

Su información

¿En calidad de qué o en representación de quién participa en esta consulta pública? *
Asociaciones sectoriales

Nombre completo (del particular o de la institución representada)* FEDERACIÓN EMPRESARIAL DE FARMACÉUTICOS ESPAÑOLES (FEFE)

¿Desea publicar el nombre junto a su respuesta o mantenerlo confidencial (en cuyo caso se publicará como respuesta anónima)?*
Público

E-mail de contacto (se mantendrá confidencial)*

Breve justificación del interés del particular o de la institución por el sector de la comercialización y distribución mayorista de medicamentos dispensables a través de oficinas de farmacia en España (máximo 150 palabras) * Fefe representa a las farmacias, el tramo minorista de los medicamentos objeto de este estudio. Es el agente social más representativo, el único, a nivel nacional, para el sector de oficinas de farmacia. Participa en distintos órganos de la CEOE, destacando en la comisión de sanidad, así como en el comité de la CEOE-CEPYME del consejo consultivo de la comisión interterritorial del Ministerio de Sanidad.

Comercialización de medicamentos originales, genéricos y biosimilares

¿Tiene un papel suficiente la evaluación económica en la actualidad en las decisiones de financiación y precio de medicamentos originales protegidos bajo patente?

Consideramos que la evaluación económica que realiza el Ministerio de Sanidad para los medicamentos bajo patente, no deja de ser una puesta en escena de una pretendida negociación en la que se acaba adoptando un rango de precio sobre los ya autorizados en otros Estados de la Unión Europea, excepto en el caso en que la decisión sea no financiar el medicamento. Las fuerzas en escena son: por parte del laboratorio no comercializar el medicamento en España, enfrentando al Ministerio a médicos y consumidores, o no aceptar precios que, de entrada, alienen su exportación paralela. En esta situación, el Ministerio dilata los plazos para tratar de conseguir alguna mejora en la negociación o establece límites al mercado, o devolución de cantidades por excesos de consumo, muchas veces ajenos a consideraciones terapéuticas. Creemos que la evaluación económica basada de Informes de Posicionamiento Terapéutico y Valtermed son adecuados para una adoptar decisiones finales sobre financiación, o no, aunque debe desarrollarse más la no financiación y la existencia en el mercado tanto en oficinas de farmacia como hospitales (privados) de medicamentos que no se financian.

¿Compiten los medicamentos originales (sin patente) y genéricos en un terreno de juego nivelado? ¿Son necesarios incentivos al fomento de genéricos? Si es así, ¿qué

tipo de incentivos? Entendemos que no.

La necesidad de que la cuota de genéricos sea muy alta está correlacionada con la existencia de muchos fabricantes y por tanto competencia. Son fabricantes que en su precio no tienen que amortizar investigación, por tanto, susceptibles de ser los más competitivos.

Los originales hoy ceden muy poco porcentaje de la cuota de mercado en la entrada de los genéricos porque los originales se ponen inmediatamente a igual nivel de precio. Su única política competitiva comercial es igualar al genérico, pero nunca tienen iniciativas de mejora de precio o acceso, en un régimen de precios de referencia. No hay obligación de prescripción por DOE para los médicos (art 86 RDleg 1/2015), que pueden seguir recetando los nombres comerciales. Establecer una obligación absoluta para prescribir medicación por DOE dejaría más libertad para que un genérico pueda ser finalmente dispensado.

Para un eficaz fomento del genérico, la Administración tendría que diseñar incentivos positivos o negativos para el médico, el farmacéutico y el paciente. El médico podría recibir incentivos salariales, relacionados con el ahorro; el farmacéutico un mayor margen en la sustitución y el paciente un menor precio, dejando siempre libertad al paciente para elegir y pagar la diferencia en el caso de querer consumir una marca.

Si hubiera un diferencial mínimo obligatorio de precio entre genérico y marca, automáticamente se estaría financiando sólo los genéricos. Un usuario no obstante debería poder acceder a la marca completando él ese diferencial.

Desde FEFE proponemos que pueda ser mínimo, por ejemplo, de 5 céntimos de euro por envase (normalmente tratamiento mensual).

Este incentivo es muy potente por actuar sobre la demanda. Se podría eliminar el diferencial en los casos en los que ya esté asentada una cuota de mercado mayoritaria de genérico para una determinada terapia, es decir, cuando no sea necesario incentivar más los incrementos en cuotas.

