oficinas de farmacia en las CCAA

| Comunidad Autónoma | No regulación | Prohibición expresa | Autorización expresa |
|--------------------|---------------|---------------------|----------------------|
| Andalucía | x | | |
| Aragón | | x | |
| Asturias | | x | |
| Baleares | | x | |
| Canarias | | x | |
| Cantabria | | x | |
| Castilla y León | x | | |
| Castilla-La Mancha | x | | |
| Cataluña | x | | |
| C. Valenciana | x | | |
| Extremadura | | x | |
| Galicia | | x | |
| Madrid | | | x |
| Murcia | | x | |
| Navarra | | x | |
| País Vasco | x | | |
| La Rioja | | | x |

Fuente: elaboración propia a partir de la normativa de las CCAA.

Sin embargo, esta situación podría cambiar tras la reciente Sentencia del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE)¹⁴⁹, en la que concluye que la prohibición general y absoluta de publicidad de farmacias y sus actividades de la regulación de Polonia vulnera el Derecho de la Unión. En concreto:

- El artículo 8 de la Directiva de comercio electrónico¹⁵⁰, que garantiza que todos los miembros de una profesión regulada puedan utilizar los servicios de la sociedad de la información para promocionar sus actividades profesionales, quienes deben cumplir, al mismo tiempo, las normas profesionales aplicables. De acuerdo con el TJUE esto implica *que “aunque las normas profesionales pueden determinar el contenido y la forma de las comunicaciones comerciales (...) no pueden suponer una prohibición general y absoluta de este tipo de comunicaciones”*.
- Los principios de libertad de establecimiento y libre prestación de servicios (artículos 49 y 56 del TFUE). El TJUE ha considerado que, en el caso de Polonia, la prohibición suponía una restricción a estos principios que no

¹⁴⁹ [Sentencia](#) del Tribunal de Justicia de la Unión Europea (TJUE) de 19 de junio de 2025, Comisión c. Polonia, C-200/24.

¹⁵⁰ [Directiva 2000/31/CE](#) del Parlamento Europeo y del Consejo, de 8 de junio de 2000, relativa a determinados aspectos jurídicos de los servicios de la sociedad de la información, en particular el comercio electrónico en el mercado interior.

estaba justificada en términos de necesidad, adecuación y proporcionalidad¹⁵¹.

Recomendación 7: Revisión favorable a la competencia en los criterios de concesión de autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias

El Estudio recomendaba a las CCAA suprimir de los concursos de méritos para la apertura de las oficinas de farmacia aquellos requisitos que pudieran suponer una barrera de acceso al mercado para los titulados farmacéuticos recientes o que no respondieran al objetivo de asegurar una adecuada atención farmacéutica.

Analizando las reformas recientes, se ha observado que la Ley aprobada por la Comunidad de Madrid en 2022 iría en esta línea, al prever que no podrán ser tenidos en consideración los méritos de experiencia profesional y de formación que ya hubiesen sido valorados en convocatorias anteriores y por los que al farmacéutico hubiera sido adjudicatario en los diez años anteriores.

Recomendación 8: Mantenimiento y promoción de la competencia en el suministro de medicamentos a centros sociosanitarios

Esta recomendación busca eliminar ciertos requisitos regulatorios que obligan a que los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios privados tengan que ser suministrados por oficinas de farmacia de la zona y por los cuales se establecen turnos rotatorios entre dichas farmacias para el suministro, lo que implica un reparto de mercado.

El seguimiento de esta recomendación ha sido parcial entre las CCAA. Por un lado, la vinculación territorial se mantiene en la normativa aprobada en los últimos años en las regiones de Madrid y La Rioja. Por otro lado, los turnos rotatorios no fueron incluidos finalmente en la normativa de Castilla-La Mancha, tras el pronunciamiento de la extinta CNC¹⁵², pero se han mantenido en la regulación murciana.

¹⁵¹ Polonia argumentó que la prohibición estaba amparada en las razones imperiosas de interés general de limitar el consumo excesivo de medicamentos y de preservar de la independencia profesional de los farmacéuticos, quienes podrían verse presionados por los propietarios de las farmacias para aumentar las ventas. Respecto al primer punto, el TJUE considera que Polonia no ha acreditado cómo la promoción de una oficina de farmacia podría impactar en un consumo excesivo de medicamentos ni que la norma haya conseguido reducir el consumo de medicamentos. En relación con el segundo punto, el TJUE considera que la medida es desproporcionada, porque la protección a los farmacéuticos podría conseguirse con medidas menos restrictivas y más centradas en el control del contenido de la publicidad.

¹⁵² En el expediente 639/08 Colegio Farmacéuticos Castilla-La Mancha, la CNC declaró como conducta restrictiva de la competencia mediante Resolución de 14 de abril de 2009¹²³, el establecimiento de turnos rotatorios a través de un acuerdo de colaboración entre el Servicio

Recomendación 9: Eliminación de la obligatoriedad de colegiación para titulares y farmacéuticos contratados en oficinas de farmacia

El Estudio de distribución minorista considera que la colegiación obligatoria para ejercer en oficinas de farmacia o para ser titular de la misma es innecesaria para el desarrollo de las funciones del farmacéutico e impone un coste innecesario que se traduce en una barrera de entrada al mercado.

A pesar de lo anterior, no se ha eliminado esta restricción de la normativa de las CCAA.

Recomendación 10: Eliminación de la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en determinados servicios económicos en la dispensación minorista de medicamentos

Más concretamente, el Estudio se refería a la actuación de los colegios oficiales de farmacéuticos como intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de recetas de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS.

A pesar de los desarrollos en tecnologías de la información de las farmacias y de la implantación de la receta electrónica, **este sistema sigue funcionando, sin que la recomendación, por tanto, haya sido objeto de seguimiento por parte de las CCAA.**

de Salud de Castilla-La Mancha (SESCAM) y el Consejo de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de Castilla-La Mancha.

Tabla 14 Resumen sobre el grado de seguimiento de las recomendaciones del Estudio de distribución minorista

| Recomendaciones del Estudio | | Seguimiento de las recomendaciones |
|----------------------------------|---|--|
| Acceso al mercado | 1 Eliminar los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre estas y los centros de salud. | La recomendación no ha sido objeto de seguimiento por parte de las CCAA. Las reformas normativas tramitadas, como en la Comunidad de Madrid y La Rioja, no eliminan estas restricciones. |
| Ejercicio de la actividad | 2 - Para los medicamentos no sujetos a prescripción médica , eliminar la reserva de venta en farmacia , permitiendo su venta en otros establecimientos y a través de sitios web. Eliminar también el límite del 10% a los descuentos. - Para los medicamentos sujetos a prescripción, permitir la venta a través de sitios web , con el requisito de que la dispensación se realice por un técnico competente. | La recomendación no ha sido objeto de seguimiento, ni se contempla en la normativa en tramitación. El APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene la regulación en términos análogos a la vigente. |
| Propiedad | 3 - Eliminar el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente farmacéuticos colegiados. - Permitir la propiedad de más de una oficina de farmacia. - Eliminar la restricción a la integración vertical de las oficinas de farmacia. | La recomendación no ha sido objeto de seguimiento, ni se contempla en la normativa que se está tramitando: - No se prevé modificar la reserva de la titularidad de las farmacias de los farmacéuticos de la Ley General de Sanidad. - El APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene las restricciones actualmente vigentes sobre la integración vertical. - No se prevén cambios en la normativa de las CCAA respecto a la prohibición de integración horizontal. |
| Retribución | 4 Incremento de la eficiencia en la retribución de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos. | La recomendación ha sido tomada en cuenta: - Las CCAA no han tenido en cuenta esta recomendación. Los colegios oficiales de farmacéuticos siguen actuando como intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de recetas de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. - En iniciativas estatales y autonómicas en el ámbito rural. |

| | | | |
|--|----|---|--|
| Condiciones de ejercicio | 5 | Mayor libertad en los horarios de apertura de las oficinas de farmacia. | Las modificaciones operadas en la normativa autonómica no van en el sentido indicado por la recomendación, aunque algunas CCAA como Aragón, Galicia, Navarra o Madrid han flexibilizado algo el régimen de horarios de apertura. |
| | 6 | Mayor libertad en la publicidad de las oficinas de farmacia. | La recomendación ha sido objeto de seguimiento por parte de algunas CCAA, como Madrid y La Rioja. La STJUE de 19 de junio de 2025 (Comisión c. Polonia), que concluye que la prohibición general y absoluta de publicidad de farmacias y sus actividades de la regulación de Polonia vulnera el Derecho de la Unión, podría provocar en el futuro modificaciones en la normativa de otras CCAA. |
| Requisitos de los farmacéuticos | 7 | Revisión favorable a la competencia en los criterios de concesión de autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias. | La recomendación ha sido objeto de seguimiento en algunas CCAA, como Madrid, donde no se valoran los méritos y la experiencia valorados en convocatorias anteriores que hayan dado lugar a la adjudicación de una farmacia. |
| | 9 | Eliminación de la obligatoriedad de colegiación para titulares y farmacéuticos contratados en oficinas de farmacia. | La recomendación no ha sido objeto de seguimiento por parte de las CCAA, quienes mantienen la restricción en su normativa. |
| Requisitos de las farmacias para determinados servicios | 8 | Mantenimiento y promoción de la competencia en el suministro de medicamentos a centros sociosanitarios. | La recomendación ha sido objeto de seguimiento por parte de algunas CCAA. Con carácter general, la vinculación territorial se mantiene en la normativa regional y se mantienen los turnos rotatorios en algunas CCAA, como Murcia. |
| Servicios de los Colegios Oficiales | 10 | Eliminación de la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en determinados servicios económicos en la dispensación minorista de medicamentos. | Las CCAA no han tenido en cuenta esta recomendación. Los colegios oficiales de farmacéuticos siguen actuando como intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de recetas de los medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. |

Fuente: elaboración propia.

3.2. Evaluación de efectos

En apartados anteriores se han descrito las restricciones a la competencia en la cadena de distribución de los medicamentos identificadas en los Estudios, así como las recomendaciones realizadas y su seguimiento efectivo por parte de las autoridades competentes.

En este apartado se aporta información de interés para aproximar el orden de magnitud de los beneficios que podrían derivarse de la implementación completa de las recomendaciones de los Estudios.

El bajo nivel de seguimiento efectivo de las recomendaciones impide en general evaluar su impacto en el mercado español mediante la comparación de las variables relevantes antes y después de la implementación de las reformas correspondientes. Como alternativa, en algunos casos se ha recurrido a la evidencia disponible sobre los efectos de reformas similares adoptadas en países del entorno. No obstante, debe reconocerse que identificar el impacto individual de cada medida de forma separada presenta una alta complejidad. Esto se debe a que las reformas en el ámbito sanitario y farmacéutico suelen adoptarse conjuntamente en el marco de paquetes de políticas más amplios, lo que dificulta aislar los efectos específicos de cada acción particular. Se trata, además, de un sector singular, altamente regulado, donde las especificidades nacionales pueden ser determinantes.

3.3. Efectos potenciales de las recomendaciones del estudio de distribución mayorista

3.3.1. Recomendaciones relacionadas con los medicamentos innovadores

El Estudio de distribución mayorista incluye dos recomendaciones en este ámbito: reforzar los Informes de Posicionamiento Terapéutico (IPT) como documento de referencia completo y transparente para apoyar las decisiones de financiación y su precio (recomendación 1) y llevar a cabo una evaluación terapéutica y económica continua y repetida en el tiempo de los medicamentos innovadores mediante el uso de nuevas tecnologías y el *big data* (recomendación 2).

Existe evidencia que confirma que el acceso a medicamentos innovadores comporta beneficios claros para la salud de los pacientes y puede generar ahorros a medio-largo plazo para el Sistema Nacional de Salud¹⁵³.

¹⁵³ En un estudio específico para España sobre el impacto de medicamentos oncológicos, Lichtenberg (2023) muestra que la innovación realizada entre 1999 y 2016 se asocia a un

Sin embargo, **la evidencia empírica sobre el impacto que tienen los IPT sobre el gasto sanitario es relativamente escasa** (Trowman y otros, 2023). En línea con lo anterior, la Comisión Europea (2018) ha indicado que, al ser los IPT un recurso que se incorpora al proceso de decisión de la financiación y el precio de las tecnologías sanitarias, el impacto que tienen sobre esas variables es indirecto¹⁵⁴ y, por tanto, más difícil de cuantificar. En consecuencia, la mayor parte de los estudios se han centrado en los efectos directos: los resultados de los IPT y el grado en que sus recomendaciones han sido tenidas en cuenta en el proceso de decisión sobre la financiación de medicamentos y su precio¹⁵⁵.

Tampoco se ha identificado evidencia empírica específica respecto a la evaluación continua y repetida en el tiempo de los medicamentos innovadores mediante el uso de nuevas tecnologías y *big data*. Esto podría deberse a que es una tendencia relativamente novedosa entre las agencias de evaluación de tecnologías sanitarias.

Varios estudios señalan que el uso de evidencia del mundo real es cada vez más frecuente (Makady et al., 2018 al analizar los medicamentos para el melanoma en cinco agencias europeas entre 2011 y 2016; Purpura et al., 2021, para un estudio sobre la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos entre 2019 y 2021). Sin embargo, el potencial de la evidencia del mundo real todavía no se ha explotado suficientemente en diversas áreas terapéuticas, como complemento de la evidencia de los análisis clínicos (Jaksa et al., 2025, sobre su uso en las re-evaluaciones).

Como indican O'Rourke y otros (2020), no ha sido hasta 2020 cuando la Red Internacional de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias (INAHTA, por sus siglas en inglés) ha revisado la definición de evaluación de tecnologías sanitarias para incorporar la necesidad de que se haga durante todo su ciclo de vida. A partir de ese momento, diversas agencias han incrementado sus actividades de evaluación a lo largo del ciclo de vida del producto sanitario y,

incremento en la edad media de fallecimiento por cáncer de 2,77 años (el 96% del incremento observado) y que está vinculada con una reducción de 42.138 muertes en 2016. Estos resultados son consistentes con estudios previos para 27 países sobre todo tipo de medicamentos innovadores. Además del impacto sobre la salud de los pacientes, también cabría esperar un impacto positivo en el gasto farmacéutico del SNS. A pesar de que estos medicamentos se incorporan al SNS con precios elevados en muchos casos, en el largo plazo, el acceso temprano de los pacientes a medicamentos innovadores provocaría mejoras en la salud pública, reduciendo los costes asociados a hospitalizaciones

¹⁵⁴ Esta afirmación se refiere, en concreto, al impacto de la cooperación de los organismos encargados en la elaboración de los IPT, pero también sería de aplicación a las recomendaciones cuyo impacto se analiza.

¹⁵⁵ Para el caso de España, cabe citar el estudio de Badia, X. y otros (2020) que, partiendo de los medicamentos huérfanos financiados por España entre 2003 y 2019, concluye que los IPT facilitan las decisiones de financiación y de fijación del precio y que, desde su introducción, se ha reducido el tiempo que se tarda en tomar estas decisiones.

más concretamente, programas de re-evaluación una vez los productos y medicamentos han sido objeto de comercialización¹⁵⁶.

Las recomendaciones del estudio relacionadas con los IPT y la evaluación continua, por tanto, están siendo objeto de implementación continua a nivel nacional e internacional. Aunque los efectos positivos podrían ser relevantes, no existe por el momento evidencia empírica suficiente que permita cuantificar con precisión el impacto que su seguimiento en España podría tener.

3.3.2. Recomendaciones relacionadas con los medicamentos en competencia

El Estudio de distribución mayorista identificó que la interacción entre el sistema de precios de referencia y la regla de dispensación del medicamento con el precio más bajo de la agrupación cuando la prescripción se ha hecho por principio activo elimina los incentivos a que los laboratorios ofrezcan precios más competitivos. De esta manera, el sistema de precios de referencia actúa, al final, como un sistema de precios máximos.

Por este motivo, se incluyeron las siguientes recomendaciones para fomentar la competencia cuando los medicamentos ya no están protegidos por patente: reformar el Sistema de Precios de Referencia (recomendación 3), modificar las políticas de prescripción y dispensación para impulsar la competencia entre medicamentos originales y genéricos (recomendación 4), definir los conjuntos de referencia del Sistema de Precios de Referencia de la forma más pro-competitiva posible (recomendación 5), realizar un posicionamiento formal sobre la intercambiabilidad de medicamentos biológicos y biosimilares cuando exista evidencia clínica favorable (recomendación 6) y desarrollar campañas de información y educación sanitaria sobre los medicamentos genéricos y biosimilares (recomendación 7).

Brekke, K.R. y otros (2022) analizaron el impacto que tuvo en Noruega la adopción de un sistema de precios de referencia con co-pago evitable de manera escalonada desde 2005 partiendo inicialmente de un sistema de precios máximos, que sería comparable al que está en vigor en España actualmente. La experiencia noruega permite, en consecuencia, aproximar el impacto que las recomendaciones de modificar el sistema de precios de referencia y la regla de dispensación.

Utilizando datos de todas las ventas de los medicamentos sujetos a prescripción de venta en farmacias entre 2003 y 2013 analizaron, a través de un modelo de

¹⁵⁶ Por ejemplo, Inglaterra inició el Fondo para medicamentos innovadores ([Innovative Medicines Fund](#)) en junio de 2022, tras el éxito del Fondo de Medicamentos contra el cáncer -[Cancer Drugs Fund \(CDF\)](#)- iniciado en 2016, y Canadá lanzó su Programa de evaluación post-comercialización ([Post-Market Drug Evaluation Program](#)) en septiembre de 2022.

diferencias en diferencias, dos tipos de efectos. En primer lugar, los efectos estáticos, relativos a los precios y la demanda de los medicamentos, para los que identificaron:

- **Una caída de los precios de los medicamentos de marca y de los genéricos, que convergen.** Tras la implementación del sistema de precios de referencia, el precio de los medicamentos originales cayó, en media, un 57% y el de los genéricos, un 24%. Como el precio de los medicamentos originales era superior, esto implica una convergencia en precios que, de manera conjunta, se redujeron en un 50%.
- **Una reducción significativa de la cuota de mercado de los medicamentos de marca incluidos en el sistema de precios de referencia frente a los que quedaron fuera.** Así, la cuota bajó 29 puntos porcentuales desde el 63% quedando, por tanto, en el 34%¹⁵⁷.

