



ASPECTOS LEGALES Y RETRIBUTIVOS DE LA CARTERA DE SERVICIOS EN FARMACIA

Conferencia pronunciada por Mariano Avilés, jurista y Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico-ASEDEF en la Universidad Internacional Menéndez Pelayo

En Primer lugar quiero expresar mi agradecimiento por la invitación que me han hecho como Presidente de la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF). Mi agradecimiento a la Universidad Internacional Menéndez Pelayo por la programación de este encuentro tan oportuno sobre **CARTERA DE SERVICIOS EN LAS OFICINAS DE FARMACIA** promovido por el Instituto de Formación COFARES y la Asociación Española de Empresas de Autocuidado de la Salud (ANEFP) bajo la dirección de Manuel Lamela, presidente de la Fundación LAFER.

El tema sobre el que me han pedido que les hable como jurista no es fácil, ASEDEF viene trabajando desde hace tres años en los aspectos legales y retributivos de la cartera de servicios de las Farmacias, y en este sentido ha elaborado un estudio, de próxima aparición, desde la perspectiva de la personalización y singularización de la oferta.

El estudio de ASEDEF aborda la posibilidad de establecer una cartera de servicios para las Farmacias y de sus implicaciones legales y su estructura en cinco epígrafes:

1.-La noción de cartera de servicios y su aplicación a las Farmacias tanto en su dimensión pública como privada.

2.- La descripción legal de la cartera de servicios en materia de prestación farmacéutica vigente en España.

3.- Un análisis de la atención farmacéutica como nueva dimensión de la actuación profesional.

4.- Un estudio normativo sobre el encaje de las nuevas funciones profesionales en nuestro marco normativo y

5.- Una descripción de los sistemas de retribución de las Farmacias.

1.- NOCIÓN DE LA CARTERA DE SERVICIOS

Las Oficinas de Farmacia son establecimientos privados de reconocida utilidad para el sistema sanitario cuya capacidad y potencialidad en la prestación de servicios de salud a la comunidad es indiscutible.

El debate sobre la oferta (cartera) de servicios de las Oficinas de Farmacia debe centrarse en eso, en el desarrollo óptimo de las capacidades y potencialidades de la atención farmacéutica con la implantación de nuevas formas de actuación del farmacéutico y con el desarrollo de nuevos servicios en la oferta de las Farmacias, especialmente en el ámbito asistencial.

La Farmacia orientada tradicionalmente hacia el medicamento también debe contemplar -a mi juicio - al paciente como destinatario final de su actuación, y con esa orientación debe centrarse en las necesidades y requerimientos del paciente-usuario con vistas a "personalizar" su cartera de servicios. Una cartera que, en consecuencia, no tiene que ser uniforme, igual en todos los establecimientos, sino en gran medida singular, acorde con el perfil de usuario en cada farmacia.

De una parte veremos limitaciones legales por la actual definición de la cartera de servicios y restricciones financieras derivadas de la actual crisis económica, así como la posible oferta singularizada de servicios orientada al paciente.

De otra, porque no hay en nuestro derecho una delimitación legal de lo que comprende o no comprende la dispensación y por tanto de qué servicios se retribuyen y cuales no con el margen comercial.

2. CARTERA DE SERVICIOS DE LAS FARMACIAS: conceptos básicos.

2.1. Cartera de servicios.

La "*cartera de servicios*" es una expresión con la que se engloba con carácter general al conjunto de la oferta asistencial de las instituciones, centros y establecimientos sanitarios. El concepto de "*cartera de servicios*" desde el punto de vista legal es, en el mundo sanitario¹, una

¹ La noción de *cartera de servicios* se ha extendido de modo similar al sector salud en otras áreas de los servicios públicos y ha sido objeto de regulación en la Administración española a través de las denominadas "*cartas de servicio*" que pretenden constituirse en el compromiso institucional de las organizaciones administrativas con los usuarios, tanto en el ámbito estatal como autonómico y local. Véase como ejemplo a este respecto el Real Decreto 951/2005, de 29 de julio, por el que se establece el marco general para la mejora de la calidad en la Administración General del Estado.

derivada relativamente reciente de la noción de "*aseguramiento*" que se extiende en la década de los noventa fundamentalmente para definir los límites de los sistemas sanitarios públicos. El concepto de "*cartera de servicios*" desde el punto de vista legal está pues directamente relacionado con el ámbito del sistema asistencial con cargo a la financiación pública.

En los países desarrollados, sobre todo en los europeos con sistemas de cobertura sanitaria muy extendidos gracias al Estado del Bienestar, desde los años setenta del pasado siglo se asiste de modo crónico a una constante insuficiencia financiera (deslizamiento de los costes reales sobre la senda presupuestaria) como consecuencia de dos factores, el incremento de la calidad y coste de la oferta sanitaria (por nuevos sistemas asistenciales y tratamientos terapéuticos) y el aumento constante de la demanda (por mayor uso de los servicios), factores que se ven agravados por el aumento de población, entre otras razones por la presión emigratoria y por el progresivo envejecimiento. Esta insuficiencia crónica ha obligado a los responsables públicos a un debate recurrente sobre el alcance de la asistencia con la pretensión, sin éxito, de ahorrar su crecimiento regulando con detalle la oferta asistencial.

2.2. Cartera de servicio y dimensión pública de las Oficinas de Farmacia.

Entre las prestaciones sanitarias, incluidas en las carteras de servicio, una de las más relevantes por su volumen asistencial y significado económico es la prestación farmacéutica, especialmente en el ámbito de la atención ambulatoria, que se lleva a cabo de modo general a través de receta médica y que se hace efectiva, salvo excepciones, mediante dispensación por la red de Oficinas de Farmacia.

La cartera de servicios de las Farmacias puede tener ámbitos complementarios a la dispensación, como los relativos a la información y educación sanitaria, la prevención y promoción de la salud y la farmacovigilancia. Además la actividad de dispensación puede englobar otras dimensiones profesionales adicionales, de carácter personal, que se han definido en las últimas décadas con la expresión genérica de "*atención farmacéutica*"² con la que se ha pretendido englobar una amplia lista de desarrollos complementarios ligados a la dispensación y relacionados con la "*dimensión asistencial*" del farmacéutico en la Oficina

² Traducción española de la expresión anglosajona "*Pharmaceutical Care*" (de Hepler y Strand USA) cuya doctrina se está incorporando en los últimos años a nuestro sistema farmacéutico. Respecto a la definición, objetivos, principios, implantación y desarrollo de la Atención Farmacéutica en España véase el Documento de consenso sobre "*Atención Farmacéutica*". Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2002, así como el "*Plan Estratégico para el desarrollo de la implantación de la Atención Farmacéutica*" (2ª versión) aprobado por el Pleno del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España de 22 de enero de 2004.

de Farmacia, especialmente en lo que se refiere al seguimiento y adherencia a los tratamientos³.

2.3. Cartera de servicio y dimensión privada de las Oficinas de Farmacia.

La noción de cartera de servicios surge y tiene pleno sentido en el ámbito de la asistencia pública por razón de la delimitación de derechos de la que hemos hablado, pero, por asimilación, también se utiliza la expresión cartera de servicios de las Farmacia como comprensiva del conjunto de la oferta pública y privada de estos establecimientos.