Hay otros incentivos que se pueden establecer, especialmente para aquellos fabricantes que tienen su industria ubicada en España, en virtud de su carácter estratégico para el interés público. Incentivos dirigidos a que se aumente la inversión hasta incluir todos los procesos de fabricación y síntesis de principios activos que luego formarán los medicamentos, y que hoy se fabrican mayoritariamente en China e India.

¿Competen originales (sin patente) y biosimilares en un terreno de juego nivelado?

¿Son necesarios incentivos al fomento de biosimilares? Si es así, ¿qué tipo de incentivos?

El biosimilar no deja de ser un medicamento diferente que produce el mismo efecto terapéutico y suele contar con la ventaja competitiva del precio. El hecho de que sea distinto medicamento refuerza los argumentos de la autonomía del prescriptor con arreglo a su criterio científico mucho antes que los criterios de uso racional en su

dimensión más economicista, que se imponen mejor cuando se trata de las mismas moléculas pero más baratas.

Estimamos que el uso de biosimilares se impondrá cuando caduque la patente de original por lo que están nivelados. Además en biosimilares el proceso de compra no depende exclusivamente de la voluntad del médico, aunque pueden diseñarse incentivos para la prescripción de biosimilares si salen del ámbito hospitalario.

¿Es adecuada la fijación de precios de genéricos/biosimilares inicialmente, cuando entran al mercado, con respecto al precio del original de referencia? ¿Sería mejor o peor su determinación mediante otras alternativas? Por favor, en su respuesta precise si se refiere a genéricos, a biosimilares, o a ambos.

En genéricos, la asignación de precios inicial hay que considerar que se trata de una medida arbitraria por parte de la Administración, particularmente en los medicamentos cuyo precio está por debajo de la media del mercado. Ello trae como consecuencia posibles desabastecimientos por desinterés en su comercialización. Esta reflexión es aplicable a ambos genéricos y biosimilares.

En cuanto a alternativas para la formación de precios, si lo que se quiere es competir en un binomio precio/abastecimiento, el mecanismo no debería ser ajeno al resto de precios en los mercados europeos e internacionales. En el caso de los genéricos, cuyo precio siempre será muy barato, abogamos por la libertad de precios cuando su precio esté por debajo de la media de los mercados citados. Este aspecto es fácilmente constatable a través de las herramientas de consulta que ofrecen las empresas especializadas en consultoría del mercado farmacéutico.

¿Desde el punto de vista de la competencia, qué ventajas e inconvenientes tiene el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas? Por favor, en su respuesta especifique si se refiere al sistema de precios de referencia o al de agrupaciones homogéneas.

Si bien el sistema de precios de referencia ha actuado en la reducción del mercado, aunque de forma mucho menor que otras medidas, se ha mostrado excesivamente rígido y muy poco favorable para los medicamentos esenciales.

Abogamos por una simplificación del sistema de precios de referencia, de tal forma que los medicamentos de menos de 3€ PVL no puedan incluirse en el mismo, para evitar desabastecimientos y corrimiento el mercado hacia precios más elevados, en ocasiones de menor valor terapéutico.

Las agrupaciones homogéneas constituyen el último rizo hacia la falta de competencia en precios impuesta por la Administración, y además, constituyen el gran desincentivo a la inversión e innovación galénica. Ello por la simple lógica resultante de que agrupaciones homogéneas incluyan distintas formas farmacéuticas, que cuestan distinto fabricarlas, pero que se impongan al mismo precio.

¿Considera que sería conveniente reformar el sistema de precios de referencia y de agrupaciones homogéneas? Si es así, ¿en qué sentido?

Si, absolutamente. Una modificación menor sería excluir de esos regímenes los medicamentos que se encuentran por debajo de un cierto precio, uno que fuera ya muy

barato en términos relativos con otros países, o absolutos como terapias mensuales de menos de 3€. Se haría más abarcable al sistema, evitaría en mayor medida los desabastecimientos y mantendría una terapéutica más consolidada, basada en medicamentos esenciales sobre los que hay una larga experiencia.

En cualquier caso, sería necesario depurar la técnica regulatoria y simplificar el texto para que la gente pueda entender mejor la manera de aplicar los cálculos. Baste recordar que se hablan de precios menores, menores precios, y precios más bajos, para referirse a cosas distintas y que tienen prevalencias entre sí.