En segundo lugar, estudiaron los efectos dinámicos, relativos al número de productos y productores existentes en el medio plazo, que viene determinada por la decisión de los productores de genéricos de entrar en el mercado tras la aplicación del sistema de precios de referencia. Aquí entran en juego dos fuerzas contrapuestas: de un lado, al tener menores precios, los medicamentos genéricos tienen una mayor demanda, lo que opera como un incentivo a entrar y, del otro, al haber mayor competencia en precios, los beneficios de las empresas son menores, lo que puede llevar a la decisión de no entrar. La conclusión del estudio es que el primer efecto es el dominante, mostrando **un aumento del 165% de los fabricantes de genéricos y del 87% de sus productos. Como consecuencia de todo lo anterior, el gasto farmacéutico se redujo en un 31%.**

Sin embargo, para que estos resultados se produzcan, es necesario que existan unas ciertas condiciones de competencia. De lo contrario, la bajada de los precios de referencia podría no impulsar una bajada de los precios de los medicamentos para el consumidor final. En un estudio centrado en Portugal, Costa y otros (2022) estudiaron los efectos de una reforma que redujo en un 36% el precio de referencia de los medicamentos sujetos a prescripción, utilizando un enfoque de diferencias en diferencias a partir de un panel de datos para el periodo 2016-2019. A pesar de la bajada del precio de referencia, contrariamente a lo esperado, las empresas subieron los precios, sobre todo en los medicamentos de marca sin patente, en lugar de bajarlos. Esta reacción incrementó el copago de los pacientes y provocó una caída del 17% en el consumo de medicamentos de marca. En consecuencia, los ahorros del SNS en

¹⁵⁷ La penetración de genéricos en España actualmente es de 47,4%, superior al 37% existente en la situación de partida en Noruega. En consecuencia, estos resultados no serían directamente extrapolables, aunque permiten inferir que el cambio de modelo podría tener un impacto significativo.

reembolsos se lograron en gran medida a costa de mayores pagos directos de los pacientes.

En este sentido, la evidencia empírica internacional sugiere que la entrada en el mercado de medicamentos genéricos es clave para provocar una caída en los precios. Además, esta caída en los precios es mayor cuanto mayor es el número de nuevos competidores.

- Tal y como recogió el Estudio de distribución mayorista, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos (FDA) determinó que la entrada de un medicamento genérico en competencia con un original supone una reducción del precio (PVL) del medicamento del 39%. Con dos competidores genéricos, el precio (PVL) se reduce un 54%, con cuatro competidores de genéricos un 79% y, con seis o más competidores, se muestran reducciones de precios (PVL) de más del 95% en comparación con los precios del original.
- En Suecia se ha cuantificado un impacto similar en los 24 meses siguientes a la entrada de los genéricos. Llegado ese momento, los precios se reducen un 20% cuando existen dos o menos competidores, cerca del 75% cuando hay entre tres y cinco, y en torno a un 90% cuando hay más de cinco, de acuerdo con las estimaciones de Björvang y otros (2023).
- Aunque el mercado español puede diferir en varios aspectos de los mercados para los que se han realizado las anteriores evaluaciones, dado que el número medio de competidores por grupo de referencia en España es de 6,7 según Kanavos (2014), cabría esperar que la entrada de genéricos provocara una caída en los precios superiores al 90% en el medio plazo.

Análogamente, como ya recogió el Estudio de distribución mayorista, la mayor penetración de los biosimilares a nivel de la UE contribuye a una reducción de precios directa de casi un tercio y, en España, los precios negociados de entrada estarían en ese entorno. A este efecto se sumaría una reducción indirecta debida a los descuentos confidenciales que, de acuerdo con el estudio de Troein y otros (2020) para Europa, oscilaría entre un 10% y un 90%, dependiendo del nivel de madurez del mercado.

Finalmente, el gasto farmacéutico se vería también minorado debido a la mayor penetración de medicamentos genéricos, como mostró García-Goñi, M. (2022) tras analizar la información publicada por la OCDE para 18 países. Para ello, realizó diversas regresiones para explicar el impacto de la cuota de penetración de genéricos (variable explicativa) sobre el gasto farmacéutico (variable explicada). De acuerdo con las estimaciones econométricas, un aumento de 10 puntos porcentuales en la cuota de genéricos conduciría a una

reducción de 0,05 puntos porcentuales de PIB en el gasto farmacéutico total (público y privado).

Partiendo de la cuota de genéricos registrada en España en el año 2023 (47,4%), pueden utilizarse estos resultados para estimar el ahorro de converger a niveles superiores de penetración de genéricos, similares a los de países del entorno. En concreto, la siguiente tabla explora los ahorros esperados en el gasto farmacéutico si España alcanzara cuotas de genéricos del 60%, 70% y 85% ¹⁵⁸.

Tabla 15 Estimación del gasto farmacéutico derivado de un aumento de la cuota de genéricos (millones de euros)

| | Total | | Público | | Privado | |
|--------------------------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|----------------|-----------------|
| | Nivel de gasto | Ahorro esperado | Nivel de gasto | Ahorro esperado | Nivel de gasto | Ahorro esperado |
| Escenario actual (cuota 47,4%) | 19.807 | | 13.865 | | 5.942 | |
| Escenario A (cuota 60%) | 18.803 | -1.004 | 13.162 | -703 | 5.641 | -301 |
| Escenario B (cuota 70%) | 18.006 | -1.802 | 12.604 | -1.261 | 5.402 | -540 |
| Escenario C (cuota 85%) | 16.810 | -2.997 | 11.767 | -2.098 | 5.043 | -899 |

Fuente: elaboración propia a partir de estimaciones econométricas de García-Goñi, M. (2022), Ministerio de Sanidad (2025) y datos de PIB del INE ¹⁵⁹. Nota 1: el gasto total (público y privado) del año 2024 se estima partiendo del dato de gasto farmacéutico público reportado por el Ministerio de Sanidad y asumiendo que éste supone el 70% del gasto total, en línea con datos de la OCDE (2025). Nota 2: cuotas de genéricos en % de envases (volumen).

Por tanto, la adopción de las recomendaciones de los Estudios de la CNMC conllevaría un ahorro significativo tanto para el SNS como para los pacientes (aproximadamente 1.800 millones en un escenario intermedio en el que la cuota de genéricos se eleva hasta el 70%).

Por otra parte, introducir un nuevo sistema de precios de referencia en base a ATC4 y ATC5 también produciría un efecto pro-competitivo y ahorros de costes. De acuerdo con la AIReF (2019), de haberse llevado a cabo esta medida en 2020, se habrían generado unos ahorros anuales de 237 millones de euros en 2021 y de 270 millones de euros en 2022.

¹⁵⁸ A modo de referencia, como se ha mostrado en el Gráfico 3, la cuota de genéricos en el año 2023 se sitúa aproximadamente en el 83,6% en Alemania, el 80,1% en Reino Unido y el 69,6% en Dinamarca (OCDE, 2025).

¹⁵⁹ Datos de PIB del INE (Contabilidad nacional anual de España).

En todo caso, para que las recomendaciones relativas a los medicamentos en competencia tengan el impacto deseado, no deben adoptarse de manera aislada, sino como parte de una política amplia y coherente de promoción de genéricos. Así lo han señalado Vogler (2009), Dylst y otros (2013) y Godman y otros (2010), tras analizar la experiencia en otros países.

3.3.3. Recomendaciones relacionadas con la retribución del canal mayorista

El estudio de distribución mayorista hace dos recomendaciones en este ámbito: reformar el actual sistema de márgenes de distribución proporcionales al precio por otro relacionado con los servicios prestados (recomendación 8) e introducir un sistema de retorno o *clawback*, para que los descuentos ofrecidos en el canal de distribución se puedan trasladar como menor coste al SNS (recomendación 9).

De establecerse un sistema de retribución basado en los servicios prestados, se incentivaría la competencia entre los operadores del canal mayorista en elementos diferentes al precio, vinculados con los servicios prestados en términos de seguridad, eficacia, rapidez y control de la medicación, en la distribución a zonas con menor densidad de población y en las especialidades logísticas de los productos. Esto provocaría mejoras en la calidad del servicio.

Por su parte, tal y como señala el Estudio de distribución mayorista, el establecimiento de un sistema de retorno contribuiría a reducir el coste público de la prestación farmacéutica y a liberar recursos para la financiación de otros tratamientos, lo que beneficiaría a los consumidores finales.

Ambas medidas se aplican en [Reino Unido](#), donde el margen de distribución mayorista no está regulado, sino que es el resultado de la negociación entre los laboratorios y los distribuidores. Este margen variable se situó históricamente en el 12,5% para los medicamentos de marca, pero actualmente estaría por debajo (Leon y otros. 2024) y va implícito en el precio reembolsado a las farmacias. Para que parte de los beneficios de los descuentos obtenidos en esta negociación reviertan en el sistema público de salud, se ha introducido un sistema de retorno, que ha sido reformado en octubre de 2022 para tener en cuenta las diferencias de los descuentos aplicados en la distribución de medicamentos genéricos y originales. Así, a la hora de calcular los *clawbacks*, a los primeros se les aplica una tasa del 20% y a los segundos, del 5%. Al no existir información sobre los descuentos que se aplican en la cadena de distribución en España, es complejo trasladar estos coeficientes de retorno directamente a la facturación de medicamentos financiados por el SNS en España.

3.3.4. Recomendación relativa a los medicamentos desfinanciados

En relación con los medicamentos desfinanciados, el estudio de distribución mayorista recomendaba revisar el sistema de precios notificados (recomendación 10).

El seguimiento de esta recomendación tendría como impacto la eliminación de las asimetrías en el trato de los productos desfinanciados respecto de los medicamentos que nunca entraron en la prestación farmacéutica del SNS y permitiría una mayor libertad para los fabricantes a la hora de determinar el precio, lo que aumentaría la presión competitiva con sustitutivos cercanos ¹⁶⁰.

Lasio, L. (2020) ha analizado el impacto que ha tenido en Francia la desfinanciación llevada a cabo en 2008 de los flebotónicos (medicamentos para tratar dolencias de la circulación venosa), que implicaba también el paso de estos a un sistema de precios no regulados. De media, esta decisión de desfinanciación condujo a una caída de las ventas totales de estos medicamentos y a una ligera reducción de sus precios medios (de céntimos por unidad estándar), si bien esto se debió al efecto combinado de una caída de precios de los medicamentos desfinanciados y a un aumento del precio de aquellos que nunca habían sido financiados. Esto muestra que la demanda de los medicamentos desfinanciados se vuelve más elástica y la elasticidad cruzada entre los medicamentos cubiertos y los medicamentos OTC aumenta, lo que indica que ambos grupos se convierten en sustitutos más cercanos una vez que ocurre la desfinanciación, lo que implica un aumento de la presión competitiva.

En consecuencia, cabría esperar que la eliminación del control de precios en España de los medicamentos desfinanciados permitiría una ligera caída general en los precios de los medicamentos con usos terapéuticos similares.

3.3.5. Recomendación sobre la integración vertical

Finalmente, el estudio recomendaba revisar la normativa sobre integración vertical entre el canal de distribución mayorista y minorista. Los efectos de esta recomendación se analizan en el apartado correspondiente a las restricciones a

¹⁶⁰ De acuerdo con AIReF (2019), se han llevado a cabo tres procesos de desfinanciación: (1) 740 medicamentos desfinanciados en 1983 (Real Decreto 83/1993, de 22 de enero, por el que se regula la selección de los medicamentos a efectos de su financiación por el Sistema Nacional de Salud), (2) 834 en 1998 (Real Decreto 1663/1998, de 24 de julio, por el que se amplía la relación de medicamentos a efectos de su financiación con cargo a fondos de la Seguridad Social o a fondos estatales afectos a la sanidad) y (3) 417 en 2012, a través del Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. En principio, no se prevén procesos de desfinanciación masiva próximamente, sino revisiones de las decisiones de financiación de los medicamentos de manera individual en función de la aparición de nuevas alternativas terapéuticas.

la propiedad de las oficinas de farmacia del estudio de distribución minorista, donde también se incluyó.

Tabla 16 Resumen de los efectos potenciales de implementar las recomendaciones del Estudio de distribución mayorista de la CNMC

| Recomendaciones del Estudio | | Indicadores relevantes |
|------------------------------------|---|---|
| Medicamentos innovadores | 1 | Reforzar los Informes de Posicionamiento Terapéutico como documento de referencia completo y transparente para apoyar las decisiones de financiación y su precio. |
| | 2 | Llevar a cabo una evaluación terapéutica y económica continua y repetida en el tiempo de los medicamentos innovadores mediante el uso de nuevas tecnologías y el big data . |
| Medicamentos en competencia | 3 | Reformar el Sistema de Precios de Referencia (SPR) para incentivar una competencia real en precios. |
| | 4 | Modificar las políticas de prescripción y dispensación para impulsar la competencia entre medicamentos originales y genéricos, fomentando la capacidad de elección del paciente. |
| | 5 | Definir los conjuntos de referencia del Sistema de Precios de Referencia de la forma más procompetitiva posible. |
| | 6 | Realizar un posicionamiento formal sobre la intercambiabilidad de medicamentos biológicos y biosimilares cuando exista evidencia clínica favorable. |
| | 7 | Desarrollar campañas de información y educación sanitaria sobre los medicamentos genéricos y biosimilares. |
| | | <p>Gasto farmacéutico del SNS: no determinado.</p> <p>Precio de los medicamentos: Por entrada de genéricos:</p> <ul style="list-style-type: none"> -50% (Noruega, tras introducir copago evitable desde modelo de precios máximos). [-39%,-95%] (Estados Unidos, según número de genéricos). [-20%,-90%] (Suecia, según número de genéricos). <p>Por entrada de biosimilares: -33%, (España).</p> <p>Aumento de la cuota de genéricos: + 29% (Noruega).</p> <p>Entrada de medicamentos genéricos: +87% (Noruega).</p> <p>Entrada de fabricantes de medicamentos genéricos: +165% (Noruega).</p> <p>Gasto farmacéutico SNS:</p> <ul style="list-style-type: none"> -31% (Noruega). España: <ul style="list-style-type: none"> -1.261 M€ para el SNS (-1.802 M€ si consideramos el gasto total, incluido el privado). [- 237 M€ y 270 M€] anuales por definición de conjuntos de referencia más pro-competitiva (España). <p>Gasto sanitario SNS: -9,46%, (España, si aumenta la cuota de genéricos hasta el 70,5%), equivalente a 6.435 M€ con datos de 2017.</p> |

| | | | |
|---------------------------------------|----|--|--|
| Retribución de la distribución | 8 | Reformar el actual sistema de márgenes de distribución proporcionales al precio por otro relacionado con los servicios prestados. | Gasto farmacéutico del SNS: <i>Clawback</i> introducido en 2023 en Reino Unido: <ul style="list-style-type: none"> -5% en el gasto de los medicamentos originales y -20% en el gasto de los medicamentos genéricos. |
| | 9 | Introducir un sistema de retorno o <i>clawback</i> , para que los descuentos ofrecidos en el canal de distribución se puedan trasladar como menor coste al SNS. | |
| Medicamentos desfinanciados | 10 | Revisar el sistema de precios notificados . | Precio de los medicamentos: Ligera caída de los precios de medicamentos con usos similares (Francia, medicamentos flebotónicos). |
| Integración vertical | 11 | Revisar la normativa sobre integración vertical entre el canal de distribución mayorista y minorista. | Ver tabla resumen del impacto de las recomendaciones del estudio de distribución minorista. |

Fuente: elaboración propia.

3.4. Efectos potenciales de las recomendaciones del estudio de distribución minorista

3.4.1. Recomendación relativa al acceso al mercado

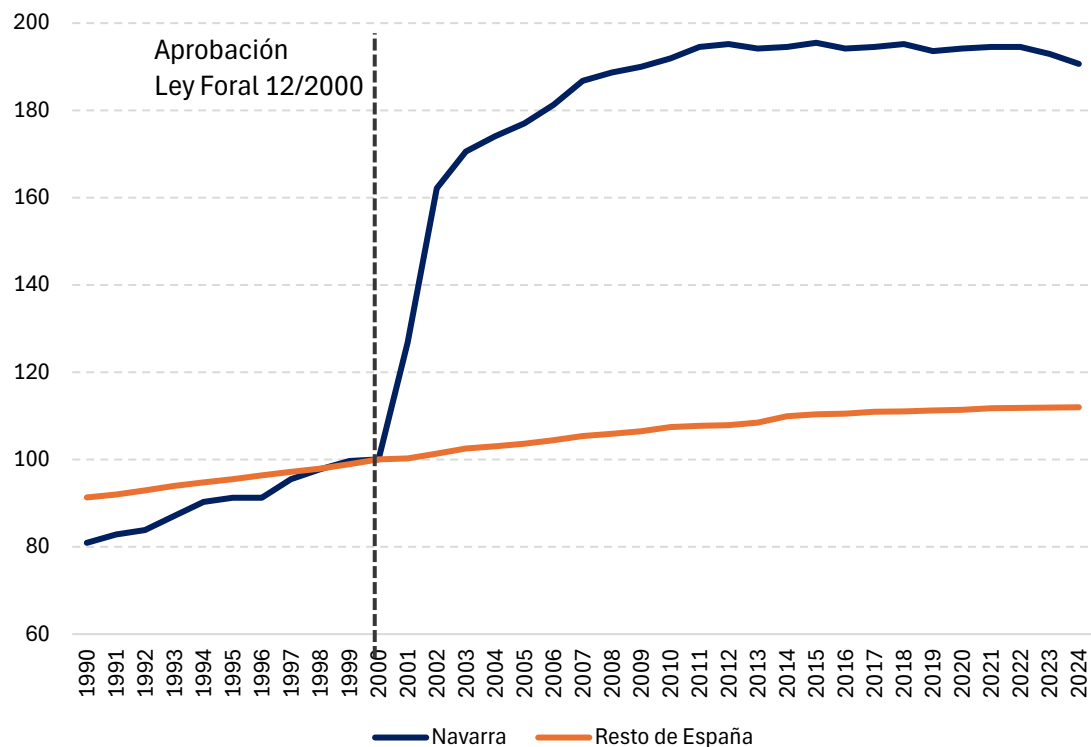
La primera recomendación del Estudio de distribución minorista de los medicamentos se refiere a la necesidad de eliminar los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre estas y los centros de salud (recomendación 1).