Hay que subrayar que, sin perjuicio de su dimensión asistencial pública y su vinculación con el sistema sanitario, las Oficinas de Farmacia son establecimientos profesionales privados regidos también por la legislación civil y mercantil de aplicación.

En la Farmacia, en esa dimensión privada, el farmacéutico ejerce las funciones que le son propias como profesional liberal de la farmacia que incluye entre otras la venta (no dispensación) de otros productos relacionados con la salud al margen de los medicamentos (alimentación, herboristería, productos sanitarios, de cuidados infantiles, cosméticos y productos de higiene, óptica, prótesis, etc.) y la prestación de otros servicios al margen de la dispensación (consejo nutricional, dietética, dermofarmacia, etc.).

La Oficina de Farmacia es, además, una empresa en los términos del Código de Comercio⁴, no dejando de ser un negocio mercantil la compra de medicamentos y productos sanitarios a los almacenes y laboratorios y la posterior reventa a los pacientes obteniendo un lucro con el margen comercial correspondiente.

Como establecimiento privado a la Oficina de Farmacia también les son de aplicación los principios de libertad de empresa y de libre prestación de los servicios al amparo tanto de la Constitución como de los Tratados de la Unión Europea. Conforme a esa libertad, la Farmacia esta habilitada pues para la oferta de servicios profesionales, sin otras restricciones que las establecidas en la legislación aplicable (sanitaria o no) por razón del producto o servicio de que se trate.

³ Según la doctrina de la atención farmacéutica, el seguimiento fármaco terapéutico es la práctica profesional farmacéutica fundamental con la que se pretende evaluar y monitorizar la farmacoterapia, en función de las necesidades particulares de cada paciente, con el objetivo de mejorar o alcanzar resultados en su salud. Se trata de un proceso asistencial que se efectúe de forma sistemática, continuada y documentada, coordinando el trabajo con otros profesionales sanitarios alrededor de un proceso asistencial enfocado en el paciente. El seguimiento fármaco terapéutico es la parte central del ejercicio profesional de los farmacéuticos, que es visible y tangible para el paciente, ya que corresponde a la interacción cotidiana entre el farmacéutico y el paciente.

⁴ "Toda actividad económicamente organizada para la producción, transformación, circulación administración y custodia de bienes o para la prestación de servicios. Dicha actividad se realizará a través de uno o mas establecimientos de comercio" (artículo 25 del Código de Comercio).

Una ampliación de la oferta servicios de las Farmacias con una remuneración separada y específica de servicios es una cuestión problemática para la sanidad pública española que carece de antecedentes en esta materia. Existen ejemplos en otros sistemas sanitarios comparados de retribución por servicios mas allá del margen de dispensación, pero su aplicación a España, como veremos, es compleja. Pero, por otro lado, nada impide esa posibilidad de remuneración si la oferta de nuevos servicios de atención farmacéutica es adecuada a una **potencial demanda** que pueda ser objeto de pago individual a demanda de los propios usuarios.

La remuneración singular de servicios de las Farmacias, al margen del precio de los medicamentos y productos sanitarios, no es una cuestión fácil por razón de mentalidad y de mercado en España, pero es una formula deseable y posible en razón de la calidad y utilidad de una oferta asistencial acorde con la demanda ciudadana.

Como ejemplo claro de futuros servicios que se recogen en síntesis como Anexo al informe de ASEDEF está el denominado *PROYECTO PALMERA* relativo a la implantación por las Oficinas de Farmacia de un sistema de seguimiento fármaco terapéutico personalizado mediante dispositivo móvil, promovido por la Asociación Española de Derecho Farmacéutico (ASEDEF), en el que se viene trabajando desde el año 2010 y cuya puesta en servicio está prevista para finales de este año; en la actualidad se está presentando a las administraciones e instituciones colegiales y profesionales para la puesta en marcha de proyecto piloto.

Es esta una alternativa que desde ASEDEF se anima a abordar y sobre la que hemos profundizado en el estudio indicado. ASEDEF es consciente del deterioro económico de las Oficinas de Farmacia tanto por las sucesivas bajadas de los precios impuestas por la Administración, como por la caída drástica del consumo y de la facturación pública como consecuencia de la crisis. Por ello tiene pleno sentido el estudio de un pago por servicios como alternativa de remuneración tanto en la factura del sistema sanitario público, hoy complicado, como en una deseable demanda de nuevas prestaciones por parte de los ciudadanos.

3. PRESTACIÓN FARMACEUTICA A TRAVÉS DE LAS OFICINAS DE FARMACIA. LA ATENCIÓN FARMACÉUTICA.

3.1. Marco legal actual.

La actual regulación de la cartera de servicios, como se ha indicado, tiene su origen en la llamada ordenación de prestaciones⁵ una dinámica

⁵ El conjunto explícito de las prestaciones se denominó "catálogo de prestaciones" y es el antecedente, como se ha dicho, de las actuales "carteras de servicio".

no prevista expresamente en la Ley General de Sanidad sino regulada en el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, que define por vez primera con detalle el contenido "objetivo" de los derechos de los usuarios del sistema sanitario público en España.

Tradicionalmente había sido la legislación de la Seguridad Social la que había regulado el contenido de la asistencia pública; la determinación del alcance asistencial, las técnicas y servicios disponibles, no estaban definidas legalmente.

Esta situación de indefinición del ámbito "objetivo" de la asistencia tenía una cierta excepción en lo que se refería a la asistencia farmacéutica que tradicionalmente ha sido el componente más regulado de la Seguridad Social.

Los avatares jurídicos por los que ha pasado la prestación farmacéutica han sido múltiples y el tema ha sido recientemente objeto de revisión en el Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, que ha modificado la normativa anterior, el Decreto 1065/80, de 31 de julio⁶, que había permanecido inalterada durante más de treinta años (desde los pactos de la Moncloa).

El Capítulo segundo del Real Decreto Ley 16/2012, de nuevo a través de la modificación de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (arts. 8 a 18 quinquies, 20 y 21), procede a articular la cartera común de servicios del SNS en torno a tres modalidades: básica, suplementaria y de servicios accesorios.

Conforme a la categorización introducida, la cartera común comprende los siguientes tipos de prestaciones:

⁶ El inicio de la regulación de la aportación de los pacientes por el acceso a los medicamentos se encuentra en el artículo 107.1 del texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social, que establece que la dispensación de medicamentos será gratuita en los tratamientos que se realicen en las Instituciones propias o concertadas de la Seguridad Social y en los que tengan su origen en accidentes de trabajo o enfermedades profesionales.

En los demás casos encomienda al Gobierno la determinación de su cuantía que en esos momentos es la establecida en el Decreto 3157/1966, de 23 de diciembre, por el que se regula la dispensación de especialidades farmacéuticas en el Régimen General de la Seguridad Social. De acuerdo con esta norma, la aportación se fija en 5 pesetas cuando el precio del medicamento sea inferior a 30 pesetas y cuando sea mayor, las 5 pesetas se incrementarán en una peseta por cada decena del precio del medicamento sin que se superen las 50 pesetas.