El uso de la dosis diaria definida (DDD) para los cálculos de precios es otro asunto que consideramos grave, pues esas DDD varían mucho según regiones geográficas en las publicaciones de la OMS, y además la propia institución advierte que son inadecuados para la fijación de precios.

Pero es que junto a estos dos sistemas luego hay otros factores simultáneos que hacen esta realidad muy amarga para las farmacias, como los reales decretos de descuentos por volumen en la facturación financiada de las oficinas de farmacia, el sistema de aportación reducida, y que estas regulaciones no se actualicen con el paso de los años de alguna manera con índices de precios.

Además estos descuentos no redundan en beneficio del sistema ya que han sido previamente descontados en esta partida presupuestaria.

Consideramos que si de verdad interesa incorporar competencia en este entorno ausente por completo de la misma, es necesario un mercado con alguna capacidad para mover el precio a través de las operaciones que se hagan en el mismo. Es la única manera de que en momentos de mucha oferta los precios bajen y si hay carestías o aumento de demanda, los precios suban pero que se abastezca el mercado. Insistimos en que nos parece especialmente grave para los medicamentos que son muy baratos, pues el sesgo hacia el desabastecimiento en picos de demanda es alto.

Un problema añadido es que no hay mecanismos de reacción ágiles para estos picos de demanda desatendida o valles de oferta, como por ejemplo cuando suben los precios internacionales de las APIs y los fabricantes dejan de producir porque irían a pérdidas, hasta que el ministerio reacciona y sube los precios como para que se vuelva a fabricar en estas circunstancias. Pero el perjuicio para un enfermo que queda desabastecido tiene una dimensión más grave que la mera falta de satisfacción.

¿Hay mecanismos de flexibilidad de precios suficientes para garantizar que medicamentos de alto valor terapéutico no abandonen el mercado por falta de rentabilidad una vez expire su patente y se incluyan en el sistema de precios de referencia o agrupaciones homogéneas?

Hoy no los hay. Las solicitudes, fundadas, se tienen que cursar por vía de urgencia desde los fabricantes, las respuestas automáticas de AEMPS al resto de fabricantes son de cubrir las cuotas que deja el que notifica el incidente. Cuando esto no se resuelve satisfactoriamente no hay mecanismos ágiles de import-export.

En este mercado todo es rígido: precios; acondicionamientos del medicamento; presentaciones; registros; canales.

En definitiva: no hay flexibilidad, no hay transparencia, no hay un mercado a tiempo real, no hay un agente de la administración que intervenga en el mercado para asegurar stocks o arbitrar situaciones. Faltan muchas cosas.

¿Qué ventajas e inconvenientes plantea el sistema de precios notificados?

Creemos que los precios notificados, recogidos en la Ley de Garantías son un mecanismo de justicia y libertad de mercado, dada la existencia de la intervención de precios para los medicamentos financiados.

Consideramos también que el retraso en su aplicación se debe a motivaciones ideológicas opuestas a la libertad de mercado, que deberían corregirse. La existencia de precios notificados aplicables a los medicamentos a través de recetas privadas -que no se financian-, es una válvula compensadora de los sacrificios del sector en la comercialización de medicamentos con precios y márgenes limitados y con aportaciones económicas obligatorias.

El principal inconveniente es que lleva configurado muchos años pero sigue sin aplicarse en toda su extensión. Es un sistema que permite un precio menos apretados para los consumos de medicamentos no financiados, pero aun así, al intervenir la administración, puede darse, y se da, que inadmite propuestas de nuevos precios notificados si estos se desvían mucho del anterior al alza.

En el supuesto de que se permitiera una formación libre y en competencia de los precios notificados, las ventajas serían que la administración puede obtener buena información, y usarla para mejorar el precio en la cartera financiada. Pero siempre desde una realidad de mercado o mercado real, con sus fluctuaciones, y no como ahora que la regulación de precios es absolutamente rígida.

Distribución mayorista y minorista de medicamentos de uso humano a través de oficinas de farmacia.

¿Resulta adecuado el sistema actual de retribución a la distribución mayorista de medicamentos? Por favor, explique por qué resulta, o no, adecuado el sistema de retribución y, en caso de no serlo, qué alternativas podrían utilizarse.