Para analizar el impacto de esta recomendación, el estudio de distribución minorista compara la situación de Navarra, única región donde se cumple, y el resto de CCAA. Como se ha comentado anteriormente, la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica, supuso que esa comunidad autónoma pasara del sistema seguido por todas las CCAA, que establece un número máximo de farmacias por módulo de población para prestar el servicio, a un sistema de número mínimo de farmacias. Se actualiza ahora ese análisis, teniendo en cuenta los nuevos datos aparecidos desde la publicación del estudio en 2015.

Los datos muestran que la entrada en vigor de esta norma tuvo como efecto directo un incremento explosivo en el número de farmacias de Navarra en los dos años siguientes (62%), mientras que en el resto de CCAA el número de farmacias siguió con su crecimiento tendencial¹⁶¹.

¹⁶¹ El estudio de distribución minorista analiza el impacto de la medida mediante la creación de un grupo de control sintético como contrafactual a la evolución efectivamente observada en Navarra con la reforma. A pesar de que este modelo seguiría siendo válido, se prefiere actualizarlo ahora utilizando como contrafactual el resto de CCAA, lo que permite alcanzar conclusiones similares y extender la serie temporal, con un menor grado de complejidad.

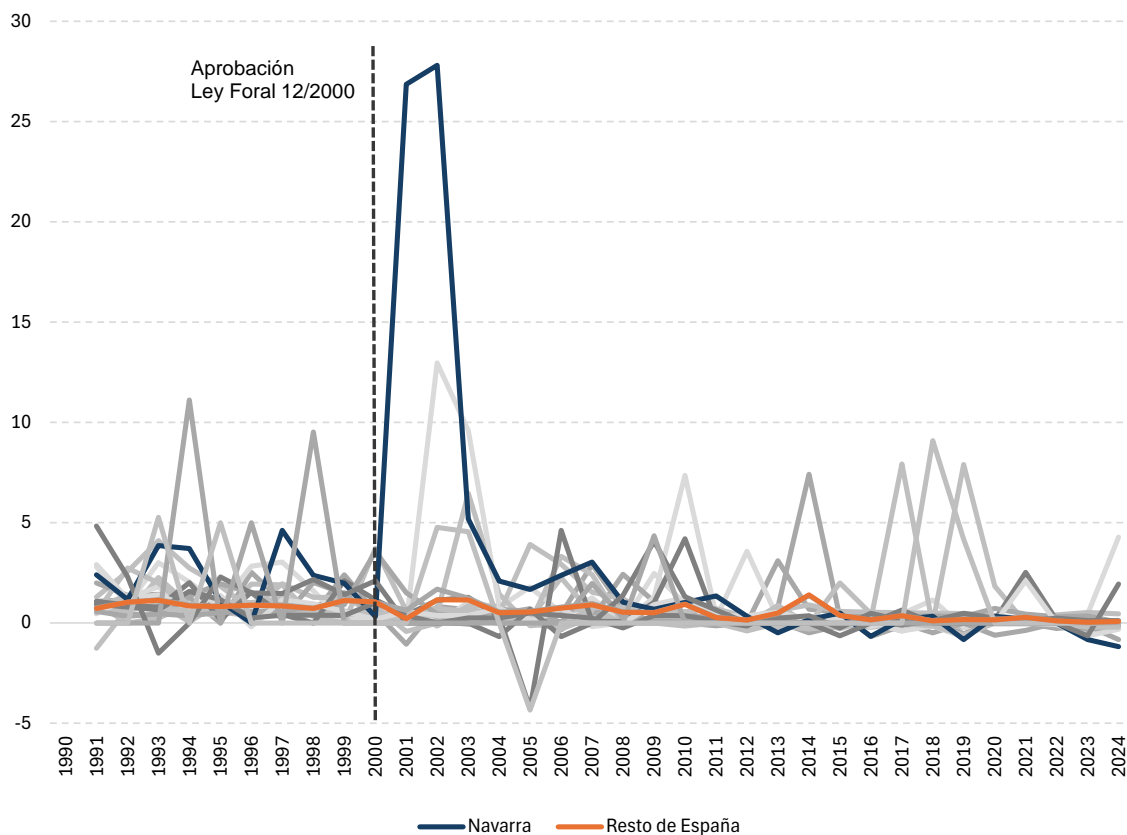
Gráfico 6 Evolución del número de farmacias, 1990-2024 (en número índice, año 2000=100)



Fuentes: elaboración propia a partir de la información contenida en CNMC (2015) y de datos del Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos (CGCOF).

El análisis de las tasas de variación semestrales, que también fue incluido en el estudio de distribución minorista, ratifica la idea de que, tras el levantamiento de las restricciones en Navarra en el año 2000, se alcanza un nuevo nivel en el número de oficinas y que, a partir de ese momento, el comportamiento de la variable vuelve a ser similar al del resto de CCAA. Esto se muestra en el siguiente gráfico, en el que las líneas grises se refieren a las CCAA que no son Navarra.

Gráfico 7 Tasa de variación semestral en el número de oficinas de farmacia



Fuentes: elaboración propia a partir de la información contenida en CNMC (2015) y de datos del Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos (CGCOF).

El aumento del número de farmacias tras la reforma en Navarra no vino causado por otros factores relevantes distintos a la propia reforma. En consecuencia, se puede afirmar que el seguimiento de la primera recomendación tuvo un efecto causal claro y relevante en el aumento del número de oferentes y, por tanto, sobre la presión competitiva.

La reforma introducida en Navarra ha permitido una mejora significativa en la accesibilidad de su población a las farmacias. A 31 de diciembre de 2024, el número de habitantes por farmacia en Navarra se situó en 1.152, el nivel más bajo observado en todas las comunidades autónomas. Este nivel es un 23% inferior a la segunda comunidad autónoma con menor ratio (Castilla y León, 1.498) y un 47% inferior a la media del conjunto de España (2.187)¹⁶².

¹⁶² La mejora en la accesibilidad a las farmacias es igualmente relevante para la población de mayor edad, como ya analizaron Tárrega, R y otro (2023). Actualizando el análisis, en el año 2024 el número de personas mayores de 65 años por farmacia comunitaria fue de 446 para la media nacional, mientras que en Navarra esta cifra ascendió a 238, lejos también de la segunda comunidad autónoma en esta clasificación (Castilla-La Mancha, con 334).

Por otro lado, es necesario analizar si este mayor número de oficinas en la comunidad de Navarra se ha traducido en una mayor cobertura del servicio en todo el territorio. En principio, esto no tendría por qué ocurrir si las nuevas farmacias se hubiesen concentrado solo en zonas urbanas más atractivas, dejando desabastecidas otras zonas menos atractivas, lo que se conoce como efecto “descreme”.

Esta cuestión ya fue analizada en el Estudio de distribución minorista. Al comparar la tasa anual de crecimiento del número de farmacias en Navarra en los años previos a la reforma (1998-2000) y en los posteriores (2000-2003), diferenciando entre los municipios según su tamaño, se descartó que tras la reforma tuviese lugar un descreme de farmacias en municipios de dimensiones relativamente reducidas, ya que:

- Los municipios de menos de 15.000 habitantes experimentaron aumentos considerables en el número de farmacias, levemente superiores a los municipios de más de 15.000 habitantes, lo que se traduce en un aumento del peso de la primera categoría de municipios en el agregado de farmacias de Navarra.
- Tras la reforma la proporción de población residente en municipios sin ninguna farmacia se redujo en comparación con el nivel observado antes de la reforma.

Como complemento de lo anterior, y siguiendo el análisis de Tárrega, R. y otro (2023), se realiza a continuación una comparación entre el porcentaje de farmacias de una provincia ubicadas en la capital de dicha provincia con el porcentaje de la población provincial que habita en dicha capital. Como puede observarse en la Tabla 17, el 35,8% de las farmacias de Navarra se ubican en su capital (Pamplona), un nivel no muy distante del porcentaje de la población navarra que habita en dicha ciudad. A nivel nacional, sucede algo similar: el 35,5% de las farmacias se ubican en capitales de provincia, mientras que el porcentaje de población residente en dichas capitales representa el 32,0% de la población total. En consecuencia, el modelo implementado en Navarra no parece haber supuesto tampoco en el largo plazo una merma de la cobertura geográfica respecto del resto del territorio nacional, lo que es relevante en términos de equidad.

Tabla 17 Distribución de farmacias en el territorio (2024)

| Comunidad Autónoma | Total farmacias provincia | Farmacias en las capitales de provincia | | Población capital de provincia |
|--------------------|---------------------------|---|---------------|--------------------------------|
| | Número | Número | % sobre total | % sobre total |
| Andalucía | 3.870 | 1.336 | 34,5% | 27,9% |
| Aragón | 724 | 342 | 47,2% | 57,9% |
| Asturias | 454 | 90 | 19,8% | 21,8% |
| Baleares | 463 | 150 | 32,4% | 35,6% |
| Canarias | 763 | 213 | 27,9% | 26,5% |
| Cantabria | 278 | 90 | 32,4% | 29,4% |
| Castilla y León | 1.597 | 540 | 33,8% | 43,1% |
| Castilla-La Mancha | 1.242 | 227 | 18,3% | 22,8% |
| Cataluña | 3.290 | 1.169 | 35,5% | 25,9% |
| C. Valenciana | 2.345 | 717 | 30,6% | 25,6% |
| Extremadura | 666 | 101 | 15,2% | 23,5% |
| Galicia | 1.384 | 282 | 20,4% | 19,8% |
| Madrid | 2.934 | 1.814 | 61,8% | 48,8% |
| Murcia | 581 | 190 | 32,7% | 30,1% |
| Navarra | 589 | 211 | 35,8% | 30,7% |
| País Vasco | 844 | 313 | 37,1% | 35,6% |
| La Rioja | 158 | 59 | 37,3% | 46,5% |
| Ceuta | 24 | 24 | 100,0% | 100,0% |
| Melilla | 25 | 25 | 100,0% | 100,0% |
| TOTAL | 22.231 | 7.893 | 35,5% | 32,0% |

Fuentes: elaboración propia a partir de datos del Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos (CGCOF) e INE.

La experiencia de liberalización en otros países también ha sido positiva.

Como refleja el estudio de distribución minorista, el proceso de flexibilización en países como Reino Unido, Irlanda, Holanda, Suiza, Dinamarca, Noruega o Suecia ha provocado un aumento en el número de farmacias en el corto plazo. Si bien es cierto que en esos países se ha producido una mayor concentración en las zonas urbanas, las medidas adicionales adoptadas en dichos países han evitado un desabastecimiento de las zonas rurales. Asimismo, Proczek, K. (2025) ha mostrado

que las restricciones a la localización de farmacias introducidas en Polonia¹⁶³ han provocado una reducción en el número de farmacias de hasta un 25% en la mayor parte de las provincias, especialmente en las zonas rurales y los municipios de menor tamaño.

A modo de resumen, teniendo en cuenta que la reforma de Navarra tuvo como consecuencia un incremento del 62% de las oficinas de farmacia en dos años, si se llevara a cabo una política similar en el resto de España, se estima que se podrían abrir aproximadamente 13.447 nuevas farmacias¹⁶⁴, con los consiguientes beneficios para los consumidores en términos de acceso a los medicamentos y servicios farmacéuticos. Pasados 10 años de la reforma, el número de farmacias había aumentado en Navarra casi en un 92%, lo que se traduciría en un aumento en el resto de España de 19.891 oficinas de farmacia.

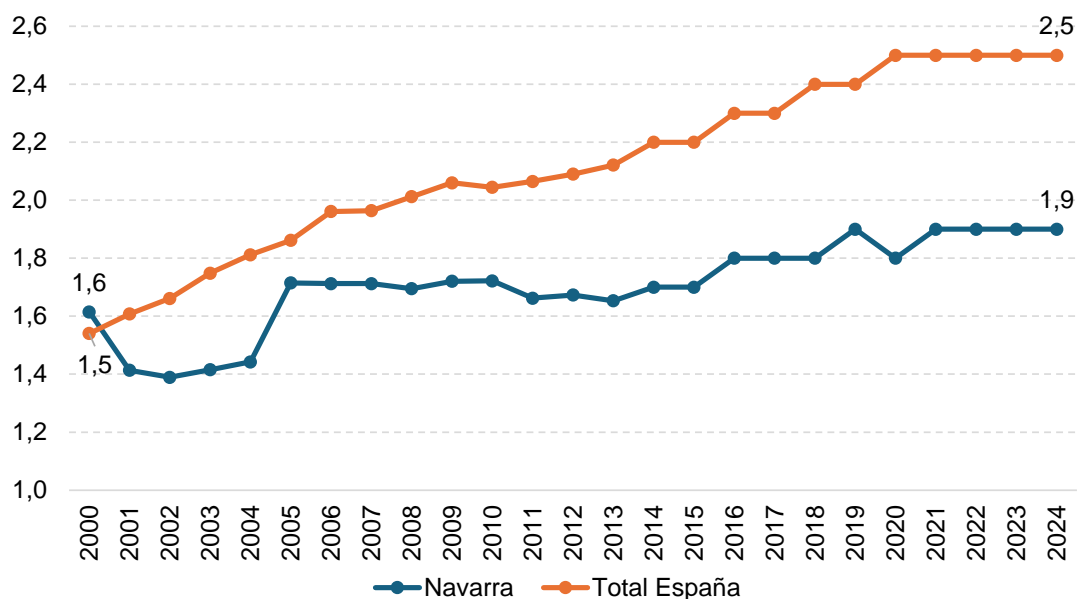
La adopción de un sistema similar al de Navarra en el resto de CCAA podría tener también un impacto positivo sobre el nivel de empleo, tanto de farmacéuticos como de otro personal empleado habitualmente en oficinas de farmacia.

En relación con el empleo de farmacéuticos, el número medio de farmacéuticos por establecimiento a nivel nacional se ha mantenido constante durante los últimos años en 2,5 farmacéuticos por establecimiento, según datos del CGCOF. Sin embargo, es previsible que, como consecuencia del aumento del número de oficinas de farmacia, se reduzca su facturación media por establecimiento y, con ello, el número de farmacéuticos por farmacia. Tal y como muestra en el Gráfico 8, en el periodo 2000-2024, la ratio de farmacéuticos por establecimiento ha crecido de forma sostenida y significativa en el conjunto de España, pero en Navarra esta evolución ha sido mucho más contenida e incluso se registró una caída en 2001, el primer año tras la introducción de la reforma farmacéutica. Pese a ello, como puede observarse en el Gráfico 9, gracias a la fuerte expansión en el número de farmacias, el número absoluto de farmacéuticos colegiados empleados en Navarra creció significativamente más que en el resto de España.

¹⁶³ También se estableció la obligación de que las oficinas de farmacia fueran propiedad de farmacéuticos (restricción 3).

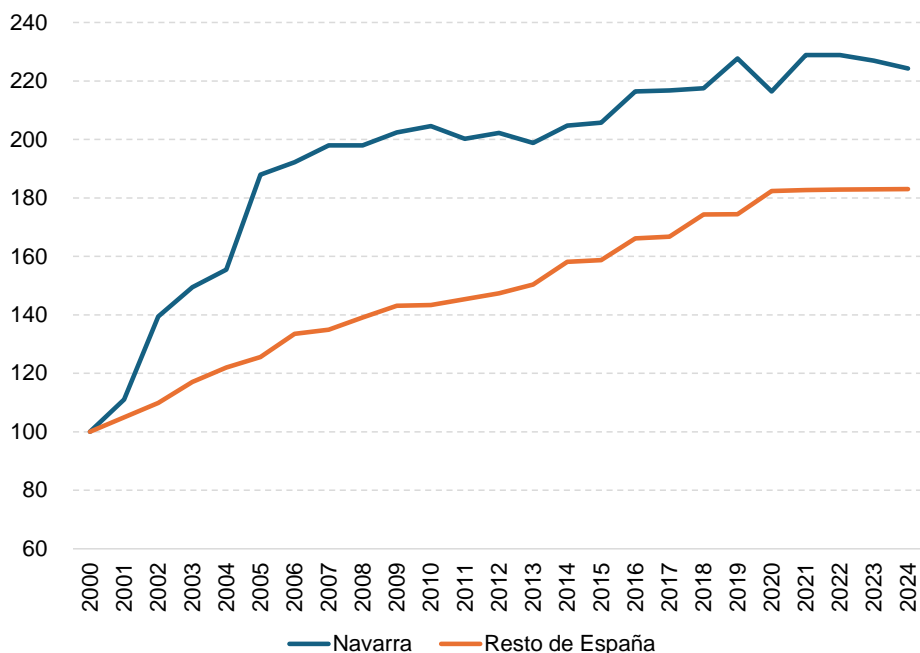
¹⁶⁴ A partir del último dato disponible de 2024.

Gráfico 8 Evolución del número de farmacéuticos por farmacia en Navarra y en el conjunto de España (2010-2024)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF.

