

FARMACIA RURAL

LA ESENCIA DEL MODELO ESPAÑOL DE FARMACIA

Génesis, análisis de su situación actual
y propuestas para su viabilidad

Diciembre 2012

sociedad española
de **farmacia**
rural

Este documento ha sido elaborado por el Departamento de Documentación de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR) con el ánimo de servir de referencia ante una temática tan compleja y desconocida como es la de la farmacia rural en el seno del Modelo de atención farmacéutica vigente en España.

Toda la información aquí recogida tiene un carácter eminentemente divulgativo y quiere servir para ofrecer soluciones a la situación de miles de farmacéuticos/as que, ante la mirada indiferente de todo aquel con capacidad de decisión, se ahogan intentando nadar en un sistema asistencial que presume de su universalidad y parece haberse olvidado de garantizar unas condiciones dignas a sus prestatarios y garantes del mismo.

Fieles a nuestra filosofía, este documento carece de licencia de propiedad intelectual, por ello animamos a todo/a aquel/la que entienda de su interés la totalidad ó parte del mismo a utilizarlo, reproducirlo y citarlo como mejor le convenga a él ó al medio para el que trabaje con el único requerimiento de mencionar la fuente de procedencia como el mejor agradecimiento y reconocimiento al trabajo realizado por los/as siguientes compañeros/as que han participado en mayor ó menor medida en su elaboración:

Francisco Guardia Sáez, farmacéutico en Rieves (Toledo), Andrés Corsino-Reviriego Morcuende, farmacéutico en Zarzuela del Monte (Segovia), José Carlos Palacios, farmacéutico de la provincia de Toledo, Julia Martínez, farmacéutica en Villanueva de Alcorón (Guadalajara), Cristóbal Cabrera Villegas, farmacéutico en Sanlúcar de Gadiana (Huelva), Francisco González Lara, farmacéutico en Castillo de las Guardas (Sevilla) y Francisco Javier Guerrero García, farmacéutico en El Madroño (Sevilla).

ÍNDICE

<u>1. INTRODUCCIÓN</u>	<u>PÁGINA 7</u>
<u>2. HISTORIA</u>	<u>PÁGINA 11</u>
2.1 Planificación	PÁGINA 13
2.2 Nacimiento de la Farmacia Rural	PÁGINA 14
<u>3. SITUACIÓN ACTUAL</u>	<u>PÁGINA 19</u>
<u>4. CAPÍTULO ECONÓMICO</u>	<u>PÁGINA 23</u>
4.1 Análisis de los gastos fijos de una Farmacia Esencial (FE) para el Modelo español de farmacia	PÁGINA 25
4.2 Relación Beneficios-Gastos	PÁGINA 26
4.3 Estudio Práctico de Farmacias Esenciales (FE) incluyendo aportaciones procedentes del RDL 16/2012	PÁGINA 31
4.4 Análisis de Gastos	PÁGINA 31
<u>5. ABORDAJE DE ESTE PROBLEMA EN OTROS PAÍSES</u>	<u>PÁGINA 35</u>
<u>6. PROPUESTAS</u>	<u>PÁGINA 41</u>
6.1 Actuaciones sobre las Aportaciones de la Oficina de Farmacia al Sistema(RD 05/2000 y sucesivas modificaciones)	PÁGINA 42
6.2 Creación de un fondo de compensación a favor de las oficinas de farmacia esenciales	PÁGINA 46
<u>7. RECOMENDACIONES</u>	<u>PÁGINA 49</u>
<u>8. ANEXOS</u>	<u>PÁGINA 55</u>
8.1 ANEXO I. Cuadro de Gastos	PÁGINA 55
8.2 ANEXO II. Beneficio Bruto de una Farmacia Esencial descontando gastos fijos derivados de su actividad y aportando fondos derivados de del RDL 16/2012 y su margen oficial bruto	PÁGINA 56
<u>9. BIBLIOGRAFÍA. Recursos en la red</u>	<u>PÁGINA 59</u>

1. INTRODUCCIÓN

Para poder comprender la situación actual de la farmacia rural española, resulta imprescindible realizar un retroceso en el tiempo que ha de conducirnos de forma indefectible hasta los propios inicios de lo que se ha denominado *Modelo español de Farmacia*.

Los Modelos constituyen arquetipos ó puntos de referencia para ser imitados ó reproducidos, y en su proceso de elaboración ó conformación, se crean como prendas con características únicas que buscan cubrir, en este caso, la distribución y el acceso a un servicio sanitario como es el farmacéutico.

Cada país presenta unas características particulares en cuanto a su geografía y a su distribución poblacional que obliga a las Administraciones encargadas de administrar los servicios sanitarios a realizar una planificación adecuada de los mismos en la búsqueda de garantizar un adecuado acceso a toda la población.

Veremos a lo largo de este trabajo, cómo en ese objetivo de cobertura universal, se han sacrificado a lo largo de la Historia derechos fundamentales para cualquier actividad económica como es el de la libertad de establecimiento.

Podremos apreciar igualmente que esta restricción provoca la génesis de la figura de las farmacias rurales y la aparición simultánea del propio Modelo español de Farmacia.

Realizaremos este recorrido histórico que en la búsqueda incesante de una universalidad y proximidad del servicio farmacéutico tuvo como coste el éxodo y diseminación de profesionales y sus familias a lo largo de todo el territorio nacional.

Llegaremos al momento actual, donde la despoblación del medio rural, la búsqueda de ahorros en el capítulo presupuestario destinado al pago del coste de los medicamentos, y el sistema retributivo actual basado exclusivamente en un margen sobre el PVP de estos está llevando a multitud de oficinas de farmacia, precisamente el punto de origen de este sistema solidario y las actuales garantes del servicio, a la ruina económica.

No tendríamos nada que objetar a la inviabilidad económica de estos establecimientos sanitarios si ésta se produjera en un mercado libre, pero la ruina de la que estamos hablando tiene la particularidad de producirse en el seno de un sistema regulado que a pesar de los diferentes recortes movió el año pasado **11.135.401.976 de euros**¹ tan sólo en recetas facturadas al SNS, lo que a nuestros ojos hace que esta situación resulte inmoral e inadmisibile.

¹ Datos de Gasto Farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud (SNS) a Diciembre de 2011. Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2011.htm>

Por último, intentaremos aportar posibles soluciones que tendrán en cuenta el abordaje realizado en otros países con independencia de los modelos farmacéuticos vigentes allí, y teniendo muy presente la situación económica actual que lastra en gran medida las posibilidades de maniobra de las Administraciones.

Se ha perdido muchísimo tiempo en abordar esta situación, y pese a algún intento anterior como el mecanismo de compensaciones aprobado junto al RDL 09/2011 –que por cierto, aún no se ha puesto en marcha en la mayoría de las CCAA-, todos los estamentos con poder de decisión parecen haber cerrado los ojos en espera de que el tiempo haga el resto.

Nosotros, como principales afectados y concedores directos de esta situación, realizamos un primer trabajo denominado: **Análisis Práctico de la Aplicación del RDL 16/2012 en la pequeña Farmacia Rural Española.**

Con éste documento pretendemos reclamar, una vez más, la necesidad de ofrecer soluciones a esta *muerte silenciosa* de un sistema que fractura el modelo de servicio y atención farmacéutica vigente en el país y que lo hace inviable a la par que pone en entredicho la propia regulación del mismo.

Por el bien del servicio, la población afectada y los/as profesionales que lo garantizan, esperamos pueda serles de utilidad para encontrar una solución definitiva a este problema.

Nosotros siempre estaremos a su disposición para aportar nuestro conocimiento y experiencia.

Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)

2. HISTORIA²

Desde un principio³, nuestras condiciones de ejercicio se han caracterizado por la libertad en la instalación de farmacias y el reforzamiento del monopolio profesional, legalmente vertebrado en torno a la asunción estatal de la necesidad de tutelar sanitariamente a la población, objetivo al cual se sacrifica incluso la libertad de comercio.

En el modelo latino ó mediterráneo, las oficinas de farmacia forman parte del sistema sanitario, son establecimientos sanitarios privados de interés público sometidos a planificación, su propiedad es siempre farmacéutica, tiene la exclusividad de la dispensación de todos los medicamentos y ofrecen una amplia cartera de servicios en una red de distribución por toda España.

Pero no todo son bondades en el modelo latino, ya que también presenta sus contradicciones y deficiencias, como por ejemplo: **la dificultad para conseguir ser titular de una oficina de farmacia y el deterioro económico que están sufriendo las farmacias más modestas.**

La farmacia actual en España ha evolucionado a partir de esa farmacia profesional y liberal de principios del siglo pasado y tiene unas características propias que le confieren su propia identidad.

Actualmente en España el modelo farmacéutico se apoya en el binomio titularidad-propiedad y en la planificación. Ambos aspectos forman un conjunto que caracteriza a la oficina de farmacia española aunque ambos factores no presenten la misma importancia.

En España es característica propia que la oficina de farmacia sea propiedad de los farmacéuticos y que un farmacéutico no tenga más de una farmacia, esta norma ha sido

² El texto a continuación, toma como base otro realizado en 2008 por D. Francisco González Lara, farmacéutico con más de 30 años de experiencia en el medio rural y que simultanea su ejercicio en la localidad sevillana de Castillo de las Guardas (SEVILLA) con la docencia como profesor asociado en la Facultad de Farmacia de la Universidad de Sevilla donde imparte clase en las materias de Historia y Legislación Farmacéutica.

³ Dado que este documento versa sobre la aparición del farmacéutico rural y su coincidencia con el propio modelo de farmacia vigente en el país, daremos un gran salto histórico obviando muchos acontecimientos para centrar el arranque de este apartado en la constitución de los estudios de farmacia como materia universitaria (1845), centrándonos en las condiciones de ejercicio de la profesión.

reiteradamente corroborada por las Leyes. Y esta unión entre propiedad y titularidad, como hemos comentado, es una de las características inseparables del modelo mediterráneo.

2.1 PLANIFICACIÓN

En cuanto a la planificación, a pesar de lo que muchos piensan, es algo reciente. Hasta la publicación del **Decreto de 24 de enero de 1941**⁴, existía la libre apertura de oficinas de farmacia por el principio de libre concurrencia. Este decreto limitaba el establecimiento de farmacias por criterios de habitantes y distancias.