Es inadecuado como lo es el de las farmacias, pues los márgenes que quedan regulados en la normativa, tienen topes por arriba en valor absoluto, pero no por debajo. Esto es grave porque cuando los precios tienden a muy caros el margen agregado por la logística y la dispensación profesional tienen a cero, y los márgenes en absolutos, cuando se trata de precios que ni respentan los mínimos, son ridículos e implican operar a pérdidas para esas líneas.

Esta operativa a pérdidas en medicamentos muy baratos por los mayoristas se da en muchísimas presentaciones. El mayorista sólo puede paliar esa pérdida si optimiza la logística enormemente: repartos muy aprovechados, con muchos medicamentos por reparto. Los problemas aparecen en los servicios de valor añadido, como los repartos de urgencia, los de faltas, o los repartos a zonas alejadas de los almacenes. Todas esas operaciones pueden ir fácilmente a pérdidas, sobre todo si no se complementan los pedidos con productos de precio libre que tienen mayor precio y margen.

Al igual que con los minoristas, si se topa el margen por arriba con un techo, es razonable pedir que haya también un suelo. Y que ambos límites se puedan actualizar con arreglo a índices, pues una vez más, la regulación es obsoleta y los costes actuales no tienen nada que ver cuando se publicó la norma.

Si se optase por modificar el sistema de retribución, tendría que hacerse negociando la solución con el sector afectado, para que los intereses luego sigan alineados. Por ejemplo, un cambio por retribuir exclusivamente la logística en cuanto a peso y volumen desplazado, al margen del valor de la mercancía, puede desincentivar el abastecimiento de las mercancías caras por el riesgo financiero y de buen fin en que se incurre. En el ejemplo, sería retribuir igual el transporte de x Kg y litros de genéricos a 2,50 €/envase de media, que los mismos Kg y litros de medicamentos biológicos a 400€/envase de media. En seguida se dejaría de transportar la parte cara por su riesgo.

¿Resulta adecuado el sistema actual de retribución a la distribución minorista de medicamentos a través de oficinas de farmacia? Por favor, explique por qué resulta, o no, adecuado el sistema de retribución y, en caso de no serlo, qué alternativas podrían utilizarse.

Al igual que en la anterior pregunta, el actual sistema impone un techo de margen y no proporciona suelo, y además de no actualizar las cantidades, hecho muy grave para nosotros.

En el caso de las farmacias el sistema es malo por muchos motivos:

No tiene suelo de margen absoluto para medicamentos muy baratos. No tiene un elemento de “fee” profesional independiente del precio. Por ello, la retribución de la dimensión profesional queda desvirtuada y unida junto a la retribución de la gestión logística minorista. En países del entorno la retribución tiene dos componentes y así en la parte independiente no se perjudica al farmacéutico por bajar los precios de los laboratorios.

No se tienen en cuenta las circunstancias de la prestación, si se hace en servicio de guardia nocturna obligatoria, por ejemplo. En este caso, no se retribuye este hecho que tiene su reflejo económico en todos los modelos a comparar (las farmacias fuera de España tienen mayores retribuciones cuando la actividad es en guardia nocturna), así como en cualquier retribución laboral que pudiera tener lugar en España, sea de índole privada o estatutaria.

Tampoco se valora, por ejemplo, la realización de sistemas personalizados de dosificación o SPD, que supone una intervención de muy alto valor añadido para lograr efectivos cumplimientos terapéuticos. Por ello, su uso es escaso.

Las retribuciones se ven fuertemente mermadas por la aplicación de los reales decretos 5/2000 y desarrollos, y 8/2010, ambos declarados provisionales por urgentes en sus exposiciones de motivos. Esto añade complejidad al sistema. Desvirtúa los márgenes regulados, a la baja. Casi es preferible que se revisase toda la regulación de márgenes y deducciones para enjuagarlas en un margen más sencillo y transparente, que si tiene techos, tenga también suelos, y que prevea el mecanismo de actualización.