Gráfico 9 Evolución del número total de farmacéuticos, 2000-2024 (en número índice, año 2000 = 100)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del CGCOF sobre farmacéuticos por farmacia y número de farmacias

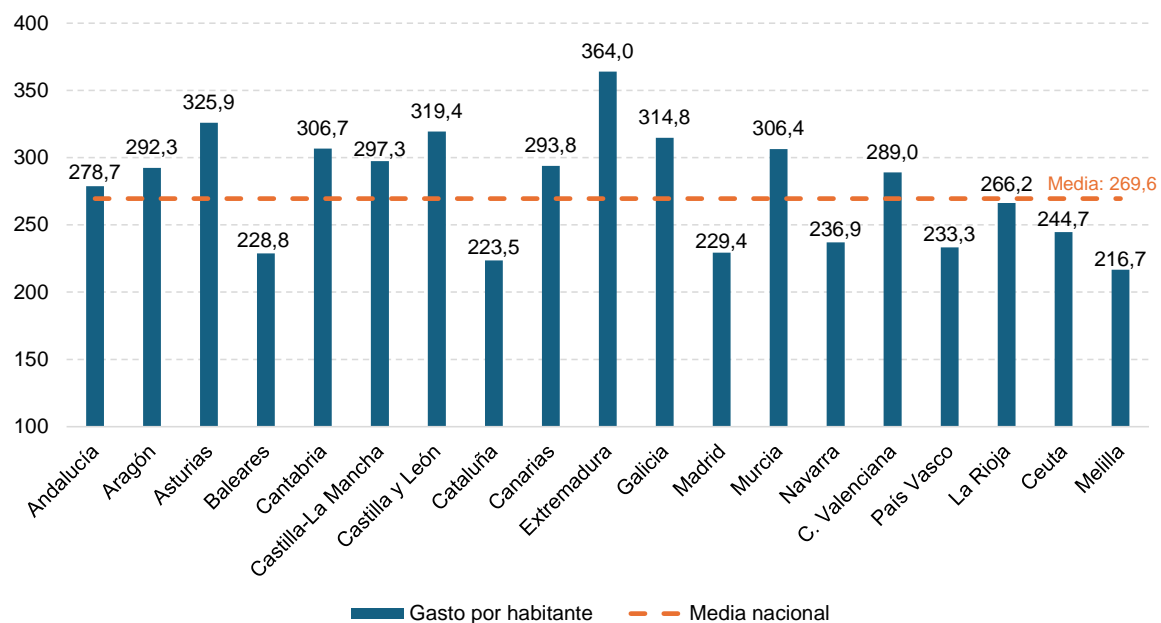
En consecuencia, para realizar una estimación prudente del impacto en la generación de empleo farmacéutico, se asumirá que, si bien el número de puestos de trabajo crecerá como consecuencia de la liberalización, por el aumento del número total de farmacias (margen extensivo), este efecto será parcialmente compensado por una caída en la ratio de empleados por establecimiento (margen intensivo) de las farmacias existentes y las nuevas, convergiendo este a un nivel similar al observado en Navarra, donde en 2024 se registraban 1,9 farmacéuticos por establecimiento. De este modo, al cabo de dos años, se estima que este impulso positivo a la oferta de farmacias podría generar 12.212 nuevos empleos de farmacéuticos al cabo de dos años y 24.454 nuevos empleos en un horizonte de diez años. Este impacto sería especialmente positivo para el fomento del empleo femenino altamente cualificado, ya que el 71,9% de los farmacéuticos trabajando en oficinas de farmacia en 2024 son mujeres.

Además, debe tenerse en cuenta que, además de los farmacéuticos, existen también otros empleados que trabajan en la farmacia. Teniendo en cuenta los datos ya mencionados del CGCOF sobre personal farmacéutico y los datos del INE sobre empleo total por sectores, se estima que el personal no farmacéutico supone alrededor del 46% de las personas ocupadas en una farmacia¹⁶⁵. **Asumiendo que se mantuviera esta proporción en el futuro, si el modelo de Navarra fuera implementado en todo el país, se estima que el impacto directo sobre el empleo total de las farmacias (farmacéutico y no farmacéutico) sería de 22.672 empleos en dos años y de 45.402 empleos al cabo de diez años.**

En términos de gasto farmacéutico del SNS, los datos muestran que el mayor número de farmacias no ha supuesto un aumento del gasto per cápita. Los datos publicados por el Ministerio de Sanidad para 2022 señalan que el gasto por habitante en Navarra fue de 236,9 euros, frente a la media nacional de 269,9 euros.

¹⁶⁵ Según la “[Estadística estructural de empresas](#)” del INE, en el CNAE 4773 “Comercio al por menor de productos farmacéuticos en establecimientos especializados”, entre 2020 y 2023 la ratio entre personal remunerado y número de empresas se ha mantenido constante en 4,6-4,7 para el conjunto de España.

Gráfico 10 Gasto farmacéutico por habitante en las CCAA (CCAA, INGESA y mutualidades)



Fuente: Ministerio de Sanidad. Sistema de información Alcántara: Partes estadísticas de facturación de recetas médicas.

Pero, además, el aumento del número de farmacias podría tener como beneficio adicional un efecto moderador sobre el gasto sanitario total, como ha concluido un estudio reciente¹⁶⁶ sobre el impacto de la reforma llevada a cabo en Italia en 2012, al reducir el número de visitas al hospital. La nueva regulación, que fue implementada de manera escalonada en las diferentes regiones entre 2015 y 2019, rebajó de manera sustancial los umbrales de población y permitía a las autoridades regionales otorgar permisos especiales en zonas con características geográficas especiales (como las localidades de montaña).

Partiendo de datos mensuales sobre hospitalizaciones que implican cirugía (que, previsiblemente no podrían ser sustituidas por una visita a la farmacia y, por tanto, constituyen el grupo de control) y las que no, así como del número de farmacias abiertas entre 2010 y 2019, el estudio llevó a cabo una regresión de discontinuidad en el tiempo que permitió concluir que los cambios normativos provocaron que el número de farmacias aumentara en torno a un 8% entre 2015 y 2019, facilitando así el acceso a una farmacia a los ciudadanos italianos. Según las estimaciones realizadas, cada nueva farmacia evitó en Italia 17 hospitalizaciones al año, reduciendo el gasto público en hospitalizaciones médicas en un 1,3% (1,6 euros por residente al año). Esta mejora no vino acompañada de un incremento en la cuantía agregada y el valor de los medicamentos vendidos en farmacias. Por lo

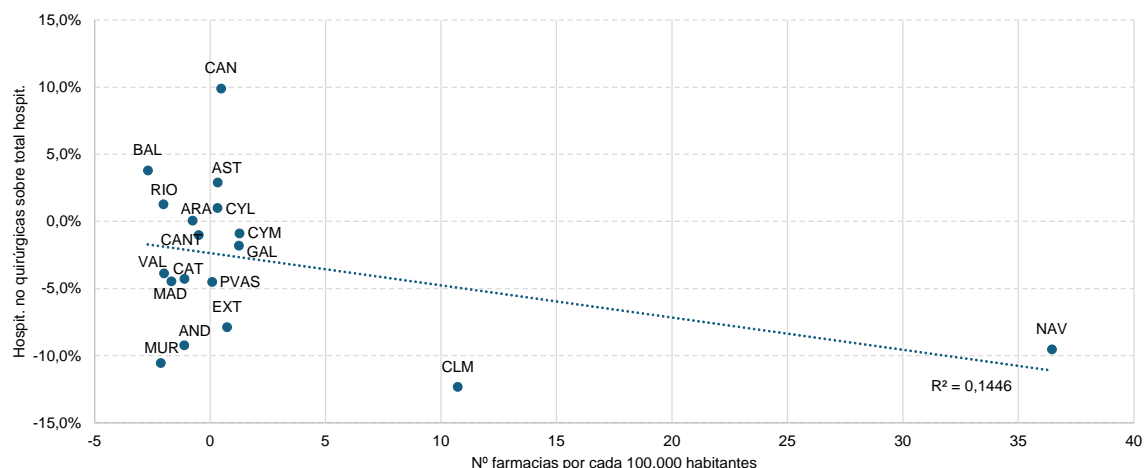
¹⁶⁶ Cintolesi y otro (2022).

tanto, el menor número de hospitalizaciones no se explicaría por un aumento en el consumo de medicamentos, sino que vendría justificado por la información que aportan las farmacias.

La misma idea ha sido recogida por diversos estudios para Estados Unidos, aunque en sentido negativo. En su revisión de la literatura disponible, Duru, E.E y otros (2025) han apuntado a que la falta de acceso a las farmacias se traduce en una peor adherencia a la medicación, que puede redundar en reingresos hospitalarios por una mala gestión de enfermedades crónicas, como la diabetes, la hipertensión y otras de naturaleza cardiovascular. Además, la falta de acceso se concentra en zonas rurales y zonas urbanas de bajo nivel socioeconómico, lo que vendría a exacerbar las diferencias en términos de equidad sanitaria.

Analizamos gráficamente los datos disponibles para España para valorar si el aumento de las farmacias en Navarra tuvo un efecto similar al descrito para Italia. Entre los años 2000 y 2003, cuando se produjo el significativo aumento en el número de oficinas de farmacia de Navarra, el peso de las hospitalizaciones no quirúrgicas en esta comunidad perdió importancia frente a las hospitalizaciones quirúrgicas. Sin embargo, este análisis gráfico simplificado no permite llegar a conclusiones robustas, pues no existe una correlación sistemática entre ambas variables (por ejemplo, otras comunidades como Murcia habrían visto también una reducción en el peso de las hospitalizaciones no vinculadas a cirugía, sin haber experimentado un proceso de liberalización en la apertura de farmacias).

Gráfico 11 Hospitalizaciones no quirúrgicas sobre el total de hospitalizaciones y número de farmacias por 100.000 habitantes (Variación 2000-2003)



Fuente: elaboración propia a partir de datos del Consejo general de colegios oficiales de farmacéuticos (CGCOF), estadística de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado (Ministerio de Sanidad) y Datos de población continua (INE).

3.4.2. Recomendación sobre ejercicio de actividad

El Estudio de distribución minorista también aboga por mayores libertades en el ejercicio de la actividad (recomendación 2), permitiendo, de un lado, que los medicamentos no sujetos a prescripción médica puedan ser vendidos en otros establecimientos diferentes a las farmacias, incluidos los sitios web y, del otro, que los medicamentos sujetos a prescripción médica puedan ser vendidos a través de sitios web, siempre que la dispensación la realice un técnico competente.

Las medidas recomendadas respecto a los medicamentos no sujetos a prescripción médica permitirían ampliar las vías de distribución, fomentando una mayor tensión competitiva que, a su vez, podría redundar en una caída de los precios.

El estudio de derecho comparado llevado a cabo por López Vila, E. y otros (2023) señala que, en 2023, de 30 países europeos analizados, 16 permiten la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica fuera de las oficinas de farmacia¹⁶⁷, aunque el grado de liberalización es diferente. La literatura sobre el impacto que esta decisión tiene sobre el precio es mixta, mostrando en algunos casos que no es significativo, como indican Vogler, S. y otros (2014) en su contribución a la OCDE sobre la competencia en la distribución de medicamentos. En otros sí, como en Reino Unido, donde los supermercados tienden a ofrecer estos medicamentos más baratos que las farmacias, de acuerdo con el análisis de Lluch, M. y Kanavos, P. (2010). En la misma línea, como muestran Moura, A. y Pita Barros, P. (2020) al analizar la evolución de los precios de cinco medicamentos populares en Lisboa tras la liberalización operada en Portugal en 2005, el precio ofrecido por los supermercados fue un 20% inferior al de las farmacias, y las farmacias bajaron el precio entre un 4 y un 6%, si bien de forma muy localizada cuando estaban próximas a un supermercado.

Permitir la venta por internet de medicamentos también tendría efectos positivos sobre los precios. Analizando los datos de 77 países que habían levantado las restricciones antes de 2017, Spektor S.V. y otro (2023) demuestran que el crecimiento de los precios de los medicamentos es menor tras la liberalización. En concreto, determinan que la inflación de los medicamentos en Finlandia cayó 0,5 puntos porcentuales.

Desde el punto de vista de la demanda, tanto en el caso de los medicamentos sujetos a prescripción médica como en el resto, los pacientes tendrían mayor facilidad de acceso a la dispensación, con una mayor variedad de puntos de distribución y con el consiguiente ahorro en los costes de desplazamiento. Esto puede ser especialmente relevante en las zonas rurales. Para cuantificar el beneficio que obtendría el consumidor al poder comprar los medicamentos por

¹⁶⁷ Por ejemplo, Dinamarca, Italia o Alemania, frente a países que lo limitan, como España, Francia o Grecia.

internet¹⁶⁸, debemos tener en cuenta el número de veces que se visita una farmacia a lo largo del año.

- Partiendo de los datos del Observatorio del medicamento (2025), en 2024 las oficinas de farmacia recibieron una media de 789 visitas a la semana (41.028 visitas al año). Dado que existen 22.231 farmacias en España, en 2024 se realizaron más de 900 millones de visitas al conjunto de las farmacias españolas.
- De estas visitas, solo una parte serían sustituidas por compras online, en caso de que se permitiera de forma generalizada para todos los medicamentos, pues los pacientes pueden seguir queriendo asistir presencialmente por motivos de asesoramiento o preferencias personales¹⁶⁹. Para hacer una estimación de cuántas visitas a la farmacia dejarían de hacerse con un régimen regulatorio más flexible, es necesario determinar cuántas personas realizan habitualmente compras por internet de otros bienes y servicios y cuántas consumen medicamentos. De acuerdo con el INE, el 56,7% de la población residente en España había comprado por internet en el último trimestre¹⁷⁰ y el 57,8% de la población había consumido medicamentos en las últimas dos semanas¹⁷¹.

Estos datos permiten aproximar la probabilidad anual de que una persona compre un medicamento online en España si estuviera permitido, lo que arroja una cifra de 32,7%. En la encuesta realizada en España, con 1.000 participantes por Jeverlund, C. y otros (2025) un 30,8% de los encuestados afirmaron que comprarían medicamentos por internet con una probabilidad alta o muy alta, lo que corrobora el rango estimado a partir de los datos del INE.

- Finalmente, hay que determinar el coste de oportunidad que suponen las visitas a la farmacia.

En primer lugar, se requiere determinar el tiempo que se invierte en cada visita. Teniendo en cuenta el grado de capilaridad de las farmacias en España, se podría estimar, de forma conservadora, que el tiempo de desplazamiento podría estar, en media, en torno a unos 5 minutos por cada

¹⁶⁸ Jeverlund, C. y otros (2025) realizan un análisis similar respecto a cinco países de la UE para determinar la propensión de los consumidores de comprar los medicamentos *online*.

¹⁶⁹ En la actualidad solo se permite para los medicamentos de venta libre, cuyo impacto en la facturación se limita al 14,1%. Esto podría explicar que solo el 3,6% de las farmacias españolas realicen ventas *online* según estimaciones propias basadas en la AEMPS ([Distafarma](#)).

¹⁷⁰ Encuesta sobre equipamiento y uso de tecnologías de información y comunicación en los hogares 2024.

¹⁷¹ Encuesta de Salud de España para 2023.

uno de los trayectos (5 minutos de ida y 5 minutos de vuelta)¹⁷². Además, conforme a un estudio empírico para Portugal de Gregório, J. y otros (2017), el tiempo de atención dentro de la farmacia es de unos 4 minutos, sin contar con los tiempos de espera. En consecuencia, cada visita supondría, siendo conservadores, una inversión total de tiempo de 14 minutos (0,23 horas) lo que, en agregado para España, supone casi 213 millones de horas anuales en visitas a farmacias (4,29 horas por habitante y año¹⁷³)¹⁷⁴.

En segundo lugar, hay que monetizar ese tiempo. Para ello, se va a considerar que las compras en la farmacia se realizan generalmente en los momentos de ocio y no de trabajo. Algunos estudios, como García Álvarez (2016) consideran que, en España, el valor del tiempo de trabajo sería aproximadamente 2,04 veces superior al valor del tiempo dedicado al ocio. Si el valor mediano del trabajo en España es de 10,8 euros la hora, según los datos de [Eurostat](#), el coste en términos de ocio sería de 5,29 euros cada hora.

Por tanto, el coste de oportunidad de cada visita a la farmacia sería de 1,24 euros.

- Teniendo en cuenta todo lo anterior, el valor que aportaría permitir la venta de todo tipo de medicamentos por internet sería de 369 millones al año, al considerar el número de visitas que probablemente ahorraría y el coste de oportunidad de no dedicar este tiempo al ocio. En términos de tiempo, esto supone 69,7 millones de horas en agregado para el total de población en España, es decir, 1,4 horas (84 minutos) por habitante.

¹⁷² Esta estimación de tiempo es conservadora y coherente con las respuestas obtenidas por el Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS (2024), que reflejan que el 92,5% de los encuestados declara tener una farmacia en su localidad o barrio a la que puede ir caminando.

¹⁷³ Según la estadística continua de población del INE, a 1 de enero de 2026 había 49.570.725 habitantes en España.

¹⁷⁴ Por simplificación, en este cálculo no se está teniendo en cuenta el tiempo invertido en realizar la compra por internet, de igual manera que tampoco se está considerando el tiempo de espera dentro de la farmacia.

Tabla 18 Detalle de la estimación del beneficio del consumidor derivado de la liberalización de la venta de medicamentos por internet

| | |
|---|--------------------|
| Población en España (1) | 49.570.725 |
| Visitas anuales que se realizan a las farmacias (2)=(3)x(4)x52 | 912.093.468 |
| Media de visitas que recibe cada farmacia a la semana (3) | 789 |
| Número de farmacias (4) | 22.231 |
| Probabilidad de que se realice la compra de medicamentos por internet (5)=(6)x(7) | 32,7% |
| Probabilidad de comprar por internet (6) | 56,7% |
| Probabilidad de consumo de medicamentos (7) | 57,8% |
| Coste de oportunidad en euros de una visita física a una farmacia (8)=(9)x(11) | 1,24 |
| Tiempo en horas invertido en ir a una farmacia física por visita (9) | 0,23 |
| Valor de una hora de trabajo en euros (10) | 10,8 |
| Valor de una hora de ocio en euros (11)=(10)/2,04 | 5,29 |
| Coste de oportunidad en horas de todas las visitas que se hacen a las farmacias al año | |
| A nivel agregado (12)=(2)x(9) | 212.821.809 |
| Por persona (13)=(12)/(1) | 4,29 |
| Ahorro anual en euros derivado de la compra de medicamentos por internet | |
| A nivel agregado (14)=(2)x(5)x(8) | 368.994.559 |
| Por persona (15)=(14)/(1) | 7,44 |
| Ahorro anual en horas derivado de la compra de medicamentos por internet | |
| A nivel agregado (16)=(5)x(12) | 69.698.972 |
| Por persona (17)=(16)/(1) | 1,41 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos del Observatorio del Medicamento, el CGCOF, INE, Eurostat y García Álvarez (2016).