Este paso del libre establecimiento a la limitación del número de farmacias se explica por varios factores, sociales, económicos y de control sanitario. Históricamente las farmacias habían tendido a establecerse en el centro de la ciudad, dejando sin asistencia a los barrios periféricos y a muchos pueblos. Una vez finalizada la guerra civil y bajo la influencia de ministros falangistas, el gobierno de España comienza a implantar el sistema nacional de salud. Y para lograr una mejor asistencia farmacéutica, se creó la planificación que obligaba a las farmacias a establecerse en los barrios periféricos y en los pueblos donde anteriormente no llegaba la atención farmacéutica.

Se volvió a regular lo referente al establecimiento, transmisión o integración de las oficinas de farmacia en el **Real Decreto 909/78** que simplificó los criterios de planificación.

Por tanto, podemos concluir que si bien la propiedad unida a la titularidad es una característica del modelo mediterráneo, presente en nuestra historia desde el mismo momento que nace nuestra profesión en 1240, no ocurre lo mismo con la planificación, que en España es algo nuevo y reciente.

⁴ BOE nº 37 pág. 889. **Decreto de 24 de Enero de 1941 por el que se reglamenta el establecimiento de nuevas farmacias** <http://www.plafarma.org/documentos/decreto%20franco%201941.pdf>

2.2 NACIMIENTO DE LA FARMACIA RURAL

Nadie niega que el principal rasgo diferencial del modelo español de farmacia lo constituye la farmacia rural, siendo ésta uno de los pilares de nuestro modelo, quizás el argumento de más peso en la defensa del mismo porque gracias a ella la permeabilidad de la farmacia alcanza prácticamente a toda la población española, y por tanto contribuye a la sostenibilidad del modelo pero, ... **¿siempre ha sido así? ¿Siempre ha sido igual la farmacia rural?**

Si repasamos nuestro pasado, encontraremos en nuestros inicios como profesión, una farmacia rural prácticamente inexistente, los boticarios solo se establecían en las ciudades y pueblos más importantes por cuestiones de rentabilidad.

Quizás por la proximidad en el tiempo, la imagen que todavía muchos compañeros y no pocas personas tiene del farmacéutico rural, sea la imagen decimonónica del boticario de pueblo, integrante de las *fuerzas vivas* junto con el médico, el cura, y el comandante de la guardia civil.

La farmacia rural, nunca ha sido una opción atractiva para el ejercicio profesional. En España **hasta los años 40 del siglo pasado, solo los pueblos de cierta entidad tenían farmacia**. Como hemos comentado anteriormente, una de las finalidades de la planificación instituida en 1941, era obligar a los farmacéuticos a establecerse en el medio rural, y este fenómeno tiene su culminación con el Real Decreto 909/78 que, al simplificar los criterios de planificación, impide la apertura en los grandes núcleos de población y obliga a una generación de farmacéuticos a ejercer en el medio rural, en pueblos con un número de habitantes tan pequeño que ya entonces parecía una locura trabajar en ellos.

Esto ha dado lugar a la **capilaridad** extrema de la que alardeamos y que ha provocado que prácticamente ningún pueblo quede sin farmacia por pequeño que sea. Además, farmacias establecidas anteriormente en el medio rural que atendían varios pueblos mediante botiquines, los han perdido por nuevas aperturas.

La planificación ha sido objeto de numerosas controversias porque se establece en un entorno económico donde prima el libre mercado, y éste se rige por las leyes de la oferta

y la demanda. Esta controversia ha llevado la planificación a los juzgados en varias ocasiones de los que ha salido airosa gracias a dos aspectos principales: **el interés sanitario y la farmacia rural**.

En muchas ocasiones, son personas ajenas al mundo de la oficina de farmacia las que obtienen una visión más clara y con menor sesgo, aspectos estos que dotan a estas opiniones de mayor objetividad y rigurosidad.

De entre todos los procesos jurídicos en los que se ha tratado el asunto de la planificación, quizás el que lo argumentó de forma más clara fue el entonces abogado del estado D. Miguel Poiars Pessoa Maduro⁵ en sus conclusiones sobre la prejudicial planteada por el Tribunal Superior de Justicia de Asturias al Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas del que extraemos parte:

⁶Aunque objetivos de naturaleza meramente económica no pueden justificar que se restrinjan las libertades fundamentales, puede justificarse cuando sea necesario para que el sistema sanitario funcione desde el punto de vista económico. ⁷En particular, «intereses económicos que tienen como objetivo mantener un servicio médico y hospitalario equilibrado y accesible a todos» pueden constituir un interés público adecuado. En relación con tales servicios, su «reparto geográfico, su organización y el equipamiento de que disponen, o la clase de servicios médicos que pueden ofrecer, deben poder ser objeto de planificación, que responde por lo general, por una parte, al objetivo de garantizar en el territorio del Estado miembro de que se trate un acceso suficiente y permanente a una gama equilibrada de prestaciones hospitalarias de calidad y, por otra parte, a la voluntad de lograr un control de los gastos y de evitar, en la medida de lo posible, todo derroche de medios financieros, técnicos y humanos».

b) Garantizar una distribución geográfica amplia y equilibrada de las oficinas de farmacia

30. El argumento más fuerte alegado por las partes que apoyan el Decreto se refiere a la necesidad de garantizar una distribución geográfica amplia y equilibrada de las oficinas de farmacia. En otras palabras, garantizar al máximo la disponibilidad universal de los servicios farmacéuticos para la población. Procede distinguir entre los dos criterios utilizados para alcanzar dicho objetivo: el requisito de población y el de distancia mínima entre las oficinas de farmacia.

⁵ D. Miguel Poiars Pessoa Maduro es el actual Joint Chair RSCAS del Departamento de Derecho de la *European Law* en San Domenico de Fiesole (Italia), donde ejerce como profesor.

⁶ Conclusiones del entonces Abogado General Sr. D. Luis Miguel Poiars Pessoa Maduro presentadas el 30 de Septiembre de 2009 ante la petición de Prejudicial planteada por el Tribunal Superior de Justicia de Asturias al Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas <http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/07/Conclusiones-Poiars-Maduro-2.pdf>

⁷ Sentencia de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet (C-385/99, Rec. p. I-4509), apartado 73.

Debe apreciarse si ambos criterios son adecuados para alcanzar el objetivo de distribución geográfica y si van más allá de lo necesario para alcanzarlo.

*31. En principio, los requisitos de población máxima pueden ser adecuados para alcanzar el objetivo de una amplia distribución de las oficinas de farmacia. Al limitar la posibilidad de que los farmacéuticos puedan abrir oficinas de farmacia en las zonas urbanas más rentables, la norma les lleva a buscar otras oportunidades. Sin embargo, este efecto no es automático. **Si la apertura en zonas menos pobladas fuera rentable per se, tendría lugar, con toda probabilidad, con independencia de cualesquiera restricciones geográficas. De hecho, aumentaría en relación directa con la facilidad para poder abrir una oficina de farmacia y el grado de competencia por las cuotas de mercado de las zonas más pobladas.** En cambio, si el problema radica, como alegaron algunas de las partes, en que la probabilidad de obtener beneficios es baja en las zonas menos pobladas, el riesgo está en que, de todos modos, nadie tendría interés en abrir una oficina de farmacia en tales zonas. Después de todo, ¿por qué se dedicaría una persona a realizar una actividad deficitaria simplemente por no tener acceso a una actividad rentable? **La mera restricción de aperturas en las zonas más pobladas no cumpliría el requisito de coherencia y consistencia en la consecución del objetivo público declarado.** El sistema en su totalidad adquiere sentido sólo cuando la política de restringir aperturas en las zonas más pobladas está asociada a la política de favorecer a quienes ya habían abierto oficinas de farmacia en zonas menos pobladas. Al dar prioridad a los farmacéuticos que hayan abierto con anterioridad oficinas de farmacia en zonas con menos de 2.800 habitantes, el Decreto crea un incentivo para que los farmacéuticos se instalen en zonas de baja población que, de otro modo, podrían encontrarse sin oficina de farmacia, a cambio de aumentar sus posibilidades de obtener una autorización de explotación de una oficina de farmacia en una zona más poblada (que las restricciones hacen más rentable) en un momento posterior. Es posible que la perspectiva de obtener la titularidad de una oficina de farmacia en una zona más poblada cuando otros tienen impedido abrir una oficina competidora pueda alentar a los farmacéuticos a prestar servicios, durante algún tiempo, en zonas menos pobladas. Como reconocieron en la vista algunas de las partes que apoyan el régimen actual, es la perspectiva de una renta monopolística futura en una zona muy poblada lo que lleva a los farmacéuticos a querer instalarse inicialmente en zonas menos pobladas. Sin embargo, esto sólo sería así en el supuesto de que los servicios prestados en tales zonas poco pobladas realmente dieran prioridad a quienes los prestan a la hora de la distribución de las autorizaciones para las zonas más pobladas.*

33. En segundo lugar, para que se considere que la regulación persigue verdaderamente el objetivo de cobertura universal, es necesario que las autorizaciones para las zonas pobladas se pongan a disposición de quienes ejercieron en zonas menos pobladas cuando los titulares de las autorizaciones más lucrativas para zonas pobladas deseen cesar en la explotación de sus oficinas de farmacia. Un sistema que confiere a los titulares de autorizaciones para abrir oficinas de farmacias en zonas pobladas un derecho de propiedad de tales autorizaciones y les permite venderlas o transferirlas a quienes elijan, tiene el efecto de limitar el número de autorizaciones disponibles para quienes «cumplieron su condena» en zonas poco pobladas. Exigiría a quienes deseen trasladarse de una oficina de farmacia situada en una zona poco poblada a otra situada en una zona muy poblada pagar un precio por la correspondiente autorización, un precio que se habrá inflado para incluir el beneficio extra que las restricciones al establecimiento de oficinas de farmacia competidoras permiten que dicha oficina genere. Tal sistema menoscabaría la estructura de incentivos que supuestamente

*sostiene un enfoque que limita el establecimiento de oficinas de farmacia para fomentar su establecimiento en zonas poco pobladas. Además, dicho sistema también supondría el enriquecimiento de determinados farmacéuticos debido a la restricción de la competencia en el sector farmacéutico; exactamente el tipo de utilización de la regulación que las libertades que garantiza el Tratado pretenden combatir. **Las restricciones al derecho de establecimiento deben justificarse por exigencias de interés general y no deben ser un instrumento para el enriquecimiento privado.***

Los párrafos resultan totalmente esclarecedores de lo que, a los ojos de este jurista, constituye la justificación de esta restricción, su objetivo sanitario, hecho éste garantizado única y exclusivamente por las oficinas de farmacia rurales, sin las cuales habría que valorar si los “...criterios son adecuados para alcanzar el objetivo de distribución geográfica ó si van más allá de lo necesario para alcanzarlo”.