La prestación farmacéutica genera un derecho de cobro que, aunque su media de pago es de 30 días desde factura, la realidad es que los retrasos puntuales son habituales, y en ocasiones los impagos han sido de muchos meses. Sin embargo no se trata jurídicamente la deuda como comercial, y los intereses que la administración reconoce sólo son los legales (no los comerciales, que son mucho mayores). Además la gestión de estos cobros sigue esquemas muy tradicionales cuando se podría incorporar otras posibilidades para gestionar los cobros que incluyeran titularizar los créditos para trasladar los riesgos a entidades financieras de mejor manera que actualmente, que se hace con confirmins individuales cuando la factura la gestionan de forma agregada y en exclusiva los colegios profesionales. La existencia de índices correctores para las oficinas de farmacia de Viabilidad Económica Comprometida es un fracaso que se debería corregir. Primero, porque las cantidades a percibir por los beneficiarios son ridículas y están mal diseñadas, logrando más subvención el que más factura dentro de la limitación, y menos subvención el que menos factura. Segundo, porque una regulación de ordenación farmacéutica que arroja farmacias a subvencionar es un sinsentido cuando hay soluciones eficientes que se deberían fomentar, como la amortización de farmacias sin viabilidad y permitir mayor instalación de botiquines.

En relación con la dispensación de medicamentos, ¿qué servicios añadidos ofrecen, o podrían ofrecer, los farmacéuticos a los consumidores en las oficinas de farmacia?

Uno de los servicios añadidos que ofrecen las farmacias son las guardias obligatorias que afectan particularmente a las farmacias que no se encuentran en grandes núcleos de población. Incomprensiblemente este servicio no se retribuye, lo cual es una anomalía respecto a otros Estados de la Unión Europea.

Las farmacias pueden realizar otros muchos servicios y de hecho los realizan como los de análisis elementales (glucosa, colesterol, etc..) o campañas promovidas por las Administraciones en drogodependencias, tuberculosis, etc... Sin embargo las Administraciones no solo usan muy limitadamente estos servicios sino que ponen dificultades a su realización como recientemente se ha puesto de manifiesto con los test de antígenos de la Covid, la vacunación, o incluso la existencia de vacunas para clientes privados como viene siendo tradicional en las vacunas de la gripe, varicela y otras.

Otro servicio añadido que en el futuro será un estándar pero que ahora está muy complicado es la dispensación a domicilio desde la farmacia. En el ámbito hospitalario se han superado las prohibiciones de la ley del medicamento (prohibida la venta ambulante) matizando dos cosas: que no hay comercio porque solo hay entrega sin pago de medicamentos, y que una unidad de servicio de un centro sanitario no tiene porqué tener límites físicos y confines dentro del centro. Mientras tanto, a la farmacia se le

aplica la otra vara de medir, prohibiendo el mismo servicio con idénticos profesionales y medios, al negarle las matizaciones anteriores, por ser establecimiento sanitario, y de interpretación restrictiva de su normativa autonómica propia de ordenación y servicios farmacéuticos.

Quizás la mayor muestra de anticompetitividad en el sector, se encuentra en el asunto de los medicamentos DH (diagnóstico hospitalario) con reserva singular. Son medicamentos que el paciente retira en exclusiva de la farmacia de hospital público, para después administrárselo a sí mismo en su domicilio. En origen son dispensables desde la oficina de farmacia, por lo que deberían ser objeto de este estudio de Competencia. Esta reserva sólo obedece a criterio falsamente economicistas, pues ocasiona costes muy altos a los pacientes para el acceso a esta medicación, pudiendo acceder a ella desde la farmacia de al lado de su domicilio en vez de ir al hospital en horario de oficina y a muchos kilómetros de distancia de media. A la oficina de farmacia le resta capacidad de dar una prestación completa. Al farmacéutico comunitario lo devalúa profesionalmente relegándolo al manejo de medicaciones antiguas y también devaluadas.

FEFE tiene propuestas imaginativas, de respetar las negociaciones de las centrales de compras administrativas. Hacer una compra compartida de forma tal que la farmacia sólo compra por el precio-techo menos su margen fijo para facturarle a la Administración por el total. El resto del precio hasta el total negociado por la central correspondería a la parte de compra conjunta. El laboratorio puede facturar esa parte al plazo convenido a la Administración y factura la parte de la farmacia a ésta. Todos saldrían ganando, la Administración porque controla el precio y la negociación, la farmacia porque dispensa, mantiene el margen fijo, y limita su riesgo financiero, y el laboratorio cobra la parte de la farmacia mes a mes y la otra según lo pacte. Además la Administración podría calibrar la cantidad de stock y rotación que pretende, pues ya se puede coordinar la prescripción de estos medicamentos con una logística trazable y de just in time para que el paciente lo adquiera en una farmacia designada. Y todo con una infraestructura logística gratuita para la administración.