La mayor facilidad del acceso a los medicamentos a través de internet permitiría reducir la tasa de no adherencia a la medicación, lo que supone un menor coste a largo plazo para el SNS. En la encuesta realizada por Jeverlund, C. y otros (2025) en Alemania, Francia, Italia, Suecia y España, los pacientes crónicos declararon que su probabilidad de adherencia sería tres puntos porcentuales superior. De acuerdo con los datos de la industria (Farmaindustria y EY (2016)), un aumento en España de 10 puntos porcentuales sobre las tasas de adherencia de cuatro enfermedades crónicas¹⁷⁵ supondrá un ahorro de más de 75 millones de euros anuales en costes sanitarios directos. Asumiendo que el ahorro fuera lineal, una reducción de 3 puntos supondría un ahorro de 22,5 millones de euros anuales.

¹⁷⁵ Son: enfermedad cardiovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes tipo 2 y depresión mayor.

3.4.3. Recomendaciones relativas a la propiedad

La tercera recomendación del Estudio de distribución minorista se refiere a la necesidad de eliminar el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente farmacéuticos colegiados y de permitir la integración horizontal y vertical de las oficinas de farmacia (recomendación 3).

Son varios los países de nuestro entorno que han llevado a cabo procesos de liberalización de la propiedad de las farmacias, aunque existen diferencias entre ellos. La comparativa entre países europeos realizada por López Vila, E. y otros (2023) muestra que solo hay 9 que restringen la propiedad a los farmacéuticos. En algunos donde sí se ha abierto la propiedad más allá de esta profesión, se prohíbe específicamente la propiedad a los prescriptores de medicamentos, como en Dinamarca, Noruega, Suecia, Estonia o Irlanda (Organización mundial de la salud -WHO (2019)). También existen diferencias en cuanto al número de farmacias que pueden formar parte de una cadena. En consecuencia, la evidencia empírica existente no es directamente trasladable. No obstante, se muestran aquí los efectos de algunas reformas para aproximar el impacto que las recomendaciones podrían tener.

Hämeen-Anttila, K. y otros (2025) han identificado el efecto de la liberalización en tres países nórdicos (Islandia, Noruega y Suecia) y Estonia donde, tras haberse levantado las restricciones en la década de los 90, se llevó a cabo el proceso inverso en 2021. **Los procesos de liberalización dieron lugar a un crecimiento significativo del número de farmacias**, que era uno de los objetivos fundamentales perseguidos en todos los países.

Tabla 19 Resumen de las reformas sobre la propiedad de las farmacias operadas en países nórdicos y Estonia

| | Estonia | Islandia | Noruega | Suecia |
|--|---|---|--|---|
| Año de la reforma | 1991/1996 | 1996 | 2001-2003 | 2009 |
| Cambio operado por la reforma | Privatización de las farmacias Se permite integración | Libertad en la propiedad y libertad de establecimiento | Libertad en la propiedad y en el establecimiento, ubicación y venta fuera de las farmacias | Libertad en la propiedad y de venta fuera de las farmacias |
| Evolución del número de farmacias | +99,16% en 10 años: - 239 en 1995 - 476 en 2015 | +41,86% en 2 años y +74,41% en 27 años - 43 en 1997 - 61 en 1999 - 75 en 2024 | +150% en 3 años: - 400 en 2001 - 1000 en 2024 | + 51,89% en 14 años: - 925 en 2009 - 1405 en 2023 |
| Otros efectos | 90% de las farmacias forman parte de cadenas integradas verticalmente | 72% de las farmacias pertenece a una cadena Acceso solo mejora en zonas urbanas | Acceso solo mejora en zonas urbanas | 91% de las farmacias pertenece a una cadena Acceso mejora en zonas donde ya existían farmacias |

Fuente: elaboración propia a partir de información compilada por Hämmen-Anttila y otros (2025).

El estudio muestra que, además del efecto buscado de aumentar el acceso a los medicamentos a través del aumento del número de farmacias, se han producido otros dos. Por un lado, la concentración de las nuevas farmacias en las áreas más densamente pobladas y, por otra parte, la concentración de la propiedad por la formación de cadenas, en algunos casos controladas por distribuidores mayoristas, en línea con las conclusiones de otros estudios anteriores, como el de Vogler, S. y otros (2012). Por este motivo, tal y como señala el estudio de distribución minorista, es necesario que, junto a las medidas propuestas, se garantice el abastecimiento a las zonas menos densamente pobladas, así como el funcionamiento de los mecanismos de control existentes de la autoridad de competencia. Algunos países, como Suecia, han introducido reformas tendentes a asegurar la presencia de farmacias en las zonas rurales. En otros, se ha optado por reintroducir restricciones en el ámbito de la propiedad, llevando a resultados subóptimos¹⁷⁶.

El crecimiento de las cadenas ha sido también observado por Unsorg, M. y otro (2021) al analizar la reforma implementada en Alemania en 2004 por la que se permitió que un mismo propietario tuviera hasta cuatro locales de farmacia, manteniendo la obligación de que el propietario fuera un farmacéutico impidiendo, por tanto, la integración vertical. En este caso, pasados cinco años el número total de locales de farmacia había disminuido ligeramente y las cadenas pasaron a tener en torno a 2.250 locales de los 21.500 disponibles.

La cuota de mercado de las cadenas de farmacia aumentó respecto a las farmacias no integradas horizontalmente y, consecuentemente, también sus ventas. **No obstante, los beneficios se mantuvieron estables en ese grupo, debido, probablemente, al aumento de los costes laborales derivados de la necesidad de contratar a un mayor número de personas. Así, tras la reforma los farmacéuticos empleados en las oficinas de farmacia aumentaron un 18%.** Este aumento es proporcionalmente menor que el crecimiento de las ventas, lo que vendría a indicar un aumento de la eficiencia.

¹⁷⁶ Häamen-Anttila, K. y otro (2025) se refiere a la reforma de Estonia en 2015 por la que, tras restringir la propiedad a los farmacéuticos (prohibiendo la integración vertical), quienes debían ostentar al menos el 50% de la propiedad, el número de farmacias se mantuvo estable, pero no se han solventado los problemas de concentración, ya que el 94% de las farmacias son franquicias.

En Polonia, en 2017 se restringió la propiedad a los farmacéuticos, se endurecieron los requisitos para la localización geográfica y se limitó a 4 el número de farmacias en cuyo capital puede participar un farmacéutico. Como resultado, según Proczek, K. y otro (2025) el 80% de las regiones polacas ha experimentado fuertes caída en el número de farmacias y de farmacéuticos. En media nacional, se pasó de 13.338 oficinas de farmacia a 11.657 en el periodo 2017-2022, y el número de farmacéuticos en activo se redujo desde 26.845 en 2016 a 25.605 en 2022.

3.4.4. Recomendaciones en materia de retribución de las oficinas de farmacia

La cuarta de las recomendaciones del Estudio de distribución minorista de medicamentos propone valorar sistemas de financiación alternativos al vigente en España, de manera que no sea proporcional al precio del medicamento dispensado, sino a la calidad de los servicios prestados (recomendación 4).

Este sistema de remuneración sería más eficiente y fomentaría mejoras en la calidad de los servicios prestados por las oficinas de farmacia. La experiencia internacional también muestra el aumento en la cantidad, como en Alberta (Canadá), donde a partir de 2012 la retribución de las farmacias dejó de estar basada exclusivamente en las tarifas de dispensación negociadas con la Administración, para incluir también la retribución de los servicios de planificación de cuidados y seguimiento del paciente; de prescripción de pruebas médicas y de medicamentos (adaptación de la prescripción de la ya existente y su renovación, así como *ex novo*) y de administración de medicamentos financiados por el servicio público a través de inyecciones. Como consecuencia de lo anterior, el número de servicios prestados al mes pasó de 30.000 en 2012 a 170.000 en 2016, es decir, se multiplicó por 5,66, como recogen Breault R.R. y otros (2017).

Este incremento en el número y calidad de los servicios mejoraría la salud de los pacientes. En consecuencia, un diseño coste-eficiente de la medida redundaría, en última instancia, en menores costes para el SNS¹⁷⁷.

- En Inglaterra, se instauró en 2013 el Servicio de Nuevos Medicamentos, instaurado en 2013, que pretende apoyar a los pacientes con enfermedades crónicas¹⁷⁸ que inician un nuevo tratamiento mediante la resolución de dudas a través de las farmacias en las primeras semanas de tratamiento, que son esenciales para la adherencia a largo plazo. El servicio se inició con un proyecto piloto entre 2011 y 2013, cuyos efectos fueron evaluados por Elliot, R.A y otros (2014), mostrando un incremento de la adherencia de 10 puntos porcentuales (70.7% frente al 60,5% quienes no recibieron el servicio).

Tras su instauración definitiva en 2014 Elliot, R.A. y otros (2017) mostraron que, con más de 3,59 millones de consultas realizadas hasta agosto de 2016; una estimación de ahorros para el sistema de salud de 75,4 millones de libras en el

¹⁷⁷ Existen diversos estudios a nivel nacional e internacional sobre el impacto positivo que algunos de estos servicios tienen sobre la salud y las arcas públicas, como Félix, J. y otros (2017) que cuantifica en 879 millones de euros los servicios prestados en 2014 por las farmacias en Portugal, o la revisión de los estudios realizados en España de Oñatibia-Astibia, A. y otros (2021) sobre el papel del farmacéutico en la detección y disminución de los errores de medicación. Para la evaluación del impacto de las recomendaciones se presentan ejemplos de medidas coste-efectivas.

¹⁷⁸ En concreto: asma, hipertensión, diabetes tipo 2 y problemas de coagulación sanguínea.

corto plazo y 517,6 millones en el largo plazo; y una ganancia de 179.500 años de calidad de vida, la medida era coste-efectiva con una probabilidad de más del 97% frente a la práctica habitual, con una disposición a pagar de 20.000 libras.

- En España el [programa ConSIGUE](#), surgido a través de la colaboración del CGCOF y la Universidad de Granada entre 2009 y 2018, tuvo por objeto evaluar el impacto del Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT) en personas mayores crónicas y polimedicadas atendidas en farmacias comunitarias. Se estimó que el ahorro de esta medida fue de 2.272 millones de euros por el menor uso de medicamentos y el menor número de visitas a urgencias e ingresos hospitalarios. Asimismo, el impacto en términos de calidad de vida fue de 2.108 millones de euros. De acuerdo con el análisis, la medida fue coste-efectiva, al tener un coste asociado muy bajo. Se consideró que por cada euro invertido se podría generar un beneficio de entre 3,3 y 6,2 euros. Se podría generar un ahorro de 273 euros por paciente y año.
- En su evaluación del gasto público sobre los medicamentos dispensados a través de receta médica, la AIReF (2019) también incluyó como propuesta la modificación del modelo de remuneración de farmacias, pasando de un sistema de márgenes por venta de medicamentos a uno que incluyera la remuneración por servicios prestados a los usuarios para mejorar el uso racional de los medicamentos prescritos, a través del seguimiento farmacoterapéutico y fomento de la adherencia. Según sus estimaciones de haberse implementado esta medida en 2020, **el impacto presupuestario de este nuevo sistema de remuneración habría sido de 71 millones de euros ese año y de 141 millones tanto en 2021 como en 2022.**

3.4.5. Recomendaciones relativas a las condiciones de ejercicio

El Estudio de distribución mayorista recomienda en quinto lugar otorgar mayor libertad a las oficinas de farmacia en lo que se refiere al horario de apertura (recomendación 5) y a la posibilidad de hacer publicidad de las propias oficinas (recomendación 6), aspectos que no han sido objeto de seguimiento, con carácter general, por los reguladores.

Tal y como ha indicado la CNMC en ocasiones anteriores¹⁷⁹, las oficinas de farmacia tienen poca capacidad de competir en precio, en tanto los medicamentos

¹⁷⁹ Recientemente, en el [IPN/CNMC/029/25](#), sobre el proyecto de Decreto de desarrollo de la Ley 13/2022, de 21 de diciembre, de ordenación y atención farmacéutica de la Comunidad de Madrid.

financiados, que suponen la mayor parte de la facturación¹⁸⁰, están sujetos a precios regulados. En consecuencia, para competir, *“las oficinas de farmacia deben centrarse en aspectos como la calidad y variedad del servicio (entrega a domicilio, tiempo de desplazamiento hasta el establecimiento, velocidad de dispensación, sistemas personificados de dosificación, etc.) o los horarios de apertura”*.

Por tanto, la flexibilización de los horarios de apertura de las oficinas de farmacia incrementaría la competencia, al permitirles una mejor adaptación de su operativa a la demanda real y otorgándoles mayor libertad de organización (mayor eficiencia económica). Esto sería especialmente relevante para las farmacias de menor tamaño, que suelen tener una menor capacidad de adaptación. La experiencia internacional en Islandia, Noruega y Suecia analizada por Vogler, S. (2014) muestra que los procesos de liberalización han favorecido el aumento del número de horas de apertura de las farmacias que, en media pasaron de 42 a 53 horas semanales, lo que supone un incremento superior al 26%.

La publicidad es otro de los elementos que las oficinas de farmacia podrían emplear como elemento de diferenciación de sus servicios hacia el usuario. Esto podría favorecer la captación de clientes e incentivar la innovación en los servicios prestados. La evidencia empírica sobre la eficacia que tiene la publicidad en las oficinas de farmacia es escasa, como señalan Mirzaei, A. y otros (2018). Esta misma conclusión es subrayada por la Autoridad de competencia canadiense *-Competition Bureau-* (2016). Aunque el impacto no es directamente extrapolable, esta autoridad cita un estudio de Kwoka, J.E. (1984) sobre el efecto de la publicidad en el sector de los servicios optométristas en Estados Unidos, que calcula que la eliminación de las restricciones a la publicidad provocaría una caída en los precios del 20% para la misma calidad del servicio. La calidad del servicio en el conjunto del mercado no se vería mermada.

Finalmente, estas medidas no impactarían en el gasto sanitario del SNS, que solo financia medicamentos sujetos a prescripción médica, cuya demanda viene determinada por la decisión del médico y no por las decisiones de las farmacias. Además, respecto de los medicamentos no financiados, tampoco cabría esperar un aumento del consumo global. Cabe recordar aquí que, en el caso de la publicidad, el TJUE ha señalado que lo que cabría esperar, en su caso, es un aumento de la cuota de mercado de la farmacia que lleve a cabo la publicidad.

¹⁸⁰ En 2024, de los 1.124.372 euros que facturó en media una farmacia, 790.099 euros (70,3%) correspondieron a medicamentos incluidos en la prestación farmacéutica del SNS. Ver Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (2025).

3.4.6. Recomendaciones sobre requisitos exigibles a los farmacéuticos

El sexto bloque de recomendaciones del Estudio de distribución minorista se refiere a la necesidad de revisar los requisitos que se exigen a los farmacéuticos: **experiencia previa** para obtener la autorización administrativa para abrir una oficina de farmacia (recomendación 7) y **estar colegiado** para poder trabajar o ser titular de una farmacia (recomendación 9).

El seguimiento de estas recomendaciones impactaría positivamente en la oferta, al permitir la entrada de un número mayor de farmacéuticos, especialmente los más jóvenes. Esto aumentaría la presión competitiva, fomentando mejoras en la formación de los farmacéuticos y, por tanto, en la calidad de los servicios prestados.

3.4.6.1. Exigencia de experiencia previa

En relación con la primera de las recomendaciones, relativa a la experiencia previa, cabría analizar el coste de oportunidad que tiene para un farmacéutico trabajar como adjunto, es decir como principal colaborador del titular de la farmacia, del regente o del sustituto, en lugar de poder ser el titular de la farmacia. El adjunto debe ser también licenciado en Farmacia, como todos los anteriores, pero no es necesario que tenga participación en la propiedad de la farmacia.

- El sueldo que cobra un facultativo viene regulado por el Convenio colectivo estatal de oficinas de farmacia y consta de diversos conceptos¹⁸¹.
 - Para el año 2022, el salario base fue de 1.985,35 euros al mes en 14 pagas, lo que asciende a 27.794,9 euros anuales.
 - A este sueldo base debe añadirse un plus asociado a la función concreta que se desempeña en la farmacia y otras partidas salariales que reconocen el tiempo trabajado por la noche, las horas extra y las guardias.
 - El plus por ejercer como adjunto es de 81,70 euros al mes. Esta partida no se computa para las pagas extraordinarias, por lo que al año supone 980,4 euros.
 - En cuanto a las horas extraordinarias, para un análisis conservador, se va a suponer que el farmacéutico realiza el máximo de 80 horas extraordinarias anuales que permite el [Estatuto de los Trabajadores](#)¹⁸², que todas ellas se realizan por

¹⁸¹ Se puede consultar en el siguiente [enlace](#).

¹⁸² Artículo 35.2.

la noche (que tienen una retribución más alta) y que todas son compensadas dinerariamente en lugar de con periodos de descanso. En tanto la retribución por hora es de 37,66 euros la hora, la retribución anual por este concepto sería de 3.012,8 euros anuales.

- La estimación de la retribución por las guardias es más compleja, ya que depende de la organización a nivel local de las guardias entre las oficinas de farmacia de la zona, así como entre los farmacéuticos que trabajan dentro de la propia farmacia. Además, la compensación no es necesariamente dineraria, sino que puede hacerse con tiempo de descanso. La realización de las guardias está también restringida por la regulación que el Estatuto de los Trabajadores establece en cuanto a jornada máxima (40 horas semanales), descanso mínimo entre jornadas (12 horas) y descanso semanal continuado de 1,5 días. Estas restricciones determinarían que una parte relevante de las guardias se compensara con tiempo de descanso.

Para hacer un cálculo simplificado y conservador, se va a determinar el número de horas máximo de horas de guardia que se puede hacer teniendo en cuenta tres elementos: (1) el límite de 40 horas semanales de trabajo que establece el Estatuto de los Trabajadores; (2) la jornada ordinaria de 1.783 horas anuales que determina el convenio colectivo y (3) que se realizan el máximo de 80 horas extra que permite el Estatuto de los Trabajadores, como hemos indicado en el punto anterior.

Si sumamos las 1.783 horas anuales de la jornada ordinaria y las 80 horas extra que, como máximo, se pueden hacer en un año, obtenemos un total de 1.863 horas anuales.

Dado que a todos los trabajadores se les reconocen 30 días naturales de vacaciones, que equivaldrían a 4,3 semanas, las 1.863 horas tendrían que concentrarse en 47,7 semanas al año, lo que determina una jornada de 39,04 horas a la semana. En consecuencia, se podría hacer 0,96 horas extra en cada una de las 47,72 semanas que se trabajan al año.