Estas aportaciones son modificadas por tres veces entre los años 1978 y 1980. En primer lugar, el Real Decreto 945/1978, de 14 de abril, diferencia por primera vez la aportación de los medicamentos que están destinados al tratamiento de enfermedades crónicas, los recoge en un anexo, y les asigna una aportación máxima de 50 pesetas, denominándose esta figura como aportación reducida. Además, fija para el resto de los medicamentos una aportación de un 20% hasta final de año y del 30% para 1979. Es precisamente esta norma, la que por primera vez establece la exención de pago para las pensionistas. El Real Decreto 1065/80, de 31 de julio, aumenta el porcentaje de participación de los activos en medicamentos que no sean de aportación reducida a un 40%. Desde ese momento la aportación general permanece igual y sólo se ha modificado la aportación reducida de acuerdo con lo que se indica en el cuadro.

BÁSICAS, comprende de forma gratuita todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

SUPLEMENTARIAS, prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria: prestaciones farmacéutica, ortoprotésica y con productos dietéticos, así como el transporte sanitario no urgente, estando sujetas a aportación por el usuario con límites en farmacia y ortoprotésis y sin límites en dietéticos y transporte no urgente.

SERVICIOS ACCESORIOS, actividades, servicios o técnicas que no se consideran esenciales. pero que ayudan a la mejora de una patología crónica, quedando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

Asimismo, se establece que las Comunidades Autónomas podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios debiendo incluir, cuando menos, la cartera común del SNS en las tres modalidades citadas, y pudiendo ampliarla con servicios complementarios a su cargo.

3.2. Contenido de la prestación farmacéutica.

La amplitud de la prestación farmacéutica depende de la forma de acceso de los pacientes según estén hospitalizados o no lo estén. En el caso de pacientes no hospitalizados, la prestación farmacéutica comprende: la indicación, prescripción y dispensación.

La prestación farmacéutica ambulatoria se canaliza mayoritariamente a través de la red de Oficinas de Farmacia, las condiciones de la participación de las Farmacias se regulan en los Conciertos que suscriben las Comunidades Autónomas con las Oficinas de Farmacia a través de los Consejos de Colegios correspondientes⁷.

⁷ Para que la prestación farmacéutica pueda ser efectiva y llevada a la práctica, el artículo 107.4 del Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social (Decreto 2065/1974 de 30 de mayo) establecía que la Seguridad Social debía concertar con los laboratorios farmacéuticos y las farmacias los precios y demás condiciones económicas que deberán regir la adquisición y dispensación de productos y especialidades farmacéuticas.

Este espíritu de necesaria colaboración se recoge en la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y en concreto en el artículo 97 donde se establece que con independencia de las obligaciones establecidas en esta Ley y las que se determinen en la normativa de desarrollo, las Oficinas de farmacia podrán ser objeto de concertación en el Sistema Nacional de Salud, de acuerdo con el sistema general de contratación administrativa y conforme a los criterios generales a que se refiere el artículo 88.2 de esta Ley.

En el caso de las Oficinas de farmacia estas colaboraciones han ido adoptando la forma de los Conciertos que se vienen firmando entre las administraciones sanitarias autonómicas y los representantes de las Oficinas de farmacia, incorporándose paulatinamente a los tradicionales aspectos de regulación como es las condiciones de dispensación de la receta, validez de la misma, etc. su colaboración para garantizar el uso racional del medicamento en la atención primaria de salud.

Es importante señalar que hasta ahora esta participación de las Farmacias en actividades complementarias no llega a ser reconocida ni a constituir una ampliación expresa de su cartera de servicios y no cuenta, como veremos más adelante, con un respaldo legal (mas allá de las previsiones genérica de los conciertos) ni con una valoración económica específica.

3.3. NUEVA DIMENSIÓN DE LOS SERVICIOS DE LAS FARMACIAS: Desarrollo de la atención farmacéutica

La implantación de nuevos servicios y procedimientos de *"atención farmacéutica"*⁸, en un sector tan fuertemente regulado como es el de la Farmacia, puede suscitar algunas dudas jurídicas a los profesionales:

¿Qué cobertura legal tienen las funciones complementarias que pretenden las Oficinas de Farmacia?

¿Corresponde al farmacéutico como experto del medicamento, desde el punto de vista legal, una relación clínica propia (individualizada o no) con los pacientes?

¿Qué conflictos con otros profesionales podrían surgir en su desarrollo?

Partimos de la definición y alcance de la *"atención farmacéutica"* comúnmente conocida de la que nos quedamos con algunos elementos conceptuales que van a ser relevantes desde el punto de vista jurídico.

A esos efectos, en primer lugar, podríamos clasificar la oferta de servicios de las Farmacias, de menor a mayor individualización de la asistencia, en tres escalones:

- 1.-SERVICIOS COMUNITARIOS
- 2.-SERVICIOS COMUNES (NO DIFERENCIADOS) EN LA DISPENSACIÓN
- 3.-SERVICIOS PERSONALES (DIFERENCIADOS) EN LA DISPENSACIÓN

Y, en segundo lugar, podríamos subrayar que la ampliación de la oferta -y el debate jurídico que ella suscita- tendría que ver de lleno con las *"nuevas actuaciones del farmacéutico orientadas al paciente"*, cuyos rasgos esenciales se resumen en tres:

⁸ La atención farmacéutica es un concepto innovador en la práctica de farmacia, que surgió a mediados de los años setenta. Establece que todos los profesionales sanitarios deben asumir la responsabilidad de los resultados de la farmacoterapia en sus pacientes. Abarca una variedad de servicios y de funciones - algunos nuevos para la farmacia, otros tradicionales - que son proporcionados por los farmacéuticos atendiendo a los pacientes individuales.

§ Que la prestación de servicios complementarios de atención farmacéutica constituye lo que cabría calificar como "*dimensión asistencial*" de la Oficina de Farmacia (Farmacia asistencial⁹), en cuanto establecimiento sanitario,

§ Que se pretende otorgar al farmacéutico un papel activo en el ciclo de la asistencia sanitaria, reservándole unas actividades clínicas específicas, en lo que se refiere al consejo o indicación farmacéutica, para medicamentos que no requieran prescripción, y, especialmente, en el seguimiento farmacoterapéutico¹⁰, incluida la implantación de la denominada "*historia farmacoterapéutica*", y

§ Que se quiere poner en énfasis la relación directa "*farmacéutico-paciente*", generando una oferta específica de servicios personalizados para el usuario (consumidor) final del producto.

Debe subrayarse que la oferta de servicios de atención farmacéutica, como una nueva oferta profesional del farmacéutico, no es en España un objetivo que nazca fruto de un mandato normativo determinado (una Ley o Reglamento que la crea) sino que surge de la dinámica interna del propio sector a favor de una ampliación de la oferta de las Oficinas de Farmacia.¹¹

Desde el punto de vista legal la expresión "*atención farmacéutica*" es lo que técnicamente se conoce como un "*concepto jurídico indeterminado*", no existe una definición unívoca de sus contenidos.

La expresión genérica atención farmacéutica, como desarrollo avanzado del ejercicio profesional de los Farmacéuticos, tiene como base las previsiones del artículo 1º de la Ley 16/1997, de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, que ha sido la primera norma estatal en la materia. Pero tal base puede no ser un apoyo legislativo suficiente, especialmente en lo que a los nuevos servicios personalizados se refiere, como desde determinados sectores contrarios a estas nuevas tareas se ha manifestado reiteradamente¹². Hasta tal punto está

⁹Véase la utilización de la expresión "Farmacia Asistencial" en el Documento de consenso sobre "Atención Farmacéutica". Madrid 2002.