3. SITUACIÓN ACTUAL

Podemos decir que la situación actual presenta un panorama totalmente nuevo en el modelo español, donde se ha formado una bolsa importante de farmacias establecidas en pequeñas poblaciones, con escasos recursos, muchas obligaciones y pocas expectativas profesionales de mejorar. Se ha proletarizado la profesión hasta límites inimaginables y la diferencia entre las farmacias más rentables y las más deficitarias cada vez se hace mas grande.

Paradójicamente, son estas pequeñas farmacias rurales las que permiten que **el 99% de la población disponga de una farmacia en su lugar de residencia** y propicien que el modelo español esté considerado como uno de los mejores del mundo.

Aparece el binomio poca rentabilidad, máxima disponibilidad, que lleva aparejado un enorme sacrificio, no ya profesional, sino familiar y personal. El farmacéutico, olvidado de todos, es el único profesional que en muchos casos sigue viviendo hoy junto con su familia en estos pequeños municipios, en algunas CCAA soportando una sobrecarga de guardias que oscilan entre los 365 días o con suerte 182 al año.

A pesar de esta sobrecarga laboral, **las condiciones de retribución de este trabajo, generales para todas las farmacias pese a la gran disparidad existente entre cada una de ellas**, impide obtener unos ingresos acordes al esfuerzo personal y profesional que estas mujeres y hombres imprimen en localidades donde no abundan los servicios y donde la farmacia suele ser, no sólo el único servicio sanitario presente en estas poblaciones, sino el asistente social, el consejero, el que facilita la cumplimentación de impresos ó *traduce* las notificaciones procedentes de las distintas Administraciones, etc, etc, etc,...

La escasez de ingresos provoca igualmente la imposibilidad de disponer de sustitutos para poder disfrutar de unos días de vacaciones ó incluso asistir a cursos, citas médicas ó labores básicas como comprar ropa ó alimentos diferentes a los que vienen en las furgonetas ambulantes que suelen llegar a estos recónditos lugares. No hablamos de un país subdesarrollado, estamos hablando del mundo rural que aún hoy existe en España y que, dada su lejanía de las ciudades, permanece desconocido para los *urbanitas* y por

extensión para los que habitualmente suelen pisar bajo sus pies las moquetas de sus despachos en lugar de la tierra labriega.

El ejercicio en un pequeño municipio, tiene una orientación profesional marcadamente sanitaria, alejada de planteamientos mercantilistas, por ello, y aunque pueda parecer de perogrullo, **los farmacéuticos rurales somos profesionales sanitarios**, y nuestra labor está centrada en el medicamento y en la educación sanitaria, siendo la mayor parte de nuestros pacientes, personas de edad avanzada, polimedicados, con escasos recursos económicos y culturales, algunos aún analfabetos.

El ejercicio en el medio rural exige pues un sobreesfuerzo que ha sido puesto en multitud de ocasiones en entredicho incluso desde dentro de la propia profesión, pero que ha sido reconocido incluso por los que no hace tanto eran denominados por algunos como *los enemigos de nuestro modelo*, ya que estos admiten que la aplicación de medidas liberalizadoras podría provocar efectos adversos a las oficinas de farmacia establecidas en áreas rurales, por ser las menos rentables, y proponían para ellas medidas de compensación⁸.

Vista la crudeza de la situación, habrá quien se pregunte: **¿Cuáles son los motivos que lleva a estos profesionales a trabajar en estas condiciones?**, la respuesta es extremadamente fácil y simple, **porque el modelo no ofrece una alternativa mejor.**

⁸ Informe realizado por la firma **ECORYS Netherland BV** a petición de la Comisión Europea, Dirección General de Mercado Interno y Servicios. 22 de Junio de 2007. Último párrafo de sus conclusiones finales. (**Páginas 16 y 82**).

4. CAPÍTULO ECONÓMICO

Hemos detallado una problemática de la que podemos dar fe dada nuestra experiencia, formada gracias a nuestro trabajo diario y al acceso a un gran número de compañeras y compañeros de diferentes CCAA donde, a pesar de las diferentes legislaciones autonómicas, observamos unos rasgos comunes que hace tiempo resumimos en tres aspectos:

- Dificultad para la **Formación**
- Imposibilidad de **Promocionar** profesionalmente
- Escasa **Retribución** no acorde con el nivel de exigencia y las condiciones precarias de ejercicio y que hace inviable el ejercicio en estas localidades a muy corto plazo (en muchos casos ya lo es)

Por cuestiones obvias que unos achacan exclusivamente a la crisis, y a la que nosotros añadimos otros aspectos⁹ como un sistema retributivo injusto para estos profesionales y que no incentiva labores de índole sanitaria, **nuestro análisis de la situación actual está obligado a centrarse en los aspectos económicos** y se apoyará en el Estudio que presentamos en Mayo de 2012.

Dado que este trabajo se circunscribe al ámbito de la farmacia rural utilizaremos para referirnos a ella la terminología anglosajona que las califica como *Essential Small Pharmacies (ESP)* y que podríamos traducir como **farmacias esenciales (FE)**. Creemos más acertada esta terminología en lugar de Viabilidad Económica Comprometida (VEC), porque realza y ensalza la importancia que estas farmacias ubicadas en pequeñas poblaciones -con las incomodidades que esto conlleva-, tienen en la creación y la propia legitimidad del modelo de acceso universal de asistencia farmacéutica vigente en el país, también denominado Modelo español de farmacia, y porque huye de centrar este problema única y exclusivamente en su situación económica para destacar lo esencial de su labor en el contexto de universalidad del servicio sanitario prestado.

La realización este mismo año de nuestro primer trabajo, **Análisis Práctico de la Aplicación del RDL 16/2012 en la Pequeña Farmacia Rural española**¹⁰, nos ofreció la posibilidad de obtener una fotografía bastante exacta y real de la situación actual de

⁹ Nota de Prensa de la SEFAR emitida el Lunes 10 de Septiembre de 2012. http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/06/Comunicado_10_09_2012.pdf. Se adjunta en ANEXO I

¹⁰ Análisis Práctico de la Aplicación del RDL 16/2012 en la Pequeña Farmacia Rural española. Realizado por el Departamento de Documentación de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR). http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2012/05/Revisi%C3%B3n_aplicaci%C3%B3n_-RD16_20121.pdf

las farmacias rurales que se encuentran en peor situación, máxime cuando los datos recogidos en dicho estudio proceden de la aportación de los/as propios/as afectados/as.

Con idea de trasladarles fielmente esta situación estimamos imprescindible conocer los **gastos de funcionamiento** que una farmacia necesita para *levantar la persiana* cada día. Nosotros nos hemos tomado la libertad de acompañarlos de las correcciones necesarias, conforme a los incrementos que en nuestra opinión deberían producirse para que los/as titulares de estas farmacias esenciales pudieran disponer de unas condiciones dignas de trabajo (cotizaciones adecuadas, vacaciones, contratación de personal auxiliar, etc,...).

4.1 Análisis de los gastos fijos de una *Farmacia Esencial* (FE) para el Modelo español de farmacia

- **Número de OF analizadas:** 14 oficinas de farmacia.
- **Comunidades Autónomas:** Castilla-La Mancha, Castilla-León y Andalucía.
- **Gastos fijos tenidos en cuenta:**
 - **Baja variabilidad:** Autónomo, Cuotas colegiales, teléfono fijo y móvil, calefacción, gasoil o gasolina para actividad profesional, equipos y aplicaciones informáticas, seguros, servicios externos, material de oficina de farmacia.
 - **Alta variabilidad:** Alquiler local, personal a cargo, amortizaciones, varios.
- **Elementos del análisis:**
 - **Gastos fijos medios** de las 14 oficinas de farmacia esenciales en el año 2011.
 - **Propuesta de gastos fijos medios** para una oficina de farmacia esencial en el año 2.011 teniendo en cuenta las cifras modificadas en base a los siguientes parámetros:
 - Contribución a la seguridad social, igualada a un farmacéutico de atención primaria de la función pública.
 - Servicios externos incrementados un tercio en base a la experiencia y a la evaluación de las farmacias esenciales.
 - Material de oficina de farmacia incrementado 5 veces en base a la experiencia y a la evaluación de las farmacias esenciales.
 - Personal a cargo, incrementado desde una sustitución profesional en un mes a la contratación de un técnico de farmacia a tiempo parcial que permita la realización del resto de tareas asociadas a la oficina de farmacia (asistencia de cursos, reuniones, gestiones con mayoristas, administraciones, atención a los delegados de proveedores, atención farmacéutica, puesta en marcha de programa sanitarios, charlas, enfermedad...).
 - Amortizaciones incrementadas 3 veces en base a la experiencia y a la evaluación de las farmacias esenciales.

Análisis de Gastos¹¹

- Gastos fijos para una farmacia: **1.511, 51 euros mensuales** (incluye la contratación de un farmacéutico suplente para un mes de vacaciones del titular).
- Gastos para un funcionamiento óptimo de una farmacia: **2.813, 21 euros mensuales**. (incluye la contratación de personal técnico no licenciado y cotizaciones por rama autónoma equivalentes a la de un farmacéutico de la administración pública).

4.2 RELACION BENEFICIOS-GASTOS

Para que nuestro estudio de Mayo siga teniendo validez a día de hoy, no podíamos considerarlo como un documento estático, por ello lo hemos tratado de forma dinámica, acorde a los vaivenes económicos del mercado provocados por la introducción e implementación de nuevas medidas de contención de gasto adicionales a las hasta entonces vigentes.

Fruto de este tratamiento, hemos continuado recabando datos y por tanto aumentando el tamaño del muestreo correspondiente al número de farmacias esenciales estudiadas.

