

Hace ya más de un año la Consejería de Salud de Navarra se dio cuenta de que para que el servicio farmacéutico pueda desarrollarse con calidad se requiere la existencia de un equilibrio entre un acceso equitativo al servicio y un mínimo nivel de rentabilidad económica de las mismas que garantice la suficiencia en el suministro de medicamentos, que es una de las premisas cuyo cumplimiento hay que garantizar en la planificación farmacéutica.

Las oficinas de farmacia necesitan una infraestructura mínima para cumplir las funciones que la legislación les encomienda: *stock* adecuado de medicamentos que permita cubrir las necesidades de la población a la que atienden, local con unas dimensiones mínimas, instalaciones de mobiliario, informatización, etc.

Uno de los factores que determinan la calidad de la atención farmacéutica que una farmacia presta es el *stock* de medicamentos del que esta farmacia dispone, ya que la probabilidad de que un paciente encuentre el medicamento que precisa en la farmacia depende lógicamente del número de medicamentos que tenga la farmacia entre sus existencias.

En Navarra la ratio de habitantes por oficina abierta al público se había situado en algunas localidades por debajo de 700 habitantes, que era el módulo poblacional que marcaba la ley. La Consejería consideró que en esos casos podía verse comprometida la accesibilidad adecuada de la población a los medicamentos.

Así, consideraron que parecía conveniente, con objeto de asegurar la calidad, limitar el número de oficinas de farmacia por localidad, de tal manera que cada oficina tuviera una proporción mínima de 700 habitantes como clientes potenciales, que le permitiera tener un suministro suficiente de

TRIBUNA PILAR GARCÍA RUIZ*



Planificación, baremos y calidad

medicamentos.

Por eso el Gobierno de Navarra presentó al Parlamento una propuesta de modificación de la ley de ordenación farmacéutica que se materializó en la Ley Foral 20/2008, de 20 de noviembre, por la que se modifica la Ley Foral 12/2000, de 16 de noviembre de Atención Farmacéutica.

LIMITACIÓN DE FARMACIAS POR LOCALIDAD

Entre otros artículos se modificó el 27.2, de forma que desapareció la limitación del número máximo total de oficinas de farmacia y estableció una limitación de número de oficinas de farmacia por localidad. El artículo quedó redactado de forma que el número máximo de oficinas de farmacia abiertas al público en cada una de las localidades de Navarra sea de una por cada 700 habitantes y una vez superada esta cifra se pueda autorizar una segunda oficina de far-

macias cuando la población sea igual o superior a 1.400 habitantes.

Desde que se produjo esa modificación de la ley no se ha abierto ninguna farmacia en localidades de menos de 1.400 habitantes.

Recientemente hemos conocido la sentencia del Tribunal de Luxemburgo sobre el caso italiano y las cuestiones prejudiciales alemanas que hacían referencia al régimen de propiedad de las farmacias. Esa sentencia estima que la titularidad y explotación de una farmacia exclusivamente por farmacéuticos está justificada por el objetivo de asegurar un abastecimiento seguro y de calidad de medicamentos a la población. La sentencia destaca que los farmacéuticos no explotan la farmacia con un mero ánimo de lucro, sino también por un criterio profesional.

Como vemos, va predominando tanto entre el poder legislativo como entre el judicial la idea de que la normativa reguladora de las oficinas de farmacia está justificada, entre otras razones, por el objetivo de protección de la salud pública.

Ahora queda pendiente la cuestión prejudicial de Asturias, de cuyo final va a depender el futuro de la plani-

ficación y de los baremos españoles. No creo que haya argumentos válidos para contrarrestar el hecho de que los modelos planificadores representan la mejor forma de asegurar la igualdad de todos los ciudadanos en su acceso a un bien básico como es el medicamento. Sin embargo, sí creo que los farmacéuticos españoles deberíamos ser capaces de hacer una reflexión sobre los baremos que existen dentro de nuestro territorio y ser nosotros mismos los que planteásemos cambios en este terreno sin esperar a que nos vengán impuestos.

*Presidenta del COF de Navarra

LA IMAGEN



Farmaindustria, con las cuentas claras. El pasado martes la patronal española de la industria innovadora, Farmaindustria, celebró su asamblea general en Madrid para aprobar sus cuentas e informar de la memoria anual de actividades. El presidente de la patronal y el director general, Jesús Acebillo y Humberto Arnés, aprovecharon la cita para destacar el compromiso de los laboratorios con la investigación y para dar a conocer la actualización de los criterios de gobernabilidad de la asociación, que se irán adaptando a la representatividad de cada compañía (ver página 17).

CARTAS

Adjuntos en Andalucía

E. LLAVES. RONDA (MÁLAGA)

¿La Junta de Andalucía conoce la existencia del farmacéutico adjunto? La publicación del borrador de orden de adjudicación de 310 farmacias en Andalucía no tiene en cuenta a la hora de baremar a los adjuntos. Se vuelca en rurales, hospitalarios y funcionarios y no considera al colectivo que se encuentra en primer lugar en el *ranking* de penosidad pro-

fesional. Ha sido confeccionado *a medida* para todos menos para los adjuntos; en experiencia profesional se debe primar el ejercicio en farmacia sobre el resto de actividades; este baremo debe ir enfocado al paciente, que es el eje alrededor del cual giramos, y los comunitarios somos el único colectivo que tiene un trato directo y cercano con ellos, la llamada farmacia asistencial.