Sin embargo, se está prefiriendo zanjar el problema mediante el abuso del boletín, de la reserva singular, y con el propósito de que la prestación farmacéutica pública no resida en un sector privado como el de las oficinas de farmacia. Prueba de ello son los crecimientos y las facturaciones a PVL de la farmacia hospitalaria frente a las oficinas de farmacia.

¿Qué ventajas e inconvenientes tendría la implantación de un sistema de devolución o retorno (tipo “clawback”) para que parte de los descuentos obtenidos en la cadena de distribución del medicamento se trasladen al SNS?

El principal inconveniente es que desincentivaría totalmente la dispensación de genéricos y haría que, si el farmacéutico tiene que devolver los descuentos, preferiría no recibirlos. Para las empresas de genéricos corta su principal mecanismo de diferenciación y de promoción comercial.

Solamente si el "clawback" fuera testimonial, de muy pocos puntos porcentuales, evitaría la modificación del comportamiento de las farmacias. Pero sabemos por los borradores, que no es así, que se busca repartir por mitades más o menos los descuentos que logren gestionar las farmacias.

Además, a efectos prácticos, el impacto en ahorro sería mínimo, por la cartera a la que se refiere. Son los medicamentos más baratos y su factura no alcanza los 5 MME/año de un total de 12MME.

La mejor manera de ahorrar en la prestación farmacéutica todavía está sin explorar, y no es otra que invertir en adherencia o cumplimiento de los pacientes. Se estima en un estudio del CGCOF que el coste evitable por la falta de cumplimiento de medicación de los pacientes en España supera los 10MME/año. La adherencia a tratamientos hoy por hoy no supera el 50% de cumplimiento.

¿Qué ventajas e inconvenientes plantea la integración vertical entre las distribuidoras mayoristas de medicamentos y las oficinas de farmacia? En este sentido, ¿cómo ve la prohibición de integración vertical que impone la regulación, salvo en aquellas cooperativas o sociedades de distribución que cumplan ciertos requisitos, entre los que se encuentran que fueran fundadas antes del 28 de julio de 2006?

Los inconvenientes de la integración vertical son la falta de independencia del integrado frente al que integra. Cuando se trata de un sector atomizado e independiente entre sus miembros, en una integración el dominio normalmente viene desde arriba (mayorista) hacia abajo (farmacia). Esa integración, si es muy fuerte, puede resultar contraria a competencia por cuanto se unifica la política de surtido, precio y comercialización de todo el catálogo OTC y sin prescripción. Ello, aunque buena parte de esos productos ya se hallan en varios canales y por tanto en gran competencia.

La ventaja evidente es una clara mejora de la eficiencia de la gestión, del esfuerzo financiero, y del rendimiento general del tramo logístico, pues el uso de ERPs que alcancen desde un palet hasta una dispensación permite mejorar las palancas de costes y rentabilidad porque se tiene mucha más y mejor información.

En España, con las limitaciones en la propiedad de las licencias de farmacia existentes, las únicas integraciones posibles ya se están dando, y son las cooperativas mayoristas. Son integraciones ascendentes, pues la cooperativa pertenece al conjunto de titulares cooperadores. Y opera en principio bajo el criterio de solidaridad entre cooperativistas, homogeneizando costes de transporte y condiciones para todos los socios por igual, aunque estén peor situados geográficamente.

En nuestra opinión, las prohibiciones de la Ley del Medicamento que figuran en el artículo 4 sobre garantías de independencia son un freno claro al progreso, a la eficiencia y a la competitividad. Este artículo está redactado con el prejuicio de que todos los que intervienen en la entrega de medicamentos tienen intereses ocultos y perjudiciales.

La prohibición a la que se refiere la pregunta está en el 4.2, y la excepción en la disposición transitoria segunda. A nuestro juicio no existe razonamiento cabal que permita explicar ni la prohibición primero ni la excepción para beneficio de los mayoristas ya establecidos segundo. De hecho, eventos muy relevantes -como la creación de la cooperativa [...]-, mediante la fusión de muchas cooperativas en una nueva, con un CIF nuevo, vulnera completamente esta prohibición por cuanto se genera un nuevo CIF. Esta tacha formal se podría haber subsanado con la absorción de todas las cooperativas por una existente para luego cambiarle nombre y estatutos, pero no fue así. Además contó con informe favorable de la Comisión de la Competencia, lo cual es razonable y lógico. Los mayoristas farmacéuticos también tienen mucho que ganar en eficiencia mediante el control de muchos almacenes y su revisión de servicio.