Suponiendo que todas ellas se retribuyen al máximo previsto en el convenio (24,01 euros), la retribución que obtendría el farmacéutico facultativo por este concepto sería de 1.094 euros al año.

Tabla 20 Estimación de retribución anual por horas de guardia

| | |
|---|--------------|
| Jornada anual ordinaria y con horas extra (1)=(2)+(3) | 1.863 |
| Jornada ordinaria anual en horas (2) | 1.783 |
| Máximo de horas extra anuales (3) | 80 |
| Semanas efectivas de trabajo al año (4)=52-(6) | 47,71 |
| Descanso anual en días naturales (5) | 30 |
| Descanso anual en semanas (6)=(5)/7 | 4,29 |
| Jornada semanal ordinaria y con horas extra (7)=(1)/(4) | 39,04 |
| Tiempo en horas que se puede dedicar a la semana para horas de guardia | |
| A la semana (8) =40-(7) | 0,96 |
| Al año (9)=(4)x(8) | 45,57 |
| Retribución en euros de las guardias | |
| Por hora (10) | 24,01 |
| Al año (11)=(9)x(10) | 1.094 |

Fuente: elaboración propia.

Sumando todos los conceptos anteriores, el sueldo anual de un farmacéutico facultativo ascendería a 32.882,27 euros, como se recoge en la siguiente tabla resumen.

Tabla 21 Estimación sueldo anual de un farmacéutico facultativo

| | |
|--|-----------------|
| Sueldo base en euros (1)=(2)x(3) | 27.795 |
| Sueldo base mensual en euros (2) | 1.985,35 |
| Número de pagas (3) | 14 |
| Plus en euros de ejercer como facultativo (4)=(5)x(6) | 980,40 |
| Plus mensual en euros por ser farmacéutico facultativo (5) | 81,7 |
| Número de pagas (6) | 12 |
| Retribución en euros de las horas extra (7)=(8)x(9) | 3.012,80 |
| Retribución en euros de una hora extra nocturna festiva (8) | 37,66 |
| Máximo legal anual de horas extra (9) | 80 |
| Retribución en euros de las guardias (10)=(11)x(12) | 1.094,17 |
| Retribución en euros de una hora extra (11) | 24,01 |
| Número de horas de guardia al año (12) | 45,57 |
| Sueldo total en euros (13) =(1)+(4)+(7)+(10) | 32.882 |

Fuente: elaboración propia.

- **Los titulares de las oficinas de farmacia tendrían una retribución, en principio, equivalente a los beneficios después de impuestos de la farmacia.**
 - De acuerdo con la información publicada por ASPIME (2023) para 2021, que recoge este dato diferenciando por ingresos de las farmacias, la mayor parte de los grupos tendrían unos beneficios de entre un 7,5% y un 9% de sus ingresos, dependiendo de su nivel de facturación. En concreto, para las farmacias con facturación entre 900.000 y 1.200.000 euros, la rentabilidad estaría alrededor del 8%.
 - De acuerdo con los datos del Observatorio del Medicamento (Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles, 2025), el ingreso medio de una oficina de farmacia es de 1.124.372, por lo que el beneficio medio tras impuestos estaría en torno a los 90.000 euros.

El coste de oportunidad de exigir experiencia previa como facultativo en una oficina de farmacia sería la diferencia entre la retribución que se obtendría como titular de una farmacia (los beneficios después de impuestos de la farmacia), a los que habría que descontar la remuneración del adjunto. En media, el coste de oportunidad se situaría por tanto en torno a 57.000 euros anuales. No obstante, para farmacias con niveles superiores de facturación (por ejemplo, 2 millones de euros), el coste de oportunidad sería bastante superior (en este ejemplo, más de 117.000 euros).

Tabla 22 Estimación del coste de oportunidad anual de ser farmacéutico facultativo en lugar de titular de la farmacia para beneficio neto de la farmacia

| | Medio | Rango superior |
|--|---------------|----------------|
| Coste de oportunidad de ser adjunto en lugar de titular en euros (1)= (2)-(5) | 57.067 | 117.118 |
| Beneficio neto del titular de la farmacia en euros (2)=(3)x(4) | 89.950 | 150.000 |
| Ingresos de la farmacia en euros (3) | 1.124.372 | 2.000.000 |
| Beneficio neto en % sobre la facturación (4) | 8,0% | 7,5% |
| Retribución del farmacéutico adjunto (5) | 32.882 | 32.882 |

Fuente: elaboración propia.

3.4.6.2. Exigencia de colegiación

La exigencia de colegiación para ser titular o trabajar en una oficina de farmacia implica también un coste directo para todos los que quieran ejercer esta actividad.

- De acuerdo con los datos del CGCOF (2025), en 2024 había 54.972 farmacéuticos ejerciendo en oficinas de farmacia. De estos, 25.423 (46,2%) son titulares y 25.715 (46,8%) son adjuntos.
- La cuota de colegiación varía de un colegio provincial a otro. A modo de ejemplo, cabe mencionar que la colegiación en Madrid implica el desembolso de 90 euros como cuota de incorporación (45 euros, si se hace en los seis meses siguientes a la finalización del grado de farmacia) y 28,31 euros mensuales si se ejerce como titular de una oficina de farmacia o 23,31 si se opta por otra modalidad de colegiación¹⁸³. En Toledo, provincia colindante con la anterior, la cuota de primera colegiación es más elevada, 180 euros, pero las cuotas mensuales para los recién graduados son mucho más bajas (7 euros mensuales los dos primeros años, frente a los 35,31 euros mensuales de la cuota general)¹⁸⁴.
- Para una estimación prudente, y teniendo en cuenta que los datos a nivel regional disponibles públicamente no diferencian por la actividad del farmacéutico, se van a tomar los datos de Madrid como base para el cálculo y no se va a considerar la cuota de incorporación, por suponer un pago único al principio de la vida laboral.

Tabla 23 Estimación del coste agregado por colegiación de los farmacéuticos ejercientes en oficinas de farmacia (2024)

| | Nº de colegiados | Cuota por colegiado (€/mes) | Coste anual total colegiación (M€año) |
|--------------|------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| Titulares | 25.423 | 28,31 | 8,637 |
| Facultativos | 25.715 | 23,31 | 7,19 |
| TOTAL | 51.138 | | 15,83 |

Fuente: elaboración propia a partir de datos de CGCOF (2025) y Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid.

¹⁸³ Información obtenida del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid, a través del siguiente [enlace](#), consultado el 22 de diciembre de 2025.

¹⁸⁴ Información del Colegio Oficial de Farmacéuticos de Toledo, consultada el 22 de diciembre de 2025 y disponible [aquí](#).

Bajo estas premisas, el coste anual de colegiación estaría en alrededor de 16 millones de euros para el conjunto de los farmacéuticos que trabajan en oficina de farmacia en España.

3.4.7. Otras recomendaciones

El Estudio de distribución minorista se refiere también a la necesidad de mantener y promover la competencia en el **suministro de medicamentos a los centros sociosanitarios**, eliminando la exigencia de que las oficinas de farmacia se encontraran en la misma zona de salud que todavía recogen diversas normas autonómicas (recomendación 8). Su seguimiento permitiría a un mayor número de oficinas de farmacia suministrar los medicamentos a los centros sociosanitarios, lo que podría redundar en mejoras en la calidad de los servicios y la innovación debido a la mayor presión competitiva¹⁸⁵.

Por último, el Estudio recomienda eliminar la **reserva de actividad de los colegios oficiales** de farmacéuticos, que actúan como intermediarios entre las oficinas de farmacia y el SNS para la facturación y cobro de las recetas de los medicamentos financiados (recomendación 10). Como ya indica el Estudio, el seguimiento de esta recomendación, con la eliminación de la reserva de actividad y la adaptación de las oficinas de farmacia al uso de sistemas de gestión de la información, supondrían un ahorro potencial en los costes de transacción derivados de la gestión y cobro de las recetas de forma individualizada.

La cuantificación de estos impactos reviste cierta complejidad. En el primer caso, por tratarse de mejoras en los servicios prestados para los que no se han encontrado datos comparables. En el segundo caso, porque la información sobre la retribución que reciben los colegios por la prestación de este servicio no es pública o está incluida, sin desagregar, en la cuota a pagar por los colegiados.

¹⁸⁵ La CNMC ya se pronunció sobre las limitaciones para la prestación farmacéutica a centros sociosanitarios en el expediente 639/08 - Colegio Farmacéuticos Castilla-La Mancha.

Tabla 24 Resumen de los efectos potenciales de implementar las recomendaciones del Estudio de distribución minorista

| Recomendaciones del Estudio | | Indicadores relevantes |
|----------------------------------|--|---|
| Acceso al mercado | 1 Eliminar los módulos de población y las distancias mínimas obligatorias, tanto entre oficinas de farmacia como entre estas y los centros de salud. | Número de farmacias: +13.447 nuevas farmacias en dos años (+63%); +19.891 en 10 años (+81%) (extrapolación del impacto observado en Navarra). Empleo: +22.672 empleos en dos años (de los cuales 12.212 farmacéuticos); +45.402 en 10 años (24.454 farmacéuticos) (cálculo para España, a partir de Navarra). Gasto sanitario total: -1,3% (Italia, por reducción de hospitalizaciones). |
| Ejercicio de la actividad | 2 - Permitir la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica en otros establecimientos. | Precio de los medicamentos: - [-4%, -6%] en farmacias (Lisboa). - -20% en supermercados (Lisboa). |
| | - Eliminar la reserva de actividad de las oficinas de farmacia en la venta de medicamentos no sujetos a prescripción médica a través de sitios web. - Permitir la venta de medicamentos sujetos a prescripción a través de sitios web , con el requisito de que la dispensación se realice por un técnico competente. | Inflación de los medicamentos: -0,5% (Finlandia). Bienestar consumidor (coste de oportunidad de comprar en oficina de farmacia): 369 M€, equivalente a 69,7 M de horas a nivel agregado (cálculo para España). Gasto SNS (mejor adherencia al tratamiento): -22,5 M€ (cálculo para España). |
| Propiedad | 3 - Eliminar el requisito de que los propietarios y titulares de oficina de farmacia sean exclusivamente farmacéuticos colegiados. - Permitir la propiedad de más de una oficina de farmacia. - Eliminar la restricción a la integración vertical de las oficinas de farmacia. | Número de farmacias: [+51,89% en 14 años, +150% en 3 años] (países nórdicos y Estonia). Empleo en farmacias: [+18% en 5 años] (Alemania). |
| Retribución | 4 Incremento de la eficiencia en la retribución de las oficinas de farmacia por la dispensación de medicamentos. | Número de servicios: x5,66 (Alberta, Canadá). Gasto SNS: -273 €/paciente/año (programa ConSIGUE, España). |

| | | | |
|--|----|---|---|
| Condiciones de ejercicio | 5 | Mayor libertad en los horarios de apertura de las oficinas de farmacia. | Horas de apertura: +26% (países nórdicos). |
| | 6 | Mayor libertad en la publicidad de las oficinas de farmacia. | Precio: -20% (servicios optometristas en Estados Unidos). |
| Requisitos de los farmacéuticos | 7 | Revisión favorable a la competencia en los criterios de concesión de autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias. | Coste de oportunidad para facultativos: 57.067 €/año (cálculo medio para España). |
| | 9 | Eliminación de la obligatoriedad de colegiación para titulares y farmacéuticos contratados en oficinas de farmacia. | Coste de colegiación global farmacéuticos en oficina de farmacia: 16 M€/año (cálculo para España). |
| Requisitos de las farmacias para determinados servicios | 8 | Mantenimiento y promoción de la competencia en el suministro de medicamentos a centros sociosanitarios . | Mejora en la calidad del servicio: no determinado. |
| Servicios de los Colegios Oficiales | 10 | Eliminación de la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos en determinados servicios económicos en la dispensación minorista de medicamentos. | Costes de transacción: no determinado. |

Fuente: elaboración propia.

3.5. Efectos sobre la economía general

El seguimiento de las recomendaciones de los Estudios de distribución de medicamentos en los ámbitos mayorista y minorista tendría efectos, fundamentalmente, en el propio sector farmacéutico. Sin embargo, también podrían tener efectos potenciales sobre el conjunto de la economía.

Como ya se ha venido analizando, varias de las recomendaciones tendrían como efecto directo la reducción del gasto del SNS en medicamentos y, por tanto, en las **cuentas públicas**. El impacto en este sentido puede ser relevante, en tanto el gasto en medicamentos dispensados en oficinas de farmacia y financiados por el SNS supuso en 2024 un 1% del PIB. Su reducción podría contribuir a mitigar el aumento previsto en el gasto farmacéutico hospitalario y en los gastos sanitarios en general, debido a las presiones demográficas y la cronificación de las enfermedades.

La mejora en la salud de los ciudadanos también contribuiría indirectamente a la reducción del gasto público a través de una menor presión asistencial, una reducción de las bajas laborales médicas e incluso un posible menor gasto en las pensiones, ya que los beneficios sobre la salud asociados a mejoras en el acceso a los medicamentos y al incremento de opciones de atención farmacéutica pueden ayudar a alargar la vida laboral.

En términos de **empleo**, el desarrollo de la industria farmacéutica favorecido por el aumento de la competencia tendría también un impacto en la creación de empleo del sector que tiene un perfil de alta cualificación.

El desarrollo de la industria farmacéutica también favorecería el desarrollo del **ecosistema innovador** del país, como apuntan Nagy, S. y otros (2023) al analizar 27 países y establecer una relación positiva significativa entre, de un lado, la I+D y las exportaciones del sector farmacéutico y, del otro, el rendimiento de la innovación del país.

El **crecimiento económico a largo plazo** también se vería reforzado, tanto por el incremento del número de horas trabajadas por las mejoras en la salud, como por el impacto de la mayor innovación.

Finalmente, las mejoras en la producción y distribución de medicamentos redundarían en una mayor **equidad territorial** por dos vías: la mejora en el acceso a los medicamentos y el desarrollo de plantas de fabricación en diferentes puntos del país. Además, la apertura de nuevas farmacias en zonas con población de mayor edad ayudaría a crear empleo cualificado y fijar población en estas regiones.

4. CONCLUSIONES

Los Estudios de la CNMC [E/CNMC/003/15](#) y [E/CNMC/002/17](#) analizaron la distribución de medicamentos en España centrándose, respectivamente, en el canal minorista y en el canal mayorista.

El objetivo de ambos Estudios era analizar la regulación del sector desde el punto de vista de la competencia efectiva y los principios de buena regulación. Se trata de un sector esencial para el bienestar de la población, que se halla altamente regulado debido a varios motivos. En primer lugar, el acceso a los medicamentos incide de manera directa en un elemento fundamental, como es la salud individual y colectiva de la ciudadanía. En segundo lugar, la industria farmacéutica es un sector altamente innovador y, junto a la distribución de medicamentos y productos sanitarios, tienen un peso sustancial sobre el PIB y el empleo. Tercero, el consumo de medicamentos tiene un peso muy significativo en el gasto público y, por tanto, es muy relevante para determinar la sostenibilidad económica del SNS. El gasto de la prestación farmacéutica sigue, además, una tendencia creciente en los últimos años, debido a diversos aspectos, entre los que se encuentran la incorporación en la cartera sanitaria del SNS de medicamentos innovadores y el aumento de la esperanza de vida de la población española. Finalmente, a lo largo de la cadena de distribución se producen diversos fallos de mercado en la interacción de los agentes que participan en ella.

El análisis de las normas que rigen la distribución de los medicamentos permitió concluir en los Estudios que, teniendo en cuenta la necesidad de garantizar el acceso de la población a los medicamentos y su seguridad, calidad y eficacia, existen numerosas restricciones que no estarían justificadas en términos de necesidad y proporcionalidad. A esta misma conclusión ha llegado la OCDE cuando, al comparar la distribución minorista de medicamentos en España con las mejores prácticas internacionales a través del indicador PMR (*product market regulation*), determina que la regulación española es una de las más restrictivas de su entorno.

Tras determinar la existencia de restricciones no justificadas desde el punto de vista de los principios de buena regulación, los Estudios realizaron una serie de recomendaciones, entre las que destacan las siguientes.

- El Estudio sobre el mercado de distribución mayorista identificó la necesidad de reforzar la evaluación farmacoeconómica de los medicamentos innovadores (con patente); impulsar la competencia en los medicamentos no sometidos a patente y revisar la retribución de los mayoristas y minoristas para vincularla en mayor medida a la calidad del servicio prestado.

- El Estudio sobre el mercado de distribución minorista recomendó flexibilizar las restricciones relacionadas con la propiedad de las oficinas de farmacia, el acceso a la actividad, así como su ejercicio.

Los Estudios se insertan, además, en una línea de actuación coherente de la institución en el sector farmacéutico y constituyen una referencia constante en actuaciones posteriores de promoción de la competencia. La labor de difusión de sus conclusiones fue intensa y contribuyó a reforzar la interlocución con las administraciones públicas, los agentes del sector y la academia.

En la actualidad, se están tramitando modificaciones normativas que incorporan, parcialmente, las recomendaciones realizadas por la CNMC. Destaca en este punto el APL de los Medicamentos y Productos Sanitarios y su normativa de desarrollo que, en el ámbito de la distribución mayorista, incluye medidas que favorecen la competencia de los medicamentos innovadores, al reforzar la evaluación de tecnologías sanitarias y favorecer que ésta se haga sobre la base de datos del mundo real. También se promueve la competencia cuando los medicamentos han dejado de estar protegidos por patente, favoreciendo la competencia en precios y la mayor penetración de medicamentos genéricos y biosimilares. Finalmente, la eliminación del control de los precios de los medicamentos que han dejado de ser financiados por el SNS les permite competir en igualdad de condiciones con otros medicamentos que nunca fueron incluidos en la cartera farmacéutica del sistema público.