¹⁰ Colaboración en la detección de problemas relacionados con los medicamentos (PRM).

¹¹ Iniciativa que ha contado con un claro apoyo de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios que impulsó la elaboración de un Documento de Consenso presentado en el 2001. Sobre el impulso oficial a la AF véanse las previsiones sobre desarrollo de la misma en el Plan Estratégico de Política Farmacéutica para el Sistema Nacional de Salud, documento aprobado el pasado 23 de noviembre de 2004.

¹² Enrique Costas Lombardía "Análisis crítico de la Atención Farmacéutica" Medicina General (25) 2000.

generalizada dicha opinión, que se ha propugnando por los impulsores de la atención farmacéutica -y también por algunos responsables públicos¹³.- la necesidad de una norma expresa que regule con detalle estas nuevas dimensiones de la actuación profesional del farmacéutico, incluido el tema de la consulta farmacéutica. Tal regulación legal de la atención farmacéutica plantearía, no obstante, algunas controversias, especialmente en lo que se refiere a posibles conflictos con otros profesionales¹⁴.

La puesta en práctica de los nuevos retos de atención farmacéutica -aunque no esté detalladamente recogida en una norma- no contraviene ni la letra ni el espíritu de las actuales previsiones legislativas en lo que se refiere al libre ejercicio profesional del farmacéutico, -antes al contrario en lo que atañe a la mencionada Ley 16/1997 y a su amplio desarrollo autonómico-, ni debe plantear legalmente incidencias en el sector ni con otros ámbitos profesionales.

4. REGIMEN DE LAS FUNCIONES ASISTENCIALES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA. ESTUDIO NORMATIVO.

4.1. Normativa sanitaria general

La actividad profesional de los farmacéuticos está tratada en nuestro ordenamiento jurídico en distintos textos y desde distintas perspectivas. La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad (LGS), se refiere a las profesiones sanitarias recogiendo el derecho constitucional al libre ejercicio profesional¹⁵ pero no afronta su regulación. Sobre asistencia farmacéutica y los servicios profesionales de las Farmacias, la Ley General de Sanidad prácticamente no contiene ninguna mención ya que aunque establece la creación del denominado Sistema Nacional de Salud no alude a los servicios y prestaciones sanitarias públicas ni a la función de los farmacéuticos en relación con tales prestaciones.

Estas cuestiones si estaban reguladas en la Ley General de la Seguridad Social -LGSS-¹⁶ que definió el contenido y alcance de la prestación farmacéutica y el papel de los titulares de Oficinas de Farmacia.

¹³ Véanse a ese respecto las declaraciones de la entonces responsable del Área de Atención Farmacéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, M^a Val Díez, Coordinadora del Documento de Consenso sobre AF, con ocasión de la presentación de dicho Documento.

¹⁴ Como se ha argumentado por algunos responsables y se ha puesto de manifiesto en los documentos publicados por la Organización Médico Colegial (OMC). Véase a ese respecto la Declaración de 25 de marzo de 2000 de la Comisión Central de Deontología de la OMC y el documento de la OMC "Informe sobre la atención farmacéutica: definición y posible incidencia en la competencia de los médicos" (versión actualizada 2003).

¹⁵ Artículo 88.

¹⁶ Texto refundido, Decreto 2965/1974, plenamente vigente en materia de asistencia sanitaria pese a las numerosas modificaciones en otras materias de Seguridad Social.

La prestación de servicios profesionales de los farmacéuticos a la sanidad pública se determina (salvo en lo relativo a infracciones en materia de facturación¹⁷) a través de los Concierdos en los que tradicionalmente han aparecido menciones a la prestación de servicios más allá de la mera dispensación de las recetas públicas, sometidos a condiciones administrativas y económicas específicas¹⁸.

4.2. Ordenación de las profesiones

La situación de práctico vacío normativo justificó la aprobación de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (LOPS)¹⁹, destinada entre otros fines a la determinación de los campos de actividad de los distintos profesionales del ámbito de la salud²⁰.

La determinación de las competencias profesionales, sus desarrollos y sus límites es una cuestión jurídicamente compleja. Como señala el preámbulo de la LOPS, cuando dice: *“En nuestro derecho se reconocen como profesiones sanitarias aquellas que la normativa universitaria reconoce como titulaciones del ámbito de la salud, y que en la actualidad gozan de una organización colegial reconocida”*.

Por lo que pudiera afectar a nuevos desarrollos de atención farmacéutica, como actividad cooperativa, la LOPS señala entre sus principios generales lo siguiente²¹: *“Corresponde a todas las profesiones sanitarias participar activamente en proyectos que puedan beneficiar la salud y el bienestar de las personas en situaciones de salud y enfermedad, especialmente en el campo de la prevención de enfermedades, de la educación sanitaria, de la investigación y del intercambio de información con otros profesionales y con las autoridades sanitarias, para mejor garantía de dichas finalidades”*.

La LOPS determina sumariamente los campos de actuación de las distintas profesiones sanitarias tituladas y en lo que se refiere respectivamente a la Medicina y a la Farmacia²² se limita a señalar que corresponde a los segundos *“la producción, conservación y dispensación de los medicamentos, así como la colaboración en los procesos analíticos, fármaco terapéuticos y de vigilancia de la salud”*.

¹⁷ De acuerdo a lo previsto en el Real Decreto 1410/1977, de 17 de junio.

¹⁸ Extremadura, Castilla la Mancha, Aragón, Valencia, Madrid, etc.

¹⁹ Dictada al amparo de lo previsto en el artículo 36 de la Constitución.

²⁰ No debe olvidarse la normativa de las Comunidades Europeas sobre reconocimiento recíproco, entre los Estados miembros, de diplomas, certificados y otros títulos relativos al ejercicio de las profesiones sanitarias.

²¹ Artículo 4.4

²² Artículo 6.2

Para la determinación de las competencias profesionales al tener un nivel muy escaso de precisión legislativa habrá que acudir a otros criterios jurídicos interpretativos en la materia, en concreto los derivados de la jurisprudencia de los Tribunales en situaciones de conflictos²³. El análisis de la jurisprudencia del Tribunal Supremo²⁴ nos permite señalar que las competencias profesionales de las distintas titulaciones pueden distinguirse en dos esferas concéntricas:

Un ámbito de exclusividad legal (núcleo esencial) "que define específicamente cada profesión y las diferencias de las restantes profesiones" y un ámbito de competencias accesorias (concurrentes del núcleo esencial) "compartidas con otros profesionales en función de la coincidencia en determinadas áreas de conocimiento".

La LOPS, en conclusión, no limita nuevos desarrollos de atención farmacéutica por parte de los profesionales de las Farmacias por cuanto les faculta para el libre ejercicio de las funciones propias de su formación como expertos en medicamentos, funciones que deben desarrollarse en un marco de colaboración recíproca con otros profesionales.

4.3. Información y documentación clínica.

Además de las referencias profesionales de la LOPS, conviene reseñar -a efectos de la determinación del marco legal de los nuevos desarrollos de atención farmacéutica-, aunque sea brevemente, otras normas sanitarias generales, en concreto, la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, reguladora de la Autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de Información y Documentación clínica (LIDC)²⁵.