No hemos registrado variaciones de consideración en cuanto al capítulo de gastos fijos obtenidos en nuestro estudio anterior, pero dado que el sistema de retribución de la oficina de farmacia se establece en base a un margen sobre el PVP del medicamento, y a que los ingresos de una oficina de farmacia esencial tipo dependen en un 90-93% de la facturación al seguro obligatorio de enfermedad (SOE), hemos considerado conveniente a la hora de hablar de la rentabilidad de estas farmacias, ampliar los datos de partida introduciendo dos nuevas variables que influyen de forma decisiva en este tipo de farmacias, y que son: **El número de recetas dispensadas y el gasto medio por receta.**

Para realizar este análisis respecto a estas nuevas variables, tomaremos de partida los datos de gasto reseñados en el apartado anterior:

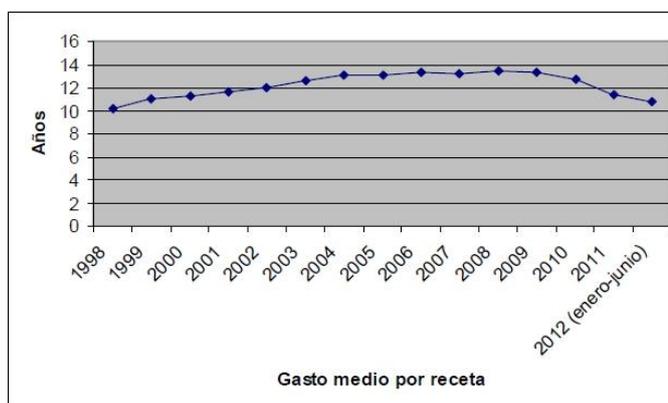
- **Los Gastos fijos derivados de la actividad de una farmacia ascienden a 1.511,51 euros mensuales.**
- **Los Gastos para un funcionamiento óptimo de una farmacia ascienden a 2.813, 21 euros mensuales.** (incluye la contratación de personal técnico no licenciado

¹¹ El cuadro completo de gastos se añade en Anexo I

y cotizaciones por rama autónoma equivalentes a la de un farmacéutico de la administración pública).

Según fuentes del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, **el precio medio de la receta farmacéutica se estableció para toda España en 10,81 euros¹² en el periodo comprendido entre enero y junio de 2012.**

AÑOS	GASTO MEDIO POR RECETA
1998	10,16
1999	10,99
2000	11,27
2001	11,68
2002	12,06
2003	12,66
2004	13,06
2005	13,15
2006	13,36
2007	13,27
2008	13,45
2009	13,39
2010	12,75
2011	11,44
2012 (enero-junio)	10,81



En el cuadro y la gráfica anteriores puede apreciarse con gran claridad una tendencia alcista de este valor desde 1998 hasta 2008 donde alcanza un tope de 13,45 €/receta. A partir de entonces se inicia una caída que nos lleva hasta los 10,81 €/receta de Junio de 2012.

Tras la introducción del copago farmacéutico, se producen en los meses de Julio y Agosto unos descensos aún más bruscos hasta dejar este valor en 10,23€/receta¹³.

¹² Datos de evolución del gasto farmacéutico disponible en la web en el siguiente enlace <http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/156CDA67-16A9-4ED6-8DC8-6AB49B74E8C4/210383/Evolucindelgasto.pdf>

¹³ Nota de Prensa del Ministerio de Sanidad <http://www.msc.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2562>

Evolución del Gasto Farmacéutico (Mill. €), Enero- Agosto 2012 vs 2011



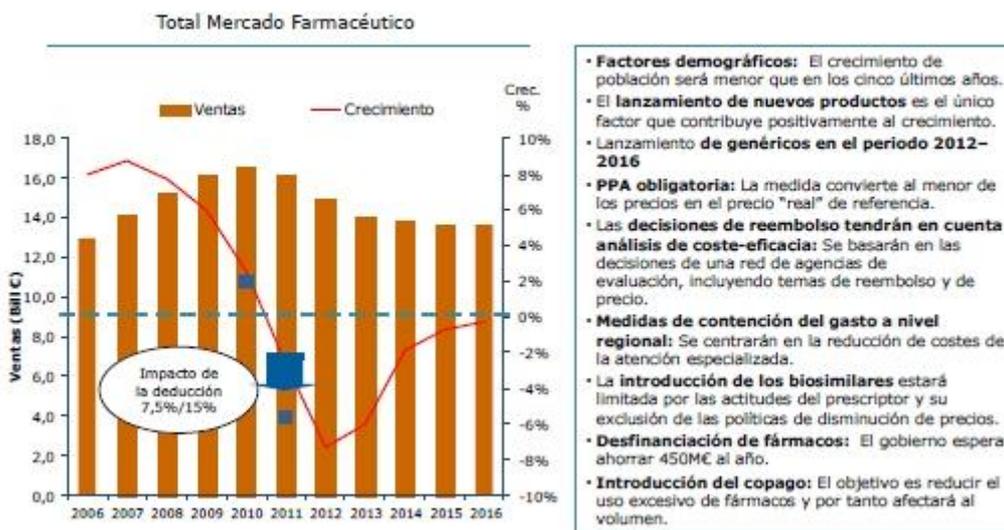
* Dato Agosto 2012, a fecha 25 Septiembre 2012

En los meses de julio y agosto se ha ahorrado en la factura farmacéutica más de 400 millones de euros.
 El descenso de la factura farmacéutica en julio ha sido de un 24% y en agosto de un 20%.
 El ahorro durante el periodo de enero a agosto de 2012 asciende a 661 millones de euros.

Esta tendencia bajista ha sido analizada recientemente por la Consultora IMS Health¹⁴ cuyas previsiones para años sucesivos desvelan que el mercado farmacéutico sufrirá una bajada de la que no se recuperará hasta pasado el 2016, acumulando siete años de números rojos en el ámbito de la oficina de farmacia y seis en el mercado total.

MDO. FARMACÉUTICO TOTAL

El crecimiento del mercado farmacéutico se mantendrá negativo desde 2012



Fuente: IMS Health, Market Prognosis Septiembre 2012



22

En este horizonte temporal, el valor de las ventas de medicamentos en oficina de farmacia se aproximaría al existente en 2002, retrocediendo 14 años, y sin tener en

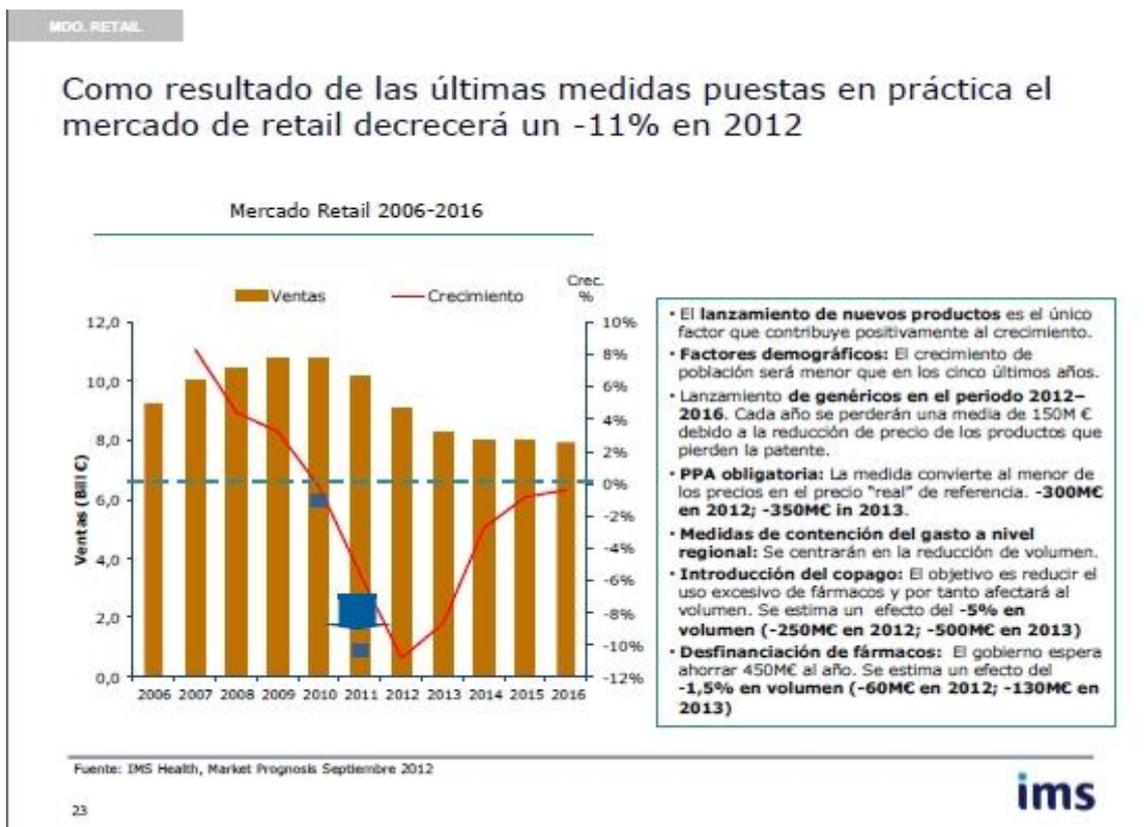
¹⁴ http://www.actasanitaria.com/filesset/file_informe_IMS_90788.pdf Fuente: Acta Sanitaria

cuenta otros efectos como la inflación ó los descuentos del 7,5 ó 15 por ciento, no recogidos en los datos de la consultora. Si los asumiéramos, el mercado en 2016 sería un 45 por ciento inferior al existente en 2002 en valores constantes.

El efecto del copago, en julio pasado, ha presionado a la baja la evolución del mercado farmacéutico hasta dejarlo en variaciones interanuales del 13 por ciento, según los datos de IMS Health.

Precisamente, la consultora estima que el efecto del copago a final de año, con solo seis meses de aplicación, será equivalente al 5 por ciento del mercado total, siendo por tanto esta cifra para el mercado financiado muy superior.

Este efecto, se suma al resto de medidas puestas en marcha en los últimos años, especialmente el sistema de precios en el ámbito de los medicamentos no protegidos por patente, las limitaciones al acceso que se están poniendo en marcha en todas las comunidades autónomas, así como las restricciones a los lanzamientos y sus precios que se están observando últimamente y que, en un futuro próximo, se acrecentarán.