Existen, no obstante, algunas recomendaciones que no han sido objeto de seguimiento en este proyecto normativo, especialmente en lo que se refiere a la retribución de la distribución mayorista, que parece que seguirá determinada por el precio de los medicamentos en lugar de por la calidad de los servicios. Tampoco se prevé un sistema de retorno (*clawback*) que permita que los descuentos existentes en la cadena de distribución reviertan en menores costes para el SNS. A pesar de lo anterior, el APL incorpora reformas significativas que, de aprobarse en términos similares por las Cortes, redundarían en importantes mejoras para la competencia y el buen funcionamiento de la distribución mayorista de medicamentos.

Por el contrario, en el ámbito de la distribución minorista, el grado de seguimiento de las recomendaciones del Estudio es bajo. A nivel nacional, el APL de los medicamentos y productos sanitarios mantiene la reserva de venta en farmacia de los medicamentos, así como las limitaciones actualmente existentes para la venta a través de web y, respecto a los medicamentos no sujetos a prescripción médica, para los descuentos en precios. Tampoco se prevén modificaciones normativas que permitan que la titularidad de las farmacias recaiga sobre no farmacéuticos o favorezcan la integración horizontal

y vertical de las oficinas de farmacia. Sin embargo, sí parece contemplar que los servicios farmacéuticos no dependan exclusivamente del precio de los medicamentos dispensados, al considerar otras modalidades alternativas para ciertos productos, que habrán de ser definidas a nivel reglamentario.

A nivel regional, a pesar de los beneficios que la flexibilización del régimen de localización de farmacias en el año 2000 ha tenido en Navarra, ninguna otra comunidad autónoma ha llevado a cabo modificaciones legislativas en este sentido. El seguimiento del resto de recomendaciones también es bajo, sin que haya habido cambios significativos en cuanto a los horarios de apertura, la obligación de colegiación de los titulares de las farmacias y sus trabajadores o en la reserva de actividad de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos a la hora de intermediar el cobro de las recetas facturadas con cargo al SNS. Sí existe cierto seguimiento respecto a la mayor libertad de la publicidad de las oficinas de farmacia en algunas comunidades autónomas, como Madrid y La Rioja, así como en lo relativo a los criterios de concesión de las autorizaciones administrativas para las aperturas de las farmacias.

El seguimiento de las recomendaciones de los Estudios podría tener importantes beneficios para los operadores y los consumidores y ahorros significativos para el SNS. Con base en la experiencia internacional y teniendo en cuenta las limitaciones que conlleva toda estimación cuantitativa, estos beneficios serían los siguientes en el ámbito de la distribución mayorista:

- Las mejoras en la evaluación de las tecnologías sanitarias redundarían en un **mejor acceso** a los medicamentos innovadores y a una mejor gestión de los recursos públicos.
- La mayor competencia de los medicamentos no protegidos por patente, por la penetración de genéricos y biosimilares, permitiría una mayor capacidad de elegir por parte de los pacientes y podría llevar a una **reducción de los precios** de los medicamentos (50% observado en Noruega), **con los consiguientes ahorros en términos de gasto farmacéutico público y privado (1.802 M€ estimados para España, resultado de pasar de una cuota de genéricos del 47,4% al 70%)**.
- Un *clawback* o **sistema de retorno** de los descuentos en la cadena de distribución también se traduciría en ahorros para el SNS.

En la distribución minorista:

- La adopción en toda España de un modelo similar al de Navarra de localización de farmacias podría llevar a la **apertura de casi 20.000 farmacias nuevas** al cabo de 10 años y la creación de **más de 45.000 empleos, de los que casi 25.000 serían farmacéuticos**. A esto se le añadirían otros beneficios indirectos sobre otros sectores impulsados por

el incremento del número de farmacias y del empleo. Este efecto se podría ver reforzado si se liberalizaran las normas relativas a la propiedad de las farmacias, que limitan la propiedad a los farmacéuticos e impiden la integración vertical y horizontal. En algunos países se ha observado que este mejor acceso a los establecimientos farmacéuticos reduciría, además, las visitas a urgencias, reflejando un impacto positivo en la salud de la ciudadanía. Esto último, también, podría ayudar a la sostenibilidad del SNS a partir del ahorro en términos de gasto sanitario (observado para Italia y Estados Unidos).

- Permitir que los medicamentos se puedan vender en establecimientos diferentes a las oficinas de farmacia podría provocar una caída en los precios debido a la mayor presión competitiva (entre un 4% y un 6% en las farmacias y un 20% en supermercados, observado en Lisboa) y liberalizar la venta por internet podría ahorrar a cada ciudadano, según las estimaciones realizadas para España, 84 minutos al año en visitas a la farmacia (69,7 millones de horas en términos agregados que, monetizadas, se estima que equivaldrían a 369 millones de euros).
- Se obtendrían mejoras de la calidad y cantidad de los servicios prestados por las oficinas de farmacia si su retribución estuviera vinculada a ellos, así como un mejor acceso si se liberalizaran los horarios de apertura.
- Los farmacéuticos podrían competir en mejores condiciones si se eliminaran ciertos requisitos de concesión de las autorizaciones administrativas para la apertura de farmacias y si se eliminara la obligación de colegiación obligatoria, que podría tener un coste agregado anual de en torno a 16 millones de euros al año (estimación para España).

Los beneficios de seguir las recomendaciones de los Estudios irían más allá del sector farmacéutico. Además, del impacto en las cuentas públicas, el mejor acceso a los medicamentos podría, en primer lugar, ayudar a fomentar mejoras en la salud, que permitirían mayor eficacia en la consecución del objetivo esencial de interés general de mejorar la salud individual y colectiva. Asimismo, serían de utilidad para lograr la sostenibilidad económica del SNS ya que ayudarían a contener el gasto sanitario, cuestión esencial atendiendo a la presión demográfica y asistencial de un país en proceso de envejecimiento. También serían destacables el efecto sobre el empleo que, en la industria farmacéutica tiene un perfil de alta cualificación, en el desarrollo del ecosistema innovador y, por ende, en el crecimiento económico a largo plazo. Finalmente, las mejoras en la producción y distribución de medicamentos redundarían en una mayor equidad territorial, al favorecer el acceso a los medicamentos por toda la población y la apertura de empresas de distribución mayorista y farmacias en diferentes puntos del país. Todo ello podría contribuir a fijar población en estas regiones.

En definitiva, esta evaluación de impacto incide en la necesidad de promover una regulación económica eficiente en el ámbito de la distribución de medicamentos, de manera que los pacientes-consumidores puedan beneficiarse de un mejor acceso a servicios y productos farmacéuticos, de mejoras en sus precios y calidad, de un refuerzo a la sostenibilidad del SNS, de más actividad económica, oportunidades de empleo de alta cualificación y de una asignación más eficiente de los recursos públicos. Todo ello siempre priorizando el garantizar la calidad, seguridad y eficacia de los medicamentos, así como la protección de la salud individual y colectiva de la población.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- **Autoridad Catalana de la Competencia - ACCO (2010).** Impacto de la regulación de precio de los medicamentos sobre la competencia en el mercado de genéricos: valoración de los efectos y necesidad de reforma. Disponible [aquí](#).
- **AEMPS (2025).** Memoria de actividades de la AEMPS 2024. Disponible [aquí](#).
- **AFI y Farmaindustria (2025).** Contribución socioeconómica de los medicamentos y de la industria farmacéutica en España. Disponible [aquí](#).
- **Antares Consulting (2013).** Impacto económico de la no adherencia en los costes farmacéuticos.
- **Asociación Española de Medicamentos Biosimilares -BioSim (2024).** Memoria Bienal de Actividades 2023-2024. Disponible [aquí](#).
- **Aspime (2017).** Informe Anual Aspime de Oficinas de Farmacia 2017. Elsevier. Disponible [aquí](#).
- **Aspime (2023).** Informe Anual Aspime de Oficinas de Farmacia. Capítulo 1. Principales cifras económicas de la farmacia española según volumen de ventas. Disponible [aquí](#).
- **Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal-AIReF (2019).** *Spending Review: Medicamentos dispensados a través de Receta Médica.* Disponible [aquí](#).
- **Autoridades de Competencia Nórdicas (2021).** *Joint Nordic Report: Online Pharmacy Markets in the Nordics.* Disponible [aquí](#).
- **Badia, X., Vico, T., Shepherd, J., Gil, A., Poveda-Andrés, J.L., Hernández, C. (2020).** *Impact of the therapeutic positioning report in the P&R process in Spain: analysis of orphan drugs approved by the European Commission and reimbursed in Spain from 2003 to 2019. Orphanet Journal of Rare Diseases.* Disponible [aquí](#).
- **Björvang C, Pontén J, Rönholm G, Skiöld P (2023).** *PPRI Pharma Profile Sweden 2023. TLV Dental and Pharmaceutical Benefits Agency.* Disponible [aquí](#).
- **Breault, R.R., Whissell, J.G., Hughes, C.A., Schindel, T.J. (2017).** *Development and implementation of the compensation plan for pharmacy services in Alberta, Canada. J Am Pharm Assoc (2003). 2017 Jul-Aug;57(4):532-541.* Disponible [aquí](#).
- **Brekke, K.R., Canta, C., Straume, O.R. (2022).** *Does Reference Pricing Drive Out Generic Competition in Pharmaceutical Markets? Evidence from a Policy Reform. Cesifo working papers N° 9853.* Disponible [aquí](#).

- **Centro de Investigaciones Sociológicas - CIS (2024).** Actitudes hacia el estado de bienestar (II). Estudio nº 3487. Disponible [aquí](#).
- **Cintolesi, A, Riganti, A. (2022).** *Liberalizing the opening of new pharmacies and hospitalizations. Banca d'Italia Eurosystem. Temi di discussione (Working Papers) 1388.* Disponible [aquí](#).
- **Comisión Europea – European Commission (2018).** *Commission staff working document impact assessment. Strengthening of the EU Cooperation on Health Technology Assessment (HTA). Accompanying the document Proposal for a Regulation of the European Parliament and of the Council on health technology assessment and amending Directive 2011/24/EU.* Disponible [aquí](#).
- **Compass Lexecon. (2016).** Análisis económico del Estudio de la CNMC sobre la distribución minorista de medicamentos en España. Informe realizado para el Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia. Disponible [aquí](#).
- **Competition Bureau - Autoridad de Competencia de Canadá (2016).** *Advertising Restrictions Report.* Disponible [aquí](#).
- **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España (2025 y años anteriores).** Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias del año 2024 (y años anteriores). Disponible [aquí](#).
- **CNMC (2015).** Estudio sobre el mercado de distribución minorista de medicamentos en España. Disponible [aquí](#).
- **CNMC (2022).** Estudio sobre el mercado de distribución mayorista de medicamentos. Disponible [aquí](#).
- **CNMC (2024).** Informe sobre el proyecto de real decreto por el que se regula la evaluación de tecnologías sanitarias. Disponible [aquí](#).
- **CNMC (2025).** Informe sobre el anteproyecto de ley de los medicamentos y productos sanitarios. Disponible [aquí](#).
- **Costa, E., Santos, C. (2022).** *Pharmaceutical pricing dynamics in an internal reference pricing system: evidence from changing drugs' reimbursements. The European Journal of Health Economics, 23:1497–1518.* Disponible [aquí](#).
- **Duru, E.E., Ben-Umeh, K.C., Anderson, K.E., Mattingly, T.J. 2nd. (2025).** *Defining Pharmacy Access: A Review of Pharmacy-Level Research in the United States. Med Care. 2025 Oct 1;63(10):758-763.* Disponible [aquí](#).
- **Dylst P., Simoens S. (2010).** *Does the market share of generic medicines influence the price level? A european analysis. Value health.*
- **Dylst, P., Vulto, A., Simoens, S. (2013).** *Demand-side policies to encourage the use of generic medicines: an overview. Expert review of pharmacoeconomics & outcomes research. 13. 59-72. 10.1586/erp.12.83.* Disponible [aquí](#).

- **Elliott, R. A., Boyd, M. J., Salema, N-E., Davies, J., Barber, N., Mehta, R., Tanajewski, L., Waring, J., Latif, A., Gkountouras, G., Avery, A. J., Chuter, A., Craig, C., (2016).** *Effectiveness of the New Medicine Service in community pharmacies in England*, *BMJ Quality and Safety*, 25, 747-758. Disponible [aquí](#).
- **Elliott, R.A., Tanajewski, L., Gkountouras, G., Avery, A.J., Barber, N, Mehta, R., Boyd, M.J., Latif, A., Chuter, A., Waring, J. (2017).** *Cost Effectiveness of Support for People Starting a New Medication for a Long-Term Condition Through Community Pharmacies: An Economic Evaluation of the New Medicine Service (NMS) Compared with Normal Practice.* *Pharmacoeconomics*. Dec;35(12):1237-1255. Disponible [aquí](#).
- **Epstein, D. (2025).** *Pricing and reimbursement of off-patent medicines dispensed in community pharmacies.* *Gaceta Sanitaria, Volume 39, Supplement 1.* Disponible [aquí](#).
- **European Medicines Agency (2023):** *Statement on the scientific rationale supporting interchangeability of biosimilar medicines in the EU.* Disponible [aquí](#).
- **Farmaindustria (2025).** *La industria farmacéutica y su contexto en España 2024.* Disponible [aquí](#).
- **Farmaindustria y EY (2016).** *Plan de Adherencia al tratamiento. Uso responsable del medicamento.* Disponible [aquí](#).
- **Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (2025).** *Observatorio del medicamento marzo 2025.* Disponible [aquí](#).
- **FEDIFAR. (2013).** *Análisis sectorial de la distribución farmacéutica en distribución farmacéutica en España.* Disponible [aquí](#).
- **Félix, J., Ferreira, D., Afonso-Silva, M., Vargas Gomes, M., Ferreira, C., Vandewalle, B., Marques, S., Mota, M., Costa, S., Cary, M., Teixeira, I., Paulino, E., Macedo, B., Barbosa, C.M. (2017).** *Social and economic value of Portuguese community pharmacies in health care.* *BMC Health Services Research*. Disponible ([aquí](#)).
- **García Álvarez J. (2016).** *La demanda en el transporte de viajeros. Generación, evolución y reparto modal.* Fundación de los ferrocarriles españoles, edición 8, agosto 2016. Disponible [aquí](#).
- **García-Goñi, M. (2022).** *Rationalizing Pharmaceutical Spending, IMF Working Papers 2022/190 (Washington: International Monetary Fund).* Disponible [aquí](#).
- **Godman, B., Shrank, W., Andersen, M., Berg, C., Bishop, I., Burkhardt, T., Gustafsson, L. L. et al. (2010).** *Comparing policies to enhance prescribing efficiency in Europe through increasing generic utilization: changes seen and global implications.* *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10(6), 707–722. Disponible [aquí](#).

- **Gregório, J., Cavaco, A.M., Velez Lapão, L. (2017).** *How to best manage time interaction with patients? Community pharmacist workload and service provision analysis. Research in Social and Administrative Pharmacy. Elsevier.* Disponible [aquí](#).
- **Hämeen-Anttila, K., Almarsdóttir, A. B., Volmer, D., Björnsdóttir, I., & Källemark Sporrang, S. (2025).** *An ideological playground? Changes in community pharmacy ownership – a case study from four Nordic and Baltic countries. Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 18(1).* Disponible [aquí](#).
- **Hughes, C.A., Breault, R.R., Hicks, D., Schindel, T.J. (2017).** *Positioning pharmacists' roles in primary health care: a discourse analysis of the compensation plan in Alberta, Canada. BMC Health Serv Res.* Disponible [aquí](#).
- **Hussain, R., Din Babar, Z. (2023).** *Global landscape of community pharmacy services remuneration: a narrative synthesis of the literature, Journal of Pharmaceutical Policy and Practice, 16:1, 118, DOI: 10.1186/s40545-023-00626-0.* Disponible [aquí](#).
- **IM Farmacias (2025).** Anuario 2024-2025. La distribución se prepara para un papel más estratégico en el sistema sanitario. Disponible [aquí](#).
- **IQVIA (2025).** EFPIA Patients W.A.I.T. Indicator 2024 Survey. Disponible [aquí](#).
- **Jaksa, A., Arena, P.J., Hanisch, M., Marsico, M. (2025).** *Use of Real-World Evidence in Health Technology Reassessments Across 6 Health Technology Assessment Agencies. Value in Health, Volume 28, Issue 6, 898 – 906.* Disponible [aquí](#).
- **Jeverlund, C., Basalisco, B., Mejer, M., Islam, M., Nissen, MT., Isles, M. (2025).** *The benefits of online access to prescription medicines: the European patient's perspective.* Disponible [aquí](#).
- **Kanavos. (2014).** *Measuring performance in off-patent drug markets: a methodological framework and empirical evidence from twelve EU Member States. Health Policy, online, 1- 13.* Disponible [aquí](#).
- **Khan, R., Socha-Dietrich, K. (2018).** *Investing in medication adherence improves health outcomes and health system efficiency: Adherence to medicines for diabetes, hypertension, and hyperlipidaemia. OECD Health Working Papers No. 105.* Disponible [aquí](#).
- **Kwoka, J.E. (1984).** *Advertising and the Price and Quality of Optometric Services. The American Economic Review, Vol. 74, No. 1, pp. 211- 216.* Disponible [aquí](#).
- **Lasio, L. (2020).** *Delisting of Pharmaceuticals from Insurance Coverage: Effects on Consumption, Pricing and Expenditures in France.* Disponible [aquí](#).
- **Leon, G., Carbonel, C., Rampuria, A., Rajpoot, R.S., Joshi, P., Kanavos, P. (2024).** *An assessment of the implications of distribution remuneration and*

taxation policies on the final prices of prescription medicines: evidence from 35 countries. The European Journal of Health Economics. Disponible [aquí](#).