La Ley 41/2002 es una norma básica del Estado que modifica parcialmente la LGS en esos temas. Esta Ley adolece -como lamentablemente ocurre en la legislación sanitaria española- de un excesivo "*medico-centrismo*", esto es, ha sido concebida y redactada desde la perspectiva de la relación "*médico-paciente*", por lo que apenas regula los derechos y deberes de información desde la óptica de los demás profesionales que intervienen en la actividad asistencial (por ejemplo los derivados de la relación individual *farmacéutico-paciente*).

²³ Aunque la aproximación jurídica al debate sobre los límites profesionales, en las profesiones tituladas, sea muy limitada ya que el mundo del Derecho es subsidiario, en esta materia, de los criterios técnico-científicos y de la realidad clínica.

²⁴ Sentencia del Tribunal Supremo de 7 de octubre de 2002 en el conflicto de competencias entre médicos y psicólogos clínicos.

²⁵ Sólo se recogen en este epígrafe menciones a la Ley estatal, aunque haya que hacer constar que esta norma, de carácter básico, ha sido ampliamente desarrollada por algunas Comunidades Autónomas.

Es más en lo relativo a la información y documentación de medicamentos la Ley 41/2002 recoge una mención remitiendo la regulación del tema a la normativa específica de medicamentos²⁶.

No obstante esta remisión, conviene subrayar algunos de los preceptos de esta Ley que involucran a los otros profesionales sanitarios (además del médico) que intervienen en el proceso asistencial, en concreto, al farmacéutico, al que corresponde una participación fundamental en el seguimiento fármaco terapéutico. Así el artículo 3º sobre la corresponsabilidad en materia de información asistencial señala: *El médico responsable del paciente le garantiza el cumplimiento de su derecho a la información. Los profesionales que le atiendan durante el proceso asistencial o le apliquen una técnica o un procedimiento concreto también serán responsables de informarle.*

Por último, entre otros mandatos que afectan a la Oficina de Farmacia²⁷ en materia de documentación clínica, la Ley 41/2002 señala concretamente que²⁸: *Los profesionales sanitarios (todos) tienen el deber de cooperar en la creación y mantenimiento de una documentación clínica ordenada y secuencial de los procesos asistenciales de los pacientes. Los profesionales sanitarios que desarrollen su actividad de manera individual (titular de una Oficina de Farmacia) son responsables de la gestión y custodia de la documentación asistencial que generen*²⁹.

Aparte estas menciones, que ponen de manifiesto el carácter multidisciplinar de la relación asistencial en el ámbito sanitario y de las obligaciones profesionales que de ella se derivan, conviene subrayar el espíritu (la *trastienda esencial* de esta norma) que no es otro que potenciar el papel del paciente en su relación con los servicios y profesionales sanitarios, mejorando su información como presupuesto, ineludible, para el ejercicio autónomo y consciente de su *libertad de decisión en materia de salud*³⁰. El respeto a esta libertad y autonomía de decisión sobre la salud exige, en lo que se refiere a la terapéutica, el diálogo farmacéutico-paciente en el acto de dispensación, el deber para el profesional de información personalizada sobre el medicamento, indicaciones y advertencias de uso, e incluso –a demanda expresa del

²⁶ Disposición adicional quinta.

²⁷ Véase "Régimen jurídico del tratamiento de datos personales obtenidos en el ejercicio de la Atención Farmacéutica" de Francisco Arroyo Álvarez de Toledo, en *Pharmaceutical Care España* (2) 2000.

²⁸ Artículo 17, puntos 1,3 y 5.

²⁹ En esta materia son de plena aplicación los mandatos de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal, que obligan a la Oficina de Farmacia a la inscripción en la Agencia de Protección de datos de los correspondientes ficheros de los pacientes y al establecimiento de las medidas de seguridad previstas en la Ley.

³⁰ La defensa de la autonomía del paciente en relación con su salud ha llevado a propugnar, a nivel europeo, la puesta en práctica de la libertad de información terapéutica directa a los pacientes, actualmente existente en los Estados Unidos (IDC). El tema fue debatido con ocasión de la revisión de la Directiva por la que se aprueba el Código europeo de medicamentos de uso humano.

paciente- la *consulta* y asesoramiento individualizado y la constancia escrita de un *seguimiento* fármaco terapéutico; en términos coincidentes con los que propugna la doctrina de la atención farmacéutica.

4.4. Normativa farmacéutica estatal.

Además de las referencias al tema en la normativa sanitaria general debemos analizar, aunque sea brevemente, las referencias en la legislación farmacéutica específica. Esta normativa está integrado por dos grandes bloques: de un lado, el régimen de los medicamentos y, de otro, la ordenación sanitaria de las Oficinas de Farmacia. Por lo que se refiere al primero, el Estado se reserva competencias exclusivas. Por lo que se refiere al segundo, la ordenación de las Farmacias, le corresponde al Estado tan sólo la normativa básica; ya que el régimen de autorización de las Oficinas de Farmacia como establecimientos sanitarios es parte consustancial de la ordenación sanitaria del territorio, que corresponde a las Autonomías.

Ley 29/2006 de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

La base del ordenamiento farmacéutico se encuentra en la Ley 29/2006, de Garantías, completada por lo que se refiere a la normativa básica de las Farmacias por la Ley 16/97, de 25 de abril. Estas Leyes han sido objeto de un amplio desarrollo normativo, de un lado la Ley 29/2006, a través de diversas modificaciones posteriores y reglamentaciones de aplicación y, de otro, la Ley 16/97, Servicios de las Oficinas de Farmacia (LOF), a través de las diversas Leyes autonómicas de Ordenación Farmacéutica.

La Ley 29/2006, de Garantías es una norma esencialmente sobre "*productos*" no una Ley sobre "*servicios*", de ahí que la regulación de la actividad profesional de los farmacéuticos sea escasa e indirecta.

Aunque la Ley 29/2006 no es una ley de servicios de las Farmacias viene a consagrar legalmente en España la atención farmacéutica que expresamente se recoge en el artículo 84.1.

Esta Ley, como se ha dicho, tiene pocas menciones a las funciones de las Oficinas de Farmacia, cabe quizás reseñar la preocupación por la adherencia a los tratamientos cuestión que ha sido objeto de reforma legal en los Reales Decretos Leyes 8/2010 y 9/2011.

El Real Decreto Ley 9/2011 pone énfasis en la personalización de los tratamientos con la modificación del artículo 84.1 de la Ley 29/2006 añadiendo un nuevo párrafo por el que se prevé que las Farmacias "*una vez dispensado el medicamento podrán facilitar sistemas personalizados de dosificación a los pacientes que lo soliciten, en orden a mejorar el*

cumplimiento terapéutico, en los tratamientos y con las condiciones y requisitos que establezcan las administraciones sanitarias competentes". Se trataría en este caso de facilitar la adherencia al tratamiento de pacientes con problemas de cumplimiento, evitando la mala dosificación. Esta reforma legal es un guiño a la revalorización del papel del farmacéutico y la potenciación de las Oficinas de Farmacia, dando cobertura legal a las prácticas de dosificación individualizada.

Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de servicios de las Oficinas de Farmacia (LSOF).