El segundo bloque del baremo otorga un máximo de 35 puntos a la forma-

ción académica. Aquí hay una duplicidad de puntuación favorable a los hospitalarios; no sólo puntúa la experiencia, también la especialidad (ver CF del 8-VI-2009), que poco tiene que ver con el trabajo diario en farmacia. La especialidad de farmacia comunitaria, aunque no está recogida por la legislación, muy a nuestro pesar, está claramente definida y conlleva una atención de calidad a la población, que es el fin último del baremo. Recordemos que los co-

munitarios no tenemos puntuación baremable en ejercicio profesional al acceder a una plaza en la Administración, hospitales y en general en ninguna actividad que no sea la propia farmacia. ¿No puede considerarse esto como claramente discriminatorio e inconstitucional?

Envíe su carta al director a: correofarmacautico@correofarmacautico.com
Este periódico se reserva el derecho a extraer los originales enviados.

LO QUE PASA

FRANCISCO J. FERNÁNDEZ*



Un destino común

Por decisión estratégica o por necesidad, los distribuidores de gama completa han pulsado los timbres de alarma. Los márgenes empiezan a no ser suficientes para mantener su nivel de servicio. Lo hicieron hace tres de semanas mayoristas españoles en CF y lo repitió la patronal europea en su foro anual por boca de su presidente, René Jenny: "Este modelo de suministro se basa en la generación de ingresos derivada del delicado equilibrio entre los productos de precio alto y bajo, de tal forma que, respectivamente, contribuyen en mayor o menor cuantía a que se cubran los gastos de explotación de la distribución mayorista", afirmaba. Y ese equilibrio estaría en peligro.

Hay varias razones que comprometen el beneficio de la distribución: las políticas públicas de contención del gasto, con bajadas de precios y de márgenes; la menor renovación de nuevos productos, con precios más altos, y la llamada distribución selectiva.

Este último es un asunto complejo, que surge del mayor acercamiento de la industria a la botica, sea a la independiente o a las cadenas (en España, las agrupaciones), lo que se traduce en acuerdos de compra directa que en muchos casos no se suministran a través de los mayoristas. Esto se está concretando aún más en países europeos en los acuerdos de laboratorios con un único distribuidor. En ambos casos hay un resultado común: los mayoristas de gama completa pierden parte de los productos más rentables (los más caros o los de mayor circulación) y se quedan como suministradores de los menos rentables (más baratos o con menor venta) o como alternativa para cubrir faltas.

LOS MAYORISTAS DEBERÁN PACTAR CON LA INDUSTRIA Y CON LOS FARMACÉUTICOS PARA REDUCIR LA DISTRIBUCIÓN SELECTIVA Y RACIONALIZAR COSTES

La denuncia de los mayoristas llega en un momento poco propicio, con las administraciones intentando capear la crisis y con la creciente toma de conciencia de que hay que revisar los esquemas del Estado del Bienestar. Muy claro tendrían que ver los Estados que hay un peligro real para la salud para atender la alarma de la distribución.

En todo caso, parece claro que el sistema de distribución de gama completa, que en países como España se torna en un modelo de distribución solidaria, está en riesgo. Al margen de las implicaciones que tuvo en su momento el órdago de Pfizer en España (atomización de la distribución y comercio paralelo), la industria busca un mayor contacto con el paciente (proyecto de directiva de información directa, respaldo a asociaciones de pacientes...) y con el punto de venta minorista. Y esto parece lógico que se traduzca en mayor distribución selectiva.

En un país como España sería lógico que la administración sanitaria se interesara por la cuestión, dado que la distribución es soporte esencial del modelo. Y habría fórmulas. El director de Fedifar, Miguel Valdés, señalaba el ejemplo de Alemania, donde se ha modificado el margen estableciendo una parte fija y otra variable por fármaco.

Sin embargo, parece razonable pensar que las soluciones, por el momento, habrían de venir más de los mayoristas. De un lado, buscando acuerdos de servicio añadido con la industria que contrarresten la distribución selectiva. Y, de otro, revisando su relación con sus clientes/socios farmacéuticos, haciéndoles partícipes de la necesidad, por ejemplo, de revisar los costes de muchos envíos a la botica y buscando juntos una transformación en la gestión de la farmacia más acorde con los tiempos.

No es fácil, puesto que la competencia es mucha, al sumarse la propia industria con sus ofertas de venta directa y la intervención de las agrupaciones de farmacias y las compras conjuntas, y puesto que la crisis hace aún más conservador al boticario en la gestión de su *stock*, pero el mayorista tendrá que afrontar con valentía el reto de convencer al farmacéutico de que éste tiene en sus manos el destino de ambos.

*Director