- **Lichtenberg, F.R. (2023).** The Relationship Between Pharmaceutical Innovation and Cancer Mortality in Spain, From 1999 to 2016. Value in Health, Volume 26, Issue 12, 1711 – 1720. Disponible [aquí](#).
- **López Vila, E., Buts, C., Jegers, M. (2023).** A quantitative classification of OTC medicines regulations in 30 European countries: dispensing restrictions, distribution, pharmacy ownership, and pricing systems, *Journal of Pharmaceutical Policy and Practice*, 16:1, 19, DOI: 10.1186/s40545-023-00522-7. Disponible [aquí](#).
- **Lluch M., Kanavos P. (2010).** Impact of regulation of Community Pharmacies on efficiency, access and equity. Evidence from the UK and Spain. *Health Policy*. Disponible [aquí](#).
- **Makady, A., van Veelen, A., Jonsson, P., Moseley, O., D'Andon, A., de Boer, A., Hillege, H., Klungel, O., Goettsch, W. (2018).** Using Real-World Data in Health Technology Assessment (HTA) Practice: A Comparative Study of Five HTA Agencies. *Pharmacoeconomics*. Mar;36(3):359-368. Disponible [aquí](#).
- **Malet-Larrea, A., Goyenechea, E., García-Cárdenas, V., Calvo, B., Arteche, J.M., Aranegui, P., Zubeldia, J.J., Gastelurrutia, M.A., Martínez-Martínez, F., Benrimoj, S.I. (2016).** The impact of a medication review with follow-up service on hospital admissions in aged polypharmacy patients. *British Journal of Clinical Pharmacology*. Disponible [aquí](#).
- **Meneu R. (2002).** Alternativas a la distribución de medicamentos y su retribución. *Gaceta Sanitaria*, 16(2): 171-181. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad (2015).** Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2015. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad (2019).** Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2018. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad (2019).** Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud 2019. Informe monográfico. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad (2024).** Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud 2024. Informe monográfico. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad y otros ministerios (2024).** Estrategia de la Industria Farmacéutica 2024-2028. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad (2025).** Informe Anual del Sistema Nacional de Salud 2024. Disponible [aquí](#).
- **Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019).** Plan de acción para fomentar la utilización de los medicamentos reguladores del mercado en

el sistema nacional de salud: medicamentos biosimilares y medicamentos genéricos. Disponible [aquí](#).

- **Mirzaei, A., Carter, S.R., Schneider, C.R. (2018).** *Marketing activity in the community pharmacy sector – A scoping review, Research in Social and Administrative Pharmacy, Volume 14, Issue 2, pages 127-137.* Disponible [aquí](#).
- **Moura A., Pita Barros P. (2020).** *Entry and price competition in the over-the-counter drug market after deregulation: evidence from Portugal.* Health Econ. Disponible [aquí](#).
- **Nagy, S., Chernikov, S.U., Degtereva, E. (2023).** *The impact of the pharmaceutical industry on the innovation performance of European countries.* Regional Statistics, Vol. 13. No. 1. 2023: 94–118. Disponible [aquí](#).
- **Oñatibia-Astibia, A., Aizpurua-Arruti, X., Malet-Larrea, A., Gastelurrutia, M.A., Goyenechea, E. (2021).** El papel del farmacéutico comunitario en la detección y disminución de los errores de medicación: revisión sistemática exploratoria. Ars Pharmaceutica. Disponible [aquí](#).
- **Organización mundial de la salud - WHO (2019).** *The legal and regulatory framework for community pharmacies in the WHO European Region.* Disponible [aquí](#)
- **Organización mundial de la salud - WHO (2020).** *Guideline on country pharmaceutical pricing policies.* Disponible [aquí](#).
- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE (2019).** Guía de Evaluación de la Competencia: Volumen 1 (principios), Volumen 2 (guía) y Volumen 3 (manual operacional). Disponible [aquí](#).
- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE (2024).** *PMR Sector indicators.* Disponible [aquí](#).
- **Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos – OCDE (2025).** *Health at a glance.* Disponible [aquí](#).
- **O’Rourke B, Oortwijn W, Schuller T. (2020).** *The new definition of health technology assessment: A milestone in international collaboration.* International Journal of Technology Assessment in Health Care;36(3):187-190.
- **Philipsen, N. (2013).** *Regulation of Pharmacists: A Comparative Law and Economics Analysis.* The European Journal of Comparative Economics Vol. 10, n. 2, pp. 225-241. Disponible [aquí](#).
- **Proczek, K., Świątek, S. (2025).** *The impact of the Pharmaceutical Law on pharmacy availability in Poland in 2003–2022.* Farmacja Polska. 80. 523-534. 10.32383/farmpol/199850. Disponible [aquí](#).
- **Puig-Junoy, J. (2010).** Políticas de fomento de la competencia en precios en el mercado de genéricos: lecciones de la experiencia europea. Gaceta sanitaria 24(3):193–199. Disponible [aquí](#).

- **Purpura, C.A., Garry, E.M., Honig, N. Case, A., Rassen, J.A. (2022).** The Role of Real-World Evidence in FDA-Approved New Drug and Biologics License Applications. *Clinical pharmacology & therapeutics*. Volume 111 number 1. Disponible [aquí](#).
- **Rovira, J., Gómez, P., Del Llano, J. (2012).** La regulación del precio de los medicamentos en base al valor. Madrid: Fundación Gaspar Casal.
- **Spektor, S.V., y Ionkina, K.A. (2023).** *Estimating the effects of legalizing drug e-commerce. Population and Economics* 7(1): 90-115. Disponible [aquí](#).
- **Troein, P., Newton, M. y Scott, K. (2020).** The Impact of Biosimilar Competition in Europe. IQVIA. Disponible [aquí](#).
- **Tárrega, R. y Camba, A. (2023).** Reflexiones en torno a los estudios de la CNMC sobre la distribución mayorista y minorista de medicamentos. En J. J. Ganuza Fernández y J. López Vallés (eds.), *Reformas para impulsar la competencia en España* (pp. 323-343). Funcas. Disponible [aquí](#).
- **Tribunal de Defensa de la Competencia (1995).** La competencia en España: balance y nuevas propuestas. Disponible [aquí](#).
- **Trowman, R., Migliore, A. y Ollendorf, D.A. (2023).** The value and impact of health technology assessment: discussions and recommendations from the 2023 Health Technology Assessment International Global Policy Forum. Disponible [aquí](#).
- **Universidad Complutense de Madrid e Hygeia Consulting, SL (2024).** Impacto presupuestario de los medicamentos biosimilares en el Sistema Nacional de Salud de España 2020-2030. Estudio encargado por la Asociación Española de Medicamentos Biosimilares (Biosim). Disponible [aquí](#).
- **Unsorg, M., Rostam-Afschar, D. (2021).** *Entry Regulation and Competition. Evidence from retail and labor markets of pharmacists., Beiträge zur Jahrestagung des Vereins für Socialpolitik 2021: Climate Economics, ZBW - Leibniz Information Centre for Economics, Kiel, Hamburg.* Disponible [aquí](#).
- **Vogler, S. (2009).** *The impact of pharmaceutical pricing and reimbursement policies on generics uptake: Implementation of policy options on generics in 29 European countries—an overview. Generics and Biosimilars Initiative Journal (GaBI Journal)*. 1. 93-100. 10.5639/gabij.2012.0102.020. Disponible [aquí](#).
- **Vogler, S., Arts, D., Sandberger, K. (2012).** *Impact of pharmacy deregulation and regulation in European countries. Commissioned by Danmarks Apotekerforening (Association of Danish Pharmacies).* Disponible [aquí](#).
- **Vogler, S. (2014).** Liberalization in the pharmacy sector. Disponible [aquí](#).
- **Vogler, S., Habimana K., Arts D (2014).** *Does deregulation in community pharmacy impact accessibility of medicines, quality of pharmacy services and costs? Evidence from nine European countries. Health Policy.* Disponible [aquí](#).

Otras fuentes estadísticas:

- Eurostat: Datos de mercado de trabajo.
- Instituto Nacional de Estadística (INE): Estadística estructural de las empresas: sector industrial, Estadística continua de población, Censo anual de población, Contabilidad nacional anual.
- Ministerio de Sanidad: Estadísticas de Establecimientos Sanitarios con Régimen de Internado y Encuesta Nacional de Salud para España.
- Ministerio de Hacienda: Indicadores sobre Gasto Farmacéutico y Sanitario.

ÍNDICE DE SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| AEMPS | Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios |
| AIReF | Autoridad Independiente de Responsabilidad Fiscal |
| ATC | [Clasificación] Anatómico-Terapéutica-Química |
| CCAA | Comunidades Autónomas |
| CGCOF | Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos |
| CIMA | Centro de información online de medicamentos de la AEMPS |
| CIPM | Comisión Interministerial de Precios de los Medicamentos y Productos Sanitarios |
| CNMC | Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia |
| DGCYF | Dirección General de Cartera Común de Servicios del Sistema Nacional de Salud y Farmacia (Ministerio de Sanidad) |
| EMA | Agencia Europea de los Medicamentos |
| INE | Instituto Nacional de Estadística |
| IPN | Informe de Proyecto Normativo |
| IPT | Informe de Posicionamiento Terapéutico |
| OOFF | Oficinas de farmacia |
| OCDE | Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico |
| OTC | [Medicamentos] <i>over-the-counter</i> (no sujetos a prescripción médica) |
| PVL | Precio de Venta de Laboratorio |
| PVP | Precio de Venta al Público |
| REvalMed | Red de Evaluación de Medicamentos |
| SNS | Sistema Nacional de Salud |
| TJUE | Tribunal de Justicia de la Unión Europea |
| UE | Unión Europea |
| Valtermed | Valor Terapéutico en la Práctica Clínica Real de los Medicamentos de Alto Impacto Sanitario y Económico |

ANEXO 1. LEYES AUTONÓMICAS DE ORDENACIÓN FARMACÉUTICA

Tabla 25 Leyes de ordenación farmacéutica de las CCAA

| Comunidad Autónoma | Ley de ordenación farmacéutica |
|--------------------|---|
| Andalucía | Ley 22/2007 , de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía |
| Aragón | Ley 4/1999 , de 25 de marzo, de Ordenación Farmacéutica para Aragón |
| Asturias | Ley 1/2007 , de 16 de marzo, de atención y ordenación farmacéutica |
| Baleares | Ley 7/1998 , de 12 de noviembre, de Ordenación Farmacéutica de las Islas Baleares |
| Canarias | Ley 4/2005 , de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias |
| Cantabria | Ley 7/2001 , de 19 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cantabria |
| Castilla y León | Ley 13/2001 , de 20 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad de Castilla y León |
| Castilla-La Mancha | Ley 5/2005 , de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha ¹⁸⁶ |
| Cataluña | Ley 31/1991 , de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña |
| Com. Valenciana | Ley 6/1998 , de 22 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Com. Valenciana ¹⁸⁷ |
| Extremadura | Ley 6/2006 , de 9 de noviembre, de Farmacia de Extremadura |
| Galicia | Ley 3/2019 , de 2 de julio, de ordenación farmacéutica de Galicia* |
| Madrid | Ley 13/2022 , de 21 de diciembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Com. de Madrid* |
| Murcia | Ley 3/1997 , de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia |
| Navarra | Ley Foral 12/2000 , de 16 de noviembre, de Atención Farmacéutica |
| País Vasco | Ley 11/1994 , de 17 de junio, de Ordenación Farmacéutica de la Com. Autónoma del País Vasco |
| La Rioja | Ley 7/2025 , de 9 de septiembre, de atención y ordenación farmacéutica de la Com. Autónoma de La Rioja* |

Fuente: elaboración propia. Nota: Se marcan con un asterisco las normas aprobadas con posterioridad a la publicación del estudio E/CNMC/003/15.

¹⁸⁶ Esta ley está en proceso de modificación. Se puede consultar [aquí](#) el Proyecto de ley por la que se modifica la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.

¹⁸⁷ Actualmente se encuentra en fase de tramitación el [anteproyecto de Ley](#) de medidas fiscales, de gestión administrativa y financiera y de organización de la Generalitat para el ejercicio 2026, que incluye una propuesta de modificación de determinados artículos de la Ley 6/1998. El procedimiento de audiencia pública ha tenido lugar hasta el 4 de agosto de 2025.

ANEXO 2: LISTADO DE RESTRICCIONES DE LA GUÍA DE EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA DE LA OCDE ADAPTADA A LA ACTIVIDAD DE LA CNMC

Tabla 26 Restricciones de la Guía de Evaluación de la competencia de la OCDE adaptada a la actividad de la CNMC

| Restricciones | Problema específico |
|--|--|
| A. Limitación del número o rango de proveedores | A1 Otorga derechos exclusivos a un proveedor para suministrar bienes o servicios. |
| | A2 Establece un proceso de licencia, permiso o autorización como requisito para operar. |
| | A3 Limita la capacidad de algunos proveedores para ofertar un bien o servicio. |
| | A4 Incrementa significativamente el coste de entrada o salida para un proveedor. |
| | A5 Crea una barrera geográfica a las empresas a la hora de suministrar bienes, servicios o mano de obra o de realizar inversiones de capital. |
| B. Limitación de la capacidad para competir de los proveedores | B1 Limita la capacidad del vendedor para fijar los precios de los bienes o servicios. |
| | B2 Limita la libertad de los proveedores para anunciar o introducir en el mercado sus bienes o servicios. |
| | B3 Fija estándares para la calidad del producto que proporcionan una ventaja a algunos proveedores sobre otros o que están por encima del nivel que exigiría un consumidor bien informado. |
| | B4 Incrementa significativamente los costes de producción para algunos proveedores en relación con otros (especialmente por un trato diferencial a los proveedores incumbentes respecto a nuevos entrantes). |
| C. Reducción de los incentivos para competir de los proveedores | C1 Crea un régimen autorregulatorio o co-regulatorio. |
| | C2 Requiere o fomenta la publicación de información sobre producción, precio, ventas o costes de los proveedores. |
| | C3 Exime a una industria particular o a un grupo de proveedores de operar respetando la normativa de competencia. |
| D. Limitación de las opciones e información disponible para los clientes | D1 Desarrolla las normas de manera insuficiente para garantizar la seguridad y protección de consumidores y usuarios. |
| | D2 Reduce la movilidad de consumidores entre proveedores de bienes o servicios por el incremento de costes implícitos o explícitos derivados del cambio de proveedores. |
| | D3 Cambia de forma sustancial la información requerida por los compradores para realizar compras efectivas. |
| E. Otras limitaciones adicionales | E1 Desarrolla la regulación de manera insuficiente, lo que impide garantizar la seguridad y la protección de los usuarios y consumidores. |
| | E2 Desarrolla la regulación de manera insuficiente, lo que impide garantizar que el proceso de liberalización se haga correctamente o que exista una regulación económica eficiente. |
| | E3 Establece impuestos para generar costes adicionales y no para un propósito económico claro. |
| | E4 Fomenta la colusión entre operadores económicos u obstaculiza la libre competencia. |
| | E5 Realiza una actuación que puede ser contraria a la normativa de ayudas de estado. |
| | E6 Realiza una actuación no normativa sin detalle suficiente, lo que impide garantizar una regulación económica eficiente. |

Fuente: basado en la metodología desarrollada por KPMG y VVA (2022)¹⁸⁸, que a su vez es una adaptación a la CNMC de la clasificación de la OCDE (2019).

¹⁸⁸ Disponible [aquí](#).

ANEXO 3: Artículos de investigación que referencian los Estudios de la CNMC

Tabla 27 Listado de artículos que referencian los Estudios de la CNMC (E/CNMC/003/15 y E/CNMC/002/17)

| Autores | Año publicación | Artículo | Mención E/CNMC/003/15 | Mención E/CNMC/002/17 |
|--|-----------------|--|-----------------------|-----------------------|
| Silos Ribas, M., Vega Vicente, P., Romero Valero, L. | 2016 | Estimación del daño ocasionado por las regulaciones anticompetitivas: aspectos metodológicos y experiencia en la Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia. Anuario de la Competencia 2016. Fundación ICO. Disponible aquí . | x | |
| Hull, D., Clancy, M.J. | 2016 | Application of EU Competition Law in the Pharmaceutical Sector. <i>Journal of European Competition Law and Practice</i> , 7. Disponible aquí . | x | |
| Castillo, J.J., Fabra, M.E., Labajo, V. | 2017 | The Influence of Legal Environment and Levels of Integration on Retailer Capabilities. <i>Advances in National Brand and Private Label Marketing. Springer Proceedings in Business and Economics</i> . Disponible aquí . | x | |
| Segovia Moreno, M., Palacios Guillén, P. | 2019 | Indicadores de la OCDE sobre la regulación del mercado de productos (PMR): Resultados de España en 2018. Boletín Económico De ICE (Serie histórica), (3116). Disponible aquí . | x | |
| Autoridad Catalana de la Competencia- ACCO | 2020 | Restricciones a la competencia en la distribución minorista de medicamentos. (REF. N°: ES 21/2019). Disponible aquí . | x | |
| Borrell, J.R. | 2023 | Los genéricos y la ardua batalla por desmonopolizar los mercados farmacéuticos. Reformas para impulsar la competencia en España. Disponible aquí . | x | x |
| Domínguez, J.J.F., Fernández, G. D. | 2023 | Importación paralela de medicamentos genéricos reenvasados con la marca de los medicamentos de referencia (a propósito de la STJUE de 17 de noviembre de 2022 C-253/20 Y C-254/20). Revista Jurídica de la Universidad de León, nº 11. Disponible aquí . | | x |
| Olivares Hortal, A. | 2023 | El marco normativo y la intervención pública en materia de medicamentos. Revista de la Escuela Jacobea de Posgrado nº 25. Disponible aquí . | x | |
| Río-Álvarez, I., Cruz-Martos, E. | 2024 | <i>Overview of biosimilar medicines in Spain: market dynamics, policies, evidence-based insights and avenues for a sustainable market. Expert Opinion on Biological Therapy</i> . Disponible aquí . | | x |

| | | | | |
|---|------|---|--|---|
| Trapero-Bertrana, M., Puig-Junoy, J., Alegre-del-Rey, E. J., Clopés, A., Lobo, F., Ortega, A. | 2025 | Reforma de la evaluación económica de medicamentos en España: propuestas del Comité Asesor para la Financiación de la Prestación Farmacéutica. Gaceta Sanitaria, nº 39. Disponible aquí . | | x |
| García Pérez, F.J., Cocina Arrieta, B. | 2025 | La proyectada reforma de la Ley de medicamentos y productos sanitarios. Actualidad Jurídica Uría Menéndez, nº 67. Disponible aquí . | | x |
| Espin, J., Epstein, D., Martín Saborido, C. | 2025 | <i>Pharmaceutical pricing policies in Spain (Chapter 13). Formulating and Implementing Pharmaceutical Pricing Policies.</i> Disponible aquí . | | x |

Fuente: elaboración propia.