Como antes se indicó, la Ley 16/1997, de 25 de abril, de regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia (LSOF), debe ser considerada la base legal del posterior desarrollo de la atención farmacéutica, ya que, habiendo sido fruto de la iniciativa estatal para ampliar el número y horario de las Farmacias³¹, recoge una definición legal de las Oficinas de Farmacia en la que se incluyen (implícitamente) nuevas dimensiones de atención farmacéutica.

Efectivamente la Exposición de motivos de la Ley califica a las Farmacias como: *establecimientos sanitarios en los que se dispensan los medicamentos a los pacientes -aconsejando e informando sobre su utilización-, se elaboran las fórmulas magistrales y los preparados oficinales, y se colabora con los pacientes y con las Administraciones públicas en el uso racional del medicamento y en diferentes servicios sanitarios de interés general.*

- Y en su artículo primero las cataloga, expresamente, como *"establecimientos privados de interés público sujetos a planificación sanitaria"*³².

4.5. Normativa farmacéutica de las Comunidades Autónomas.

La LSOF que tiene carácter básico, emplazó a las Comunidades Autónomas a acometer sin dilación la revisión de la normativa obsoleta de ordenación farmacéutica del Real Decreto 909/1978, de 14 abril, a partir de lo cual se han desarrollado las normativas específicas en cada territorio. En todas estas Leyes se menciona, con mayor o menor detalle la atención farmacéutica, aunque el empleo de este término tiene diferentes alcances.

La primera Ley autonómica es la 31/1991, de 13 de diciembre, de Ordenación Farmacéutica de Cataluña que utiliza el término "atención farmacéutica" (artículo 1) como equivalente a "asistencia farmacéutica"

³¹ Término equivalente en este epígrafe a dispensación farmacéutica

³² Lo que justifica toda la normativa de ordenación farmacéutica que limita la libertad de establecimiento a criterios de planificación y somete las autorizaciones de apertura al régimen de concurso público con aplicación de baremos de méritos (experiencia, méritos académicos, formación postgraduada etc.).

(acceso a los medicamentos)³³ y contempla como funciones del farmacéutico *“las de carácter sanitario que puedan ser llevadas a cabo por el farmacéutico de acuerdo con su titulación”*³⁴.

Por lo que se refiere a las novedades normativas que incorpora la Ley 4/1996 de Ordenación Farmacéutica de Castilla-La Mancha en materia de atención farmacéutica conviene subrayar dos notas: en primer lugar, que obliga a las Farmacias a dedicar un *“espacio diferenciado”* en los establecimientos para la *“consulta farmacéutica”*³⁵, que posteriormente se extenderá a otras leyes autonómicas, y, en segundo lugar, que prevé el desarrollo de una normativa específica sobre la *historia fármaco terapéutica*.

No voy a entrar en detalle de las peculiaridades de cada una de las comunidades autónomas por razón de tiempo; el análisis aparece pormenorizado en el estudio de ASEDEF.

En materia de seguimiento terapéutico la Ley de Ordenación de la Comunidad de Madrid dedica el artículo 1 que regula con detalle al hablar de esta tarea, incluida la historia farmacoterapéutica o *Ficha Farmacoterapéutica, especialmente para los pacientes crónicos o de alto riesgo. El farmacéutico transmitirá al paciente la importancia de este seguimiento, el cual podrá realizarse en colaboración con el médico prescriptor, o en su caso, con el Equipo de Atención Primaria de su zona.*

Como conclusión de este repaso detallado por las menciones a la atención farmacéutica en la legislación autonómicas, puede resumirse:

- Que existe una amplia mención del tema en la mayor parte de las Comunidades.
- Que la mayoría de las normas se identifica atención farmacéutica con el término asistencia farmacéutica que incluye todos los servicios prestados en la Farmacia.
- Que una mayoría establece la obligatoriedad de atender la consulta farmacéutica en un espacio físico diferenciado del establecimiento.
- Que el potencial desarrollo de todos los servicios de la atención farmacéutica, en términos generales, tiene un *suficiente* respaldo legal en las Comunidades.

4.6. Dimensión internacional de la atención farmacéutica.

³³ Como la mayor parte de las restantes normas autonómicas.

³⁴ En base a lo cual se elaborará el denominado Libro Blanco para la Integración de las Actividades Preventivas de las Oficinas de Farmacia.

³⁵ Artículo 14

Aparte de la normativa estatal y autonómica conviene destacar la dimensión internacional de este fenómeno; la atención farmacéutica se ha incorporado a España por influencia de la doctrina americana.

La Organización Mundial de la Salud ha liderado un proceso internacional a favor de una mejor definición de las tareas profesionales de los farmacéuticos. Hasta el momento la OMS ha realizado tres reuniones de expertos en la materia, Nueva Delhi (1988), Tokio (1993) y Vancouver (1997).

Las conclusiones de las dos primeras reuniones sirvieron de base para la aprobación de la Resolución de la Asamblea Mundial de 10 de mayo de 1994, sobre la función del farmacéutico que incorpora la Atención Farmacéutica.

En esta Resolución se exhorta a los farmacéuticos de todo el mundo a "asegurar la calidad de los servicios farmacéuticos".

El papel del Consejo de Europa es muy destacado en los ámbitos de la calidad y la seguridad. En estos ámbitos hay que reseñar la Resolución relativa al "*Papel del farmacéutico en el marco de la seguridad de la salud*". Esta Resolución adoptada por el Comité de Ministros el 21 de marzo de 2001 insta a los Estados a adaptar sus legislaciones para adecuar en ellas el papel del farmacéutico en relación con la seguridad de la salud, entre otras cuestiones mediante el impulso a la atención farmacéutica.

Podemos concluir, por tanto, que aunque la atención farmacéutica - en su plena implantación- pueda tener para algunos carencias (o lagunas) normativas y no exista un texto legal expreso que la defina y acote detalladamente (especialmente en lo que a los servicios individualizados se refiere), cuenta con suficiente apoyo normativo, tanto a nivel estatal, como -y sobretodo- autonómico, y supone una oferta profesional de los farmacéuticos que enlaza plenamente con el espíritu de la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias, cuando señala en su preámbulo la necesidad de que "*las praxis cotidianas de los profesionales sanitarios en los procesos asistenciales multidisciplinares evolucionen, en pro de la calidad de la asistencia, de forma cooperativa y no conflictiva*".

5. REMUNERACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIAS.

5.1. Panorama general.

Ligada tradicionalmente al producto es lógico que la retribución de servicios (de la dispensación) de las Oficinas de Farmacia se haya centrado históricamente en el margen comercial. En este sentido la configuración de la Farmacia como "establecimiento comercial" tiene su

pleno sentido siendo el precio final del medicamento (PVP) el parámetro que retribuye toda la cadena de agentes.

El sistema público tanto en España como en otros países de nuestro entorno se ha basado en la facturación de las Farmacias para retribuir toda la cadena de producción y venta de los medicamentos de uso ambulatorio.

La cuestión, es que partiendo de esa realidad podamos hacer el análisis de alternativas de remuneración para los servicios complementarios, análisis especialmente necesario si se tiene en cuenta el deterioro económico de las Oficinas de Farmacia en la situación actual de caída de precios y de facturación simultáneas.

La Fundación LAFER en su informe del año 2010 fue otra de las voces que incidió en las consecuencias de la crisis económica del sector farmacéutico y en especial de la farmacia, dando cuenta del *“acelerado proceso de degradación, hecho fundamentalmente motivado por las deducciones impuestas por el RDL 5/2000 y sus desarrollos normativos posteriores”*.