Estas medidas están repercutiendo en toda la cadena del medicamento, pero serán más evidentes en los agentes con menor margen de maniobra, en el caso de las farmacias, las de peor ubicación como son las farmacias esenciales, incidiendo negativamente en la viabilidad de las mismas.

Dicho todo esto, con un precio medio por receta facturada de 10,23 € se establece un margen bruto de 2,85 euros/receta¹⁵.

En base a este dato, una farmacia necesitaría dispensar un mínimo de 530 recetas para cubrir los gastos fijos derivados de su explotación, y un mínimo de 987 recetas para cubrir los gastos óptimos de explotación, con la particularidad de que el titular de la misma no obtendría ningún rendimiento.

¹⁵ Margen bruto del 27.9 %, sin descontar aportaciones del RDL9/2011 y RDL 8/2010

4.3 Estudio práctico de Farmacias Esenciales (FE) incluyendo aportaciones procedentes del RDL 16/2012.

Para el estudio se han analizado 52 farmacias esenciales, con una facturación media de 8.211,39 euros mes por farmacia, con unas implementaciones totales en su margen comercial derivada de las compensaciones del RDL 16/2012 de 16.219,34 euros, lo que supone una media de 311,91 euros/mes por farmacia.

Las recetas facturadas al SNS por estas farmacias ascienden a 752 recetas de media al mes, detectando que ocho de ellas no alcanzan ni el umbral mínimo de 530 recetas necesarias para cubrir gastos de Explotación.

La facturación de estas farmacias según el precio medio por receta establecido por el Ministerio de Sanidad de 10,23 euros/receta ascendería a 7.692,96 euros¹⁶.

El margen bruto es de 2.146,34 euros de media¹⁷.

Las aportaciones netas de estas farmacias al RDL 8/2010 ascendieron a la cantidad de 7.815 euros. Una media de 150,29 euros por farmacia.

4.4. ANALISIS DE GASTOS

El precio medio por receta de las 52 farmacias esenciales asciende a **10,92 euros/receta**.

Si a este valor le incrementamos las implementaciones del margen derivadas del RDL 16/2012 una farmacia esencial aumentaría el precio medio de su receta hasta los **11,33 euros/receta dispensada**, o lo que es lo mismo, un **incremento del margen bruto por receta de 0,11 euros** (de 3,04 euros/receta a 3,16 euros/receta).

El gasto de una farmacia asciende a 1.511,51, con lo que si su beneficio bruto derivado del margen es de 2.290,98, el beneficio de explotación o “salario” del farmacéutico

¹⁶ En base a los datos del Ministerio de Junio de 2012, pero como veremos más adelante, el PVP medio/receta es superior por razones obvias de edad de la población atendida (mayor prevalencia de enfermedades y la consiguiente polimedición)

¹⁷ Margen bruto del 27.9 %, sin descontar aportaciones del RDL 9/2011 y RDL 8/2010

ascendería a 779,47 euros/mes. Una vez descontadas las aportaciones de estas farmacias derivadas del RDL 8/2010, la cantidad se reduciría a **629,18 euros mensuales antes de impuestos**.

Las implementaciones del margen derivadas del RDL 16/2012 son de 311,91 euros de media, con lo cual **el salario del farmacéutico ascendería, sumando esta cantidad, a 941,09 (antes de impuestos)**¹⁸.

En el siguiente cuadro¹⁹ se muestra el beneficio bruto de una farmacia descontando gastos fijos derivados de su actividad y aportando los fondos derivados de la aplicación del RDL16/2012 y su margen oficial bruto²⁰.

	Facturación mensual al SNS (euros)	Margen oficial (27.9%)	RDL 16/2012 (en euros)	TOTAL (en euros) Margen mas aport. RDL 16/2012	Deducciones RDL 8/2010 (en euros)	BENEFICIO BRUTO DE UNA FARMACIA (en euros) (GASTOS 1511.11 €/mes)
GRUPO I	De 0 a 2033.34	De 0 a 567.3	De 833 a 785	De 833 a 1.352,3	De 0 a 42,70	De -678,51 a -201,91
GRUPO II	De 2033.35 a 4250	De 567.3 a 1185.75	De 78 a 618.75	De 1.352,3 a 1805,5	De 42,70 a 89,25	De -201,91 a 204,74
GRUPO III	De 4250.01 a 7000	De 1185.76 a 1953	De 618.75 a 412.5	De 1.805,5 a 2.365,5	De 89,25 a 147	De 204,74 a 706,99
GRUPO IV	De 7000.01 a 8750	De 1953.01 a 2441.25	De 412.5 a 281.25	De 2.365,5 a 2738.50	De 147 a 183,75	De 706,99 a 1.043,24
GRUPO V	De 8750.01 a 12500	De 2441.26 a 3487.5	De 281.25 a 0	De 2722.50 a 3.487,5	De 183,75 a 262,5	De 1.043,24 a 1.713,49

¹⁸ Estos datos establecen un beneficio de explotación basado en unos gastos fijos para el funcionamiento de una oficina de farmacia pero del todo insuficientes para garantizar unas condiciones óptimas de ejercicio

¹⁹ Se incluye en formato mayor en Anexo II

²⁰ Si establecemos un margen del 27.9% nos resultaría un beneficio bruto para las Farmacias, siendo éste menor ya que los efectos, accesorios y dietoterápicos tienen un margen inferior a este 27.9 %.

Basándonos en los criterios económicos fijados por el RDL 16/2012, y tras añadir las implementaciones del margen derivadas de su aplicación para las oficinas de farmacia objeto de esta medida, tras el análisis de gastos se establece que los beneficios medios de estas farmacias ascenderían a 941,09 euros brutos mensuales.

Teniendo en cuenta que los gastos contemplados son los mínimos (cotización mínima a la seguridad social, ausencia de personal auxiliar,...), en el caso de querer incrementar sus cotizaciones ó cualquier otro gasto adicional, el rendimiento neto muy probablemente se situaría por debajo de las retribuciones establecidas en el salario mínimo interprofesional establecido en España para el año 2012²¹.

²¹ Real Decreto 1888/2011, de 30 de diciembre, por el que se fija el salario mínimo interprofesional para 2012. <http://www.boe.es/boe/dias/2011/12/31/pdfs/BOE-A-2011-20645.pdf> "...el salario mínimo en cómputo anual que se tomará como término de comparación será el resultado de adicionar al salario mínimo fijado en el artículo 1 de este real decreto los devengos a que se refiere el artículo 2, sin que en ningún caso pueda considerarse una cuantía anual inferior a 8.979,60 euros".

5. ABORDAJE DE ESTE PROBLEMA EN OTROS PAÍSES

Como hemos comentado en la introducción, las Administraciones competentes en materia de sanidad de cada país legislan para construir Modelos *a medida* con el objetivo principal de hacer llegar el mejor servicio en las mejores condiciones económicas para el erario público. Partimos pues de una misma premisa que no entiende de Modelos: **extender una buena oferta de servicios, accesible a la gran mayoría de la población y que ésta sea viable.**

En el caso del modelo farmacéutico, existe una concertación entre la Administración pública y los farmacéuticos, para delegar el servicio en este colectivo privado, manteniendo la primera la potestad en lo relativo a la ordenación de esta actividad.

En Europa y en el resto del mundo encontramos diferentes Modelos farmacéuticos (con libertad absoluta de ejercicio, modelos de máximos, de mínimos, etc,...), pero todos coinciden en una cuestión, con independencia del Modelo vigente, cada Estado establece los mecanismos compensatorios necesarios para que el objetivo principal, el de hacer extensible y accesible a la gran mayoría de la población de una buena oferta de servicios se vea cumplido.

¿Por qué hace esto?... Muy sencillo, porque resulta extremadamente fácil que se cubran los puntos de acceso al medicamento en zonas de gran tránsito de personas -y por consiguiente rentables económicamente-, pero no lo es tanto en zonas aisladas y con escasa capacidad de negocio.

Dedicaremos este apartado a recoger los mecanismos que, con independencia del Modelo vigente en cada país, se aplican en aras de este objetivo común.

DINAMARCA

En Dinamarca existe un **fondo de igualdad** que se nutre del superávit del conjunto de las farmacias del país respecto a la media de sus facturaciones. Al ser una cantidad variable, ésta media se revisa anualmente.

Las farmacias que superan este valor medio han de aportar a dicho fondo un 3.9 por ciento de estos ingresos adicionales.

El objetivo de este fondo de igualdad es el de asegurar la prestación farmacéutica en las áreas rurales, y constituye un apoyo económico a las farmacias con bajos ingresos.

ITALIA

Resulta particularmente interesante el modelo de farmacia italiano ya que comparte con el español características similares que lo sitúan entre el grupo de países que han adoptado el denominado Modelo Mediterráneo de farmacia, caracterizado principalmente por la restricción de aperturas en aras de garantizar la accesibilidad del servicio a todos los ciudadanos con independencia de su lugar de residencia.

El apoyo, consideración y protección de este país a las farmacias rurales no es nuevo, y proviene del año 1934 donde se establece la Indennita` de Residenza²² para las oficinas de farmacia rurales, de forma que la población donde estaba radicada la farmacia pagaba un tercio de esta indemnización, y los dos tercios restantes eran sufragados a cargo de un fondo nacional constituido por las contribuciones de las farmacias urbanas²³. En el documento citado en la nota al pie número 23 se recogen las deliberaciones de la comisión del Senado y en ellas se trata, desde la cesión gratuita por parte de la comunidad de un local adecuado para la farmacia, hasta las cantidades que las farmacias urbanas han de aportar a dicho fondo. Al mismo tiempo, se aprueba que a los cinco años de ejercicio en el medio rural faculte a su titular para un incremento del 20% en la puntuación de los concursos de nuevas aperturas.