Si consideramos los antecedentes históricos de nuestro sistema sanitario quizás no sea inoportuno recordar que en sus orígenes (años cuarenta y cincuenta del pasado siglo) hubo otras alternativas de organización (y retribución) de la función de dispensación en la asistencia con cargo a la Seguridad Social con la posibilidad de dispensar los medicamentos a través de las propias estructuras asistenciales con cargo a personal del sistema³⁶, alternativa que recuerda la Ley General de Sanidad pero que no se desarrolla salvo recientemente en lo que se refiere a la dispensación ambulatoria a través de la Farmacia Hospitalaria y de la Atención Primaria en lo que se refiere a determinados efectos y accesorios.

Estando así las cosas en la actualidad quizás convengan analizar, los modelos y reflexionar, desde el punto de vista teórico con pretensiones de práctico, sobre alternativas posibles de retribución.

5.2. Sistemas de retribución en los servicios públicos.

5.2.1. Modelos.

Simplificadamente la retribución de las funciones de las Farmacias en los sistemas públicos puede hacerse por tres vías: por el margen comercial, por el pago de servicios o por una combinación más o menos sofisticada de ambos. En nuestro entorno el sistema dominante, como se ha dicho, es el margen aunque con elementos mixtos o híbridos que

³⁶ Véase Leopoldo Arranz Álvarez *“La utopía farmacéutica: una experiencia de gobernabilidad 1948/1986”*. Insalud , Madrid 1988

pretenden considerar el creciente rol asistencial de estos establecimientos. Esquematizando las alternativas podríamos clasificarlas en:

- 1.-SISTEMAS ORIENTADOS AL PRODUCTO (Margen comercial)
- 2.-SISTEMAS ORIENTADOS AL PACIENTE (Pago por servicios)
- 3.-SISTEMAS MIXTOS (Margen + Servicios)

5.2.2. Retribución en España

En España el sistema tradicional omnipresente es el margen para la retribución de toda la cadena (producción/comercialización), no obstante desde 1968, con ocasión de la supresión del petitorio de la Seguridad Social, los laboratorios ven ajustado dicho margen con un sistema tradicional de aportaciones (retornos comerciales por volumen de facturación de sus productos en las Farmacias, estas aportaciones en forma de retornos obligatorios han estado tradicionalmente destinados a la investigación clínica y se han canalizado vía conciertos “voluntarios” que se han fijado como obligatorios con carácter unilateral la Administración a partir de 2007³⁷. Estos retornos están matizados a su vez con primas de descuentos por inversiones en I+D de los laboratorios a través del programa de incentivos PROFARMA³⁸ para fomentar la investigación por parte de la industria farmacéutica.

A partir del Real Decreto Ley 5/2000³⁹ se ha matizado el margen de las Farmacias con la imposición, paralelo a la industria, de un retorno específico a las Farmacias por volumen de facturación a la sanidad pública. Actualmente este retorno, en forma de deducción extraordinaria, es del 7,5% del PVP para toda la cadena lo que tiene como efecto una deducción en torno al 2% para las Farmacias⁴⁰.

³⁷ Disposición Adicional Sexta de la ley 29/2006.

³⁸ Promoción de la Investigación Científica, desarrollo e innovación tecnológica en la industria farmacéutica aprobado con carácter cuatrienal por la Comisión Delegada del Gobierno de Asuntos Económicos.

³⁹ El RDL 5/2000 por el que se toman medidas extraordinarias de contención del gasto farmacéutico fue muy significativo para las Oficinas de Farmacia porque mediante una modificación parcial del RD 165/97, que regulaba los márgenes comerciales de las Farmacias, se introdujeron tres cuestiones: 1. La consideración del precio de los medicamentos no como fijo sino como máximo susceptible de descuentos por las Oficinas de Farmacia 2. El establecimiento de cuantía fija de margen, no proporcional, en los medicamentos de precio superior a una determinada cuantía y 3. La fijación de un sistema de deducciones en la dispensación en el SNS. A partir de entonces los farmacéuticos en la facturación de las recetas públicas (80% de su ingreso) deben aplicar una tabla de deducciones (establecida por RD) proporcionales a las ventas mensuales de cada Farmacia.

Las previsiones del RDL 5/2000 (y las tablas correspondientes) han sido objeto de actualización en el RD 2402/2004 y, más recientemente tras la aprobación de la Ley 29/2006, en el RD 823/2008, de 16 de mayo. Tanto las cuantías fijas de los márgenes de medicamentos de precio elevado como las tablas de deducciones de las Farmacias al SNS se actualizarán anualmente en virtud del IPC, el PIB y la evolución de las ventas.

⁴⁰ Real Decreto Ley 8/2010.

A la vista de la caída de la economía de las Oficinas por efecto de la bajadas de precios de los Reales Decretos Leyes 4 y 8/2010, en el Real Decreto Ley 9/2011 se matiza, por vez primera, el sistema de remuneración y de retornos estableciéndose una pequeña prima de compensación a favor de las Farmacias de menor volumen, fundamentalmente las Farmacias rurales y urbanas marginales. Abundando en lo anterior hay que decir que a lo largo de 2011 se han deteriorado todas las estructurales laborales de la farmacia, lo que pone en peligro la subsistencia por cualquier desviación sobre sus presupuestos que naturalmente afectan a la estrategia y supervivencia comercial.

La aplicación del margen en España⁴¹ no es un margen puro (bruto) sobre el precio en todos los casos sino que cuenta, como sabemos, con topes de importe para el SNS. Estas cuantías están sometidas a revisión periódica anual.

Aparte de esta vía de remuneración los conciertos de los Servicios de Salud con las Oficinas de Farmacia vienen estableciendo nuevas modalidades de colaboración de las Farmacias en la prestación de servicios comunitarios, lo que abriría la posibilidad, en su caso, de nuevas formulas de retribución de tales servicios. Esta posibilidad que esta esbozada en algún Concierto (por ejemplo el de la Comunidad de Madrid de abril de 2011) no se ha desarrollado en España y sería una vía alternativa de futuro que sería conveniente explorar.

5.2.3. Sistemas retributivos sanitarios comparados⁴²

En el ámbito de la Unión Europea predomina el sistema de márgenes aunque mas matizadamente que en España⁴³.

Así Alemania ha dispuesto de un sistema de márgenes decrecientes hasta 2004, contando en la actualidad con un sistema mixto. En Alemania no hay intervención de precios ni márgenes comerciales minoristas por lo que las Farmacias actúan con libertad de precios de venta.

En Bélgica, que tiene intervención de precios, se aplica desde 2010 un sistema mixto similar al alemán.

En Francia hasta 2008 ha habido margen decreciente pasando a partir de entonces al abono fijo y un porcentaje de margen en función del precio inferior a determinadas cantidades.

⁴¹ Real Decreto 823/2008 modificado por el Real Decreto Ley 4/2010.

⁴² Véase Angel Sanz Granda y Vicente Bauxauli Fernandez "Retribución de la Farmacia Comunitaria: visión en otros países" en *Farmacia Comunitaria* 2011 3(3).

⁴³ Véase Coduras A., Del Llano J. "Análisis prospectivo Delphi sobre futuro de la prestación farmacéutica" *Monografía en Internet*, mayo 2011.

Francia ha puesto sobre la mesa en el otoño de 2011 un cambio en su modelo de remuneración de las Farmacias para debate y negociación de un sistema mixto con entrada en vigor progresiva a partir de 2013. La propuesta se encuentra pendiente de decisión por el nuevo Gobierno socialista.

La propuesta comprende de una parte la retribución por un margen sobre el total de la facturación y se complementa con una remuneración garantizada por servicios.

El debate en Francia, consecuencia de la bajada de precios y de volúmenes de venta, plantea un cambio en la posición de las Farmacias ante el sistema público.

En el Reino Unido la retribución por el Servicio Nacional de Salud británico se basa en servicios que se clasifican en tres tipos: esenciales, avanzados y de valor añadido.

Además se remuneran los servicios avanzados como la revisión periódica de la medicación o el uso de dispositivos, especialmente si se efectúa en el domicilio del paciente.

Similar al sistema británico es el de Holanda con sistema de intervención de precios incluido los de compra minorista. A partir de esos precios se define el cargo máximo de la Farmacia (margen) al que se suma un honorario por dispensación fijo más IVA.

En Estados Unidos las Farmacias reciben el importe del producto en función del precio medio de compra a mayoristas más un honorario por cada dispensación; los precios son libres.

En los Estados Unidos⁴⁴ la retribución está ligada al coste y en consecuencia al ahorro obtenido en los tratamientos.

Por último en Canadá los medicamentos son reembolsados por el sistema sanitario público en función del precio de compra mayorista más el honorario por servicios profesionales.

Planteo ahora varios interrogantes importantes:

De una parte, en el aspecto legal: *¿Tiene amparo legal una oferta singularizada de servicios de las Farmacias centrada en el paciente? o, dicho de otro modo, ¿Puede el farmacéutico ofrecer servicios cualificados y personalizados a los usuarios con ocasión de la dispensación?*

⁴⁴ Medicaid prescription reimbursement. Information by State. March 2011.

De otra parte está el aspecto retributivo: *¿El margen de la Farmacia cubre todos los servicios del profesional con ocasión de la dispensación? o, dicho de otro modo, ¿Cabe la remuneración singular de servicios más allá del margen farmacéutico?*

La respuesta a la primera pregunta es -sin lugar a dudas- afirmativa ya que el desarrollo de una oferta singularizada y orientada al paciente se enmarca de lleno en la letra y el espíritu de nuestra legislación sanitaria general y de nuestro derecho farmacéutico en particular.

Es indudable además, desde el punto de vista jurídico, que la puesta en práctica de una oferta de servicios personalizados para los pacientes-usuarios entraría de lleno en la libertad profesional y capacidad de auto-organización de los farmacéuticos que ampara la Constitución y las propias leyes que conciben el papel del farmacéutico -como experto en medicamentos- no sólo en relación con la conservación y dispensación del medicamento, sino en relación con su utilización por los pacientes, sea consecuencia de una indicación facultativa sea por libre decisión. Cuestión diferente es el posible alcance de una ampliación, singularización y personalización de la cartera de servicios de las Farmacias en el ámbito de la asistencia pública y, por tanto, la acogida de esta oferta por las Administraciones sanitarias en el actual momento de crisis económica.

A la segunda pregunta sobre el aspecto retributivo la respuesta también es positiva aunque con mayores matices, si cabe, que en la cuestión anterior. De una parte porque la prestación farmacéutica en el ámbito del sistema sanitario público tiene las limitaciones legales impuestas tanto por la actual definición de la cartera de servicios como por las restricciones financieras derivadas de la actual crisis económica. De otra, porque no hay en nuestro derecho una delimitación legal de lo que comprende o no comprende la dispensación y por tanto de qué servicios se retribuyen y cuales no con el margen comercial.

Una ampliación de la oferta servicios de las Farmacias con una remuneración separada y específica de servicios es una cuestión problemática para la sanidad pública española que carece de antecedentes en esta materia. Existen ejemplos en otros sistemas sanitarios comparados de retribución por servicios mas allá del margen de dispensación, pero su aplicación a España es indudablemente compleja. Pero, por otro lado, nada impide esa posibilidad de remuneración si la oferta de nuevos servicios de atención farmacéutica es adecuada a una potencial demanda que pueda ser objeto de pago individual a demanda de los propios usuarios.

La remuneración singular de servicios de las Farmacias, al margen del precio de los medicamentos y productos sanitarios, no es una cuestión fácil por razón de mentalidad y de mercado en España, pero es una fórmula deseable y posible en razón de la calidad y utilidad de una oferta

asistencial acorde con la demanda ciudadana. Una alternativa que desde la ASEDEF se anima a abordar.

Siendo conscientes del deterioro económico de las Oficinas de Farmacia tanto por las sucesivas bajadas de los precios impuestas por la Administración, como por la caída drástica del consumo y de la facturación pública como consecuencia de la crisis, tiene pleno sentido el estudio de un pago por servicios como alternativa de remuneración tanto en la factura del sistema sanitario público como en una deseable demanda de nuevas prestaciones por parte de los ciudadanos.

Todas estas alternativas, brevemente reseñadas, son experiencias en el ámbito de la asistencia pública. Frente a estas experiencias queda el campo abierto de los servicios en régimen de libre empresa (oferta/demanda) que pueden ser desarrollados por las Farmacias en pleno ejercicio de sus funciones profesionales. El campo en esta vía privada es tan amplio como la evolución de la demanda determine y las posibilidades de oferta son variadas en función del perfil de cada establecimiento.

He citado como ejemplo el proyecto PALMERA de seguimiento fármaco terapéutico a cuya implantación experimental colabora ASEDEF junto a otros promotores.

Terminaré apuntado el extraordinario reto que la farmacia en España tiene por delante, debe dar un paso valiente, ya saben ustedes aquellos de *"a grandes males, grandes remedios"*.

Con la atención farmacéutica se dio un importante paso hacia una farmacia de futuro, hoy solo cabe seguir avanzando en la implantación de servicios *"a demanda"* de los ciudadanos, a la vista de la situación económica en la que están nuestras administraciones, y buscar alternativas remuneratorias que suplan en la medida que corresponda la disminución de ingresos vía medicamentos financiados.

Las instituciones profesionales tienen una importante tarea para que el farmacéutico mantenga un nivel de formación adecuado en cada momento y es su responsabilidad apoyar estas iniciativas como un importante ejercicio de modernización; es necesaria la continuidad del apoyo decidido que hasta ahora viene dando la distribución a la farmacia, sin cuya ayuda en la actual coyuntura habría un mayor número de farmacias, de los que ya hay, con problemas de solvencia.

La aplicación de las nuevas tecnologías es una tendencia que empieza a hacerse realidad en una farmacia asistencial y hay que buscar el complemento de actividad profesional con unos servicios retribuidos,

para ello habrá que estar atentos y vigilantes a las legislaciones que están por llegar, tratando de llevar al convencimiento de los pacientes de la necesidad de pagar por unos servicios profesionales que hasta ahora vienen siendo gratuitos.

Como jurista tengo que reivindicar una buena legislación sanitaria y farmacéutica con el margen de seguridad jurídica que haga posible andar este camino tan apasionante como necesario.

Muchas gracias por su atención.

Santander, 4 de septiembre de 2012