Todo lo anterior viene a aclarar parte de las medidas tomadas en el mes de enero de 2012, donde el Gobierno Italiano presidido por D. Mario Monti publicó una **norma general sobre liberalización** (*norme generali sulle liberalizzazioni*)²⁴ que dedica un

²² Regio Decreto 27 luglio 1934. *Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. Pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934. Pág 33, artículo 115*

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/renderNormsanPdf.spring?codLeg=23973&parte=1&serie=&anno=0>

²³ *Senato della Repubblica, IV Legislatura, 11ª Commissione 5 Luglio 1967. Página 2. El Senador Perrino defiende la Provvdenze a favore dei farmacisti rurali* <http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/266314.pdf>

²⁴ Decreto legge adottato en riunione del Consiglio dei Ministri de 20 de geniano de 2012. <http://www.governo.it/backoffice/allegati/66305-7344.pdf>

apartado a la oficina de farmacia en el que modifica las condiciones de establecimiento de las farmacias además de otros aspectos interesantes de reseñar:

- ²⁵El ratio de OF en Italia, antes del Decreto, estaba situado en una OF por cada 3400 habitantes, y tras su publicación, cambia a una por cada 3000 habitantes (más elevado aún que en España), flexibilizando las nuevas aperturas e intentando salvaguardar la accesibilidad a toda la población con independencia de donde ésta viva.
- En relación a este último aspecto, encontramos en el **punto 11** del artículo del mismo número relativo a la OF (página 19 del Decreto Ley) el establecimiento de lo que ellos han denominado *fondo di solidarietà nazionale per l'assistenza farmaceutica*, cuya traducción al castellano sería: **Fondo de Solidaridad Nacional para la Asistencia Farmacéutica**.

La traducción de este punto 11 viene a ser la siguiente:

11. El Instituto Nacional de Bienestar y Asistencia de Farmacéuticos (ENPAF), un **fondo nacional de solidaridad para la atención farmacéutica en los municipios con menos de mil habitantes**. El fondo se financia con las farmacias urbanas, mediante el pago, a favor del ENPAF, de una cuota porcentual a la facturación determinada por el grado suficiente para asegurar²⁶ **que los farmacéuticos propietarios de farmacias en poblaciones de menos de mil habitantes, alcancen un beneficio neto de no menos del ciento cincuenta por ciento de los ingresos netos obtenidos, de acuerdo con el convenio colectivo nacional, por un socio farmacéutico de primer nivel con dos años de servicio.**

De acuerdo con el convenio nacional de 2009 (página 46 del mismo)²⁷, los ingresos netos de lo que ellos denominan un farmacéutico de primer nivel, con dos años de servicio se corresponden con la cantidad de 1882,97 €/mes.

Por tanto, y según el Decreto Ley, los **ingresos netos** de un farmacéutico rural con OF en una población de menos de 1000 habitantes siempre tendrán que ser superiores a:

$$1882,97\text{€/mes} \times 1.5 = 2824,45 \text{ €/mes}^{28}$$

Al mismo tiempo, y para las nuevas aperturas previstas (unas 5000), se otorgará preferencia a los que hasta ahora no han sido titulares de ninguna y a los propios farmacéuticos rurales.

²⁵ Se hace alusión a esta modificación de las condiciones de establecimiento porque es lo que desencadena la creación del fondo de apoyo a las farmacias rurales para evitar “la fuga” de estos profesionales a medios urbanos

²⁶ Se entiende que esta garantía de ingresos para las farmacias rurales resulta independiente de las oscilaciones en los facturaciones del conjunto de farmacias urbanas y garantiza unos ingresos mínimos

²⁷ Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti da farmacia privata. Testo Ufficiale. ROMA, 26 maggio 2009. <http://www.ordinefarmacistiavellino.it/Documenti/20072236-pdf.pdf>

²⁸ Cálculos y cantidades basados en este convenio de 2009

REINO UNIDO

En Reino Unido existe la figura de la Essential Small Pharmacy (ESP), para designar a **las farmacias que resultan esenciales para el mantenimiento del servicio**. Generalmente éstas se encuentran ubicadas en entornos rurales, aunque también las hay en áreas urbanas.

Estas farmacias esenciales (ESP) se caracterizan por dispensar más de 6000 pero menos de 26400 recetas/año, siendo el promedio de prescripciones por farmacia en UK de unas 78000 recetas/año, con lo que se aprecia que el volumen de facturación es muy bajo. Al mismo tiempo no deben tener una farmacia próxima a menos de un kilómetro de ésta.

En UK, cada farmacia que dispensa más de 3060 recetas/mes recibe un pago de 25100 £ al año (*Establishment Payment*), igualmente, la mayor parte de la remuneración percibida por una farmacia está basada en una tasa de prescripción de 90 peniques por receta (medicamento) más un pago de 58,2 peniques por acto de dispensación, siempre que la farmacia dispense al menos 2430 recetas al mes.

Por lo tanto, el volumen de recetas facturadas es el principal criterio para la financiación y la mayor contribución a la misma.

A una “pequeña farmacia esencial” se le paga la tasa correspondiente que se calcula conforme a las normativas nacionales, pero después se complementa con un sistema de pagos, por lo que una farmacia que dispensa alrededor de 6000 artículos al año recibiría una cantidad superior a una que dispensase 26400. La financiación complementaria pretende mantener la viabilidad, y la distancia requerida a otras farmacias es para asegurar que la farmacia es “esencial-imprescindible” para la población local.

Los acuerdos son más valiosos en las zonas rurales, en las que hay un bajo número de pacientes y proporciona un apoyo útil en los primeros años mientras los pacientes pasan de recibir las prescripciones dispensadas por su médico a tener las prescripciones dispensadas por el farmacéutico, pero el plan también se aplica en las zonas urbanas.²⁹

Recientemente ha sido aprobada la prórroga de este acuerdo hasta el 2015 a la vez que se ha incrementado el *annual target payment* hasta las 80354 £, siendo el límite mensual equivalente a 5826 £.

²⁹ Toda la información de este apartado ha sido obtenida tras solicitud al PSNC. La respuesta a nuestra solicitud fue atendida por el propio Steve Lutener, Head of Regulation. Pharmaceutical Services Negotiating Committee (PSNC)

AUSTRALIA

En Australia se aplica desde el año 1953 el Rural Pharmacy Maintenance Allowance (RPMA)³⁰, que ofrece a las farmacias de zonas rurales y áreas remotas de Australia, una aportación mensual con el objetivo de mantener este servicio en la comunidad.

El pago a cada farmacia es calculado en base al Pharmacy Accessibility Remoteness Index of Australia (PhARIA)³¹. Éste PhARIA tiene vigor durante un año y se revisa cada 31 de marzo con el fin de incorporar nuevas localizaciones para farmacias.

Para el cálculo de las percepciones de cada una de las farmacias se usa el *RPMA Payment Matrix* (recogido a continuación de la propia web del Department of Human Services del Gobierno australiano) y que se basa en dos elementos:

- La lejanía de la farmacia según el PhARIA
- La media PBS (*Pharmaceutical Benefits Scheme*) y RPBS (*Repatriation Pharmaceutical Benefits Scheme*) del volumen de prescripciones procesadas y pagadas por Medicare Australia a todas las farmacias australianas durante el ejercicio fiscal correspondiente

RPMA COSTING MATRIX 2011-2012 (indexed to WCI 9)

Prescription volume range	Eligible PhARIA category				
	2 Accessible (group1)> (>1-2) #	3 Accessible (group2)> (>2-4) #	4 Moderately> accessible> (>4-6) #	5 Remote> (>6-9) #	6 Very remote> (>9-12) #
0 - 32 374	\$10 935	\$13 669	\$20 777	\$31 166	\$41 555
> 32 375 – 40 468	\$9 842	\$12 302	\$18 590	\$27 885	\$37 180
> 40 469 – 48 561	\$8 748	\$10 935	\$16 403	\$24 605	\$32 806
> 48 562 – 56 655	\$7 655	\$9 568	\$14 216	\$21 324	\$28 432
> 56 656 – 64 748	\$6 561	\$8 202	\$12 029	\$18 043	\$24 058
> 64 749 – 72 842	\$5 468	\$6 835	\$9 842	\$14 763	\$19 684
> 72 843 – 80 935	\$4 374	\$5 468	\$7 655	\$11 482	\$15 310
> 80 936	\$3 281	\$4 101	\$5 468	\$8 202	\$10 935

Classification based on the 9 Pharmacy Rule. For information about this index and its use in the PhARIA classifications system visit the [Gisca website](#) .

Median script volume: 32,374 per annum

³⁰ Australia Government. Department of Human Services. <http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fourth-agreement/rpma.jsp>

³¹ **Pharmacy ARIA ó PhARIA** es una aplicación de la Universidad de Adelaida que establece unas categorías en función de 6 niveles de accesibilidad que van desde el muy accesible al muy remoto y que sirve de base para el RPMA <http://www.spatialonline.com.au/pharmpub/default.aspx>

6. PROPUESTAS

Partimos de una premisa fundamental, la de que **todos los actores implicados en el actual sistema farmacéutico (pacientes, políticos y profesionales) siguen considerando de interés la viabilidad y sostenimiento del actual sistema de proximidad y universalidad, y por ende de estas farmacias esenciales**, ya que hasta la fecha no hemos escuchado ni leído pronunciamientos en contra de esto, más bien todo lo contrario.

Una vez dicho esto, en su elaboración **hemos tenido un cuidado extremo a la hora de considerar el estado de las finanzas públicas para que estas propuestas resulten factibles a la hora de su aplicación.**

Por ello, **las propuestas que se exponen a continuación en este documento han sido elaboradas bajo la premisa de que los fondos necesarios para sufragarlas no supongan un incremento de lo que hasta ahora están abonando las diferentes Administraciones por este servicio.**

Somos conscientes de la incapacidad de afrontar incrementos presupuestarios en un entorno de crisis económica como el actual, motivo por el cual **el fondo de las mismas está dirigido a una redistribución y racionalización de lo que hasta ahora se está abonando por este servicio para hacerlo más eficiente.**

Entendemos que en las actuales circunstancias éste ha de ser el planteamiento de base para poder alcanzar la viabilidad de las farmacias esenciales (FE) y por tanto de la cualidad ó característica que éstas garantizan, **la universalidad del servicio y por tanto la justificación de las propias restricciones inherentes al actual sistema planificado.**

6.1 ACTUACIONES SOBRE LAS APORTACIONES DE LA OFICINA DE FARMACIA AL SISTEMA (RD 05/2000 y sucesivas modificaciones)

A través del RD 05/2000 y sus posteriores modificaciones, la oficina de farmacia produce un retorno a la Administración a través de un mecanismo consistente en detraer una cantidad económica, proporcional a la facturación de la farmacia, en función de unas tablas.

Así mismo, este mecanismo exime a las farmacias que se encuentran por debajo de un determinado nivel de facturación (37.500 €/mes), de forma que éstas no deben realizar ningún tipo de aportación económica al sistema. Podríamos decir que es el sistema más equilibrado y proporcional de todos los que intervienen sobre la facturación, y por tanto se antoja un mecanismo que, con las debidas correcciones, podríamos calificar como el ideal a la hora de proveer al sistema de los fondos necesarios para poder complementar las deficitarias facturaciones de las farmacias esenciales (FE).

Creemos también que, a priori, este mecanismo daría respuesta a una antigua reclamación de la propia profesión, como es que los recortes en farmacia y sus aportaciones repercutan también en la propia farmacia con vistas a asegurar que siga siendo un sistema sostenible:

“En este sentido, se puso de manifiesto, entre otros muchos aspectos, la necesidad de proporcionarle a la farmacia un marco de certidumbre económica y legal para que pueda seguir desarrollando su labor; así como que los recortes en sanidad y en farmacia reviertan también en la sanidad y en la farmacia, con vistas a asegurar que siga siendo un sistema sostenible”

Dña. Carmen Peña

Presidenta del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos³²

³² Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF). Farmacéuticos nº 359. Octubre de 2010 con motivo del XVII Congreso Nacional de Farmacia celebrado en Bilbao

En nuestro anterior estudio: *Análisis Práctico de la Aplicación del RDL 16/2012 en la pequeña farmacia rural española* ya abordábamos la idoneidad de la **inclusión de un tramo negativo en los primeros tramos, siempre que éste fuera progresivo, inversamente proporcional a la facturación de la farmacia y por tanto directamente proporcional a la necesidad de ésta.**

Echando la vista atrás, seguimos pensando que este mecanismo iba en la línea correcta siempre que se subsanaran dos defectos que a nuestro juicio presentaba, y que quizás fueran los detonantes de su corrección en el RDL 19/2012:

- Las aportaciones económicas de este tramo negativo a las farmacias resultaban directamente proporcionales a su facturación e inversamente proporcionales a la necesidad de ésta.
- Generaba un problema añadido debido a que la recaudación se produce vía CCAA con las consiguientes diferencias entre ambas, ya que por ejemplo, haría que CCAA con farmacias de gran facturación media y escaso número de farmacias esenciales recaudarían muchísimo y aportarían muy poco, y en el caso contrario, tendríamos CCAA con gran presencia de farmacias esenciales que recaudarían muy poco y habrían de aportar mucho para el sostenimiento de las mismas, con el consiguiente coste adicional.

Dicho esto, **formularemos una propuesta cuyo objetivo aparca a un lado la búsqueda de lucro en favor de la obtención de unos rendimientos acordes con nuestra capacitación.**

Nosotros entendemos que este horizonte de ingresos ha de ser equivalente a lo percibido por un farmacéutico de Atención Primaria, lo que según el convenio vigente³³ equivale a 42.076,30 euros/año y por tanto 3.506,36 euros/mes (si prorrateamos las pagas extras y consignamos los ingresos en 12 pagas).

³³ Según nuestra información, existen pequeñas variaciones salariales entre los farmacéuticos de los Departamentos de Salud, por ello hemos tomado las Tablas salariales de una CCAA al azar, en este caso las de la Generalitat Valenciana http://www.san.gva.es/cas/prof/selecpers/pdf/tablasretrib2011/02_2011.pdf (pág. 6).

Para obtener estos rendimientos, y en base a los datos de nuestro estudio y su posterior revisión, habría que incrementar al beneficio bruto de la oficina de farmacia, los gastos óptimos de funcionamiento, cifrados en 2.813,21 euros/mes.

Dicho esto, la suma de ambos conceptos: **Sueldo de un farmacéutico de atención primaria, más gastos óptimos de funcionamiento**, nos daría la cantidad que nosotros calificamos como un rédito acorde a la capacitación y el desempeño profesional de un farmacéutico rural, cantidad que en las actuales condiciones le es totalmente imposible obtener por mera cuestión de ubicación y escasa población a la que atiende.

Para obtener el complemento de los ingresos de estos/as profesionales, sólo habría que restar a esta cantidad total ($3.506,36 + 2.813,21 = 6.319,57$ euros/mes³⁴) los rendimientos brutos de estas farmacias, que por Ley ascenderían al 27,9 % de su facturación al SOE.

Para verlo más claro, hemos ideado una sencilla fórmula que entendemos sería válida para cualquier farmacia esencial y que le **garantizaría unos ingresos netos equivalentes a los de un farmacéutico de atención primaria**:

$$\text{Percepción Mensual} = 6319,57 - \left\{ \text{Facturación SOE} \times \frac{27,9}{100} \right\}$$

Según esta fórmula, todas las farmacias esenciales que no cubrieran con su ejercicio los gastos óptimos de funcionamiento ni obtuvieran un rendimiento neto equivalente al de un farmacéutico de atención primaria percibirían un complemento que les permitiría obtenerlos.

Del mismo modo, **farmacias con facturaciones iguales ó superiores a 22.650,79 euros/mes ó 271.809,48 euros/año percibirían cero euros** porque ya obtendrían un beneficio equivalente con su propia facturación, entendiéndose que éste habría de ser “el tope” ó límite del tramo negativo.

³⁴ En esta cantidad no se incluye el coste de las vacaciones de los farmacéuticos titulares (pago del sustituto y sus correspondientes cotizaciones a la Seguridad Social)

Una vez enunciada la propuesta, entendemos que damos solución al primero de los problemas al que hacíamos referencia y que en nuestra opinión transformaba en inviable el mecanismo publicado en el RDL 16/2012, pero también destacábamos un segundo problema a la hora de constituir este tramo negativo que hacía referencia a la recaudación de estas cantidades a través de las CCAA, y la desigualdad en cuanto al número de farmacias esenciales presentes en cada una de ellas, así como del coste que deberían asumir en función de este número.

Para solucionar este problema, entenderíamos necesaria la creación de algún tipo de mecanismo a imagen y semejanza del Fondo de Garantía Asistencial³⁵ anunciado por la Sra. Ministra de Sanidad, Dña. Ana Mato en el Senado el 27 de Marzo de 2012 con motivo del problema de asistencia sanitaria generado entre las CCAA de País Vasco y La Rioja en el que la segunda de ellas mostraba su malestar al tener que atender a población limítrofe de la primera y que el coste de esta atención no era afrontado por la CCAA de residencia.

El Fondo de Garantía Asistencial es parte del Fondo de Cohesión Sanitaria, “...un instrumento de cohesión y garantía de equidad entre los ciudadanos³⁶”.

De esta manera, tendríamos un mecanismo que permitiría el flujo económico procedente de estas aportaciones, compensando a las CCAA que resultaran deficitarias por disponer de un gran número de farmacias esenciales.

35

<http://www.lamoncloa.gob.es/ServiciosdePrensa/NotasPrensa/MinisterioSanidadServiciosSocialesIgualdad/2012/270312-mato.htm>

36 <http://www.msssi.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2404>

6.2 CREACIÓN DE UN FONDO DE COMPENSACIÓN A FAVOR DE LAS OFICINAS DE FARMACIA ESENCIALES

Como hemos observado en el punto 5 de este informe, diferentes países, con independencia del modelo de atención farmacéutica vigente en el mismo, establecen mecanismos compensatorios en aras de garantizar una adecuada distribución del servicio.

Estos mecanismos establecen en muchos casos una media de las facturaciones de todas las farmacias para fijar la cuantía de las aportaciones, bien en base a esta media, bien en base al superávit sobre esta media.

El más reciente de todos estos mecanismos ha sido el Fondo de Solidaridad Nacional italiano creado por el primer ministro D. Mario Monti del que hemos hablado en el capítulo destinado al abordaje de este tipo de situaciones en otros países.

En él hemos visto que este fondo se nutre de una tasa a las farmacias urbanas con destino finalista a las farmacias ubicadas en poblaciones de menos de 1000 habitantes, garantizando al mismo tiempo unos ingresos netos mínimos para estos farmacéuticos rurales.

Por ello, en línea con la propuesta primera, **se propone la creación de un fondo de compensación con destino final al sostenimiento del modelo capilar, es decir, a las farmacias esenciales**, recibiendo cada una de éstas la cuantía suficiente y necesaria que les permita obtener unos ingresos netos iguales a los de un farmacéutico de atención primaria.

Para el cálculo individualizado de la cuantía de cada farmacia esencial seguiría siendo válida la misma fórmula expuesta en el apartado 6.1.

7. RECOMENDACIONES

Si algo tenemos claro a estas alturas es que la regulación y las condiciones actuales de retribución han resultado decisivas a la hora de generar una enorme disparidad en la tipología de las oficinas de farmacia por mera cuestión de ubicación de las mismas.

Aceptar esta diferente tipología nos ha de llevar al convencimiento de la **necesidad de articular mecanismos individualizados que respondan a las particulares características de cada grupo**, lo que a priori descarta el planteamiento de soluciones globales que difícilmente podrán resolver este puzle que complica el equilibrio y la propia estabilidad del modelo de atención farmacéutica universal.

La visión generalizada, estandarizada y estereotipada del conjunto de oficinas de farmacia ha llevado a la Administración a aplicar medidas de contención de gasto de forma lineal y no proporcional³⁷, dañando aún más la maltrecha economía de las farmacias más desfavorecidas y poniendo en peligro el servicio que éstas prestan.

Sería pues **urgente discernir de entre el conjunto de oficinas de farmacia instaladas en el país, cuáles resultan esenciales** para garantizar la máxima capilaridad en el servicio y habilitar una solución específica que haga viable su existencia y por ende la del propio servicio.

Tras un enorme trabajo de documentación, este modesto informe, realizado gracias al esfuerzo de una serie de compañeros/as, viene a presentar como principales candidatas a su calificación como esenciales a las farmacias rurales ubicadas en pequeñas poblaciones.

En base a lo anterior, **se propone para estas farmacias esenciales una concertación independiente y voluntaria que responda a sus particulares características.**

Aunque hayamos dedicado gran parte de este trabajo al tratamiento de la situación económica, esta propuesta de concertación independiente presenta dos componentes de igual importancia: Uno económico y otro profesional, ya que al igual que buscamos unos ingresos acordes a nuestra capacitación, apostamos por la excelencia en el servicio ofrecido a la población.

³⁷ Nota de Prensa de la SEFAR tras la publicación de los RDL 04/2010 y 08/2010 http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/06/NP_SEFAR_CON_MOTIVO_DE_LAS_MEDIDAS-DEL-MINISTERIO.pdf

Por ello entendemos que aunque el problema económico es imperioso y urge resolverlo, se habría de **trabajar de forma paralela a esta solución económica en la creación de un plan de servicios que sustituyera de forma paulatina la percepción económica pura y dura que estas farmacias obtendrían**, avanzando hacia una tarificación de los servicios que la Administración y la propia población atendida entendieran de interés mediante la evaluación del impacto en salud de la implantación de los mismos y el ahorro que pudiera generar en otras partidas de gasto.

Para garantizar esta transición, se habría de **incluir una cláusula que obligara al/la firmante al posterior desarrollo de estos servicios**, quedando de esta forma cubierta y asegurada un amplia y extensa oferta de servicios accesibles a la gran mayoría de la población, y viables desde un punto de vista económico.

A pesar de nuestra corta vida, desde SEFAR venimos trabajando en una serie de proyectos cuya extrapolación a la actividad laboral diaria de estos/as profesionales podría servirnos como base en el planteamiento de esta futura cartera.

A prácticas comunes como el seguimiento farmacoterapéutico, hemos añadido experiencias, algunas de ellas claramente innovadoras, sobre: telemedicina³⁸, investigación sobre uso racional de medicamentos³⁹, formación sanitaria y fomento de la participación ciudadana con un marcado objetivo en la mejora de su salud⁴⁰.

El desarrollo e implementación global de los mismos ofrecería muy seguramente un impacto en salud altamente positivo sobre la población atendida, además de generar ahorros en otras partidas de gasto como transporte, asistencia especializada, disminución de listas de espera,...

Somos conscientes de lo arriesgado y ambicioso de esta apuesta, pero la extrema y delicada situación de estas farmacias esenciales exige de imaginación y valor en las propuestas, y hasta la fecha no hemos apreciado ninguno de estos valores en alguna de las que, en escaso número, han surgido desde el seno de la profesión.

³⁸ Proyecto Piloto de Introducción de Técnicas de e-Diagnóstico en oficinas de farmacia rurales <http://www.sefar.org.es/sobre-sefar/proyectos/proyecto-de-introduccion-de-tecnicas-de-e-diagnostico-en-of-rurales/>

³⁹ Uso de fármacos de sales de hierro en el medio rural <http://www.sefar.org.es/sobre-sefar/proyectos/proyecto-de-introduccion-de-tecnicas-de-e-diagnostico-en-of-rurales/>

⁴⁰ Curso de Extensión Universitaria de la Universidad de Sevilla, Salud y Comunidad Rural (I Edición) http://www.cfp.us.es/web/ficha_avanzada.asp?basica=0&id_titulo=371&tipo=EUX&termino=&np=

Por realizar un breve resumen de las mismas, parece cada día más claro que la orientación de éstas va en la línea de la elaboración de carteras de servicios que sean sufragadas por el paciente, aumentar la gestión en la oficina de farmacia y la aplicación de técnicas de marketing ó ventas cruzadas para incrementar los ingresos provenientes de productos de parafarmacia,...

Lejos de criticar estas propuestas, muy probablemente de utilidad para muchas oficinas de farmacia, resultan claramente inútiles e inviables en los entornos a los que nos estamos refiriendo, con población de edad avanzada y escasos recursos económicos, y con una optimización en la gestión llevada al límite por la propia situación económica de sus titulares.

Nuestra orientación se aleja de planteamientos de mercado y se centra única y exclusivamente en nuestro desarrollo como agentes de salud a disposición de nuestros/as pacientes, pero para ello necesitamos del concurso de la propia Administración.

Sería tremendamente inconsciente por nuestra parte pedir que la Administración realice dispendios adicionales en un entorno de crisis económica como el que está padeciendo y soportando el conjunto del país. Pero dicho esto, en un entorno como el actual, la Administración ha de saber priorizar lo imprescindible sobre lo superfluo, de buscar la eficiencia en los medios que ponga a disposición de los/as ciudadanos/as, por ello entendemos que tiene la obligación de utilizar las armas a su disposición para garantizar el mejor servicio al menor coste posible.

Por ello confiamos que las personas e instituciones con capacidad de decisión atiendan los argumentos plasmados en este documento, ó al menos les sean de utilidad a título orientativo, a sabida cuenta de la necesidad de actuar sobre un problema aparcado desde hace demasiado tiempo, y de que existen mecanismos, como los aquí expuestos, para darles solución a la par que garantizamos la viabilidad, continuidad y mejora de un servicio elogiado por todos.

Como sociedad científico-profesional del medio rural, hemos trabajado, trabajamos y seguiremos haciéndolo para buscar y plantear soluciones específicas para las farmacias esenciales que tengan cabida y encaje en el actual Modelo regulado de prestación farmacéutica.

Nuestra única ambición es la búsqueda de la viabilidad del servicio, de los ciudadanos que lo reciben y de los propios prestatarios del mismo en respuesta a la obligación y el compromiso contraído con el entorno donde ejercemos como profesionales y por supuesto con el conjunto de nuestros/as compañeros/as a los que tenemos el inmenso honor de representar.

8. ANEXOS

8.1 CUADRO DE GASTOS

GASTOS FIJOS FARMACIA AÑO 2011

TABLA RESUMEN CON VALORES MEDIOS - 14 Oficinas de Farmacia Esenciales (FE) analizadas							Cifras objetivo para la OF FE	
CONCEPTO	1º TRIMESTRE	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE	4º TRIMESTRE	TOTAL AÑO	MEDIA MENSUAL	TOTAL AÑO	Media mensual
AUTONOMO	881,16 €	887,08 €	887,08 €	887,08 €	3.482,39 €	288,53 €	7.178,00 €	598,00 €
CUOTAS COLEGIALES	328,98 €	323,51 €	320,85 €	322,12 €	1.293,44 €	107,79 €	1.293,44 €	107,79 €
TELEFONO FIJO-ADSL	174,73 €	222,27 €	188,49 €	181,02 €	764,50 €	63,71 €	764,50 €	63,71 €
TELEFONO MOVIL	135,53 €	143,28 €	133,81 €	137,38 €	549,99 €	45,83 €	549,99 €	45,83 €
SUMINISTROS (Agua, luz, basuras, alcantarillado...)	225,55 €	188,98 €	185,27 €	204,77 €	804,54 €	67,05 €	804,54 €	67,05 €
CALEFACCIÓN	805,14 €	94,47 €	31,53 €	129,28 €	860,42 €	71,70 €	860,42 €	71,70 €
GASÓIL o GASOLINA (Desplazamiento a botiquines)	400,79 €	295,71 €	295,71 €	402,21 €	1.394,43 €	116,20 €	1.394,43 €	116,20 €
EQUIPO INFORMÁTICO (Hardware y software)	148,80 €	148,80 €	148,80 €	148,80 €	587,20 €	48,93 €	587,20 €	48,93 €
SEGUROS (Farmacia)	105,03 €	105,03 €	105,03 €	105,03 €	420,11 €	35,01 €	420,11 €	35,01 €
SERVICIOS EXTERNOS (Gestoría, asesoría, limpieza, alarma, gastos facturación...)	190,28 €	198,35 €	187,31 €	187,31 €	763,23 €	63,80 €	1.000,00 €	83,33 €
MATERIAL DE OFICINA de FARMACIA (Consumibles, batas, placas, libros...)	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	120,00 €	10,00 €	600,00 €	50,00 €
SUBTOTAL GASTOS	3.201,93 €	2.815,45 €	2.489,87 €	2.713,00 €	11.020,25 €	918,35 €	15.450,83 €	1.287,55 €
ALQUILER LOCAL	708,34 €	708,34 €	708,34 €	708,34 €	2.833,35 €	236,11 €	2.833,35 €	236,11 €
PERSONAL A CARGO	600,00 €	600,00 €	600,00 €	600,00 €	2.400,00 €	200,00 €	12.000,00 €	1.000,00 €
AMORTIZACIONES (Equipos, mobiliario, reparaciones...)	197,14 €	204,29 €	204,29 €	204,29 €	810,00 €	67,50 €	2.400,00 €	200,00 €
VARIOS	287,29 €	282,29 €	281,77 €	283,16 €	1.074,51 €	89,54 €	1.074,51 €	89,54 €
TOTAL GASTOS	4.974,70 €	4.410,37 €	4.264,26 €	4.488,78 €	18.138,12 €	1.511,51 €	33.758,50 €	2.813,21 €

8.2 Beneficio Bruto de una farmacia esencial descontando gastos fijos derivados de su actividad y aportando fondos derivados del RDL 16/2012 y su margen oficial bruto

	Facturación mensual al SNS (euros)	Margen oficial (27.9%)	RDL 16/2012 (en euros)	TOTAL (en euros) Margen mas aport. RDL 16/2012	Deducciones RDL 8/2010 (en euros)	BENEFICIO BRUTO DE UNA FARMACIA (en euros) (GASTOS 1511.11 €/mes)
GRUPO I	De 0 a 2033.34	De 0 a 567.3	De 833 a 785	De 833 a 1.352,3	De 0 a 42,70	De -678,51 a -201,91
GRUPO II	De 2033.35 a 4250	De 567.3 a 1185.75	De 78 a 618.75	De 1.352,3 a 1805,5	De 42,70 a 89,25	De -201,91 a 204,74
GRUPO III	De 4250.01 a 7000	De 1185.76 a 1953	De 618.75 a 412.5	De 1.805,5 a 2.365,5	De 89,25 a 147	De 204,74 a 706,99
GRUPO IV	De 7000.01 a 8750	De 1953.01 a 2441.25	De 412.5 a 281.25	De 2.365,5 a 2738.50	De 147 a 183,75	De 706,99 a 1.043,24
GRUPO V	De 8750.01 a 12500	De 2441.26 a 3487.5	De 281.25 a 0	De 2722.50 a 3.487,5	De 183,75 a 262,5	De 1.043,24 a 1.713,49

9. BIBLIOGRAFÍA. Recursos en la red

- **Datos de Gasto Farmacéutico a través de receta oficial del Sistema Nacional de Salud (SNS).** Web del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2011.htm>
- **Retrato Sentimental.** Autor: Francisco González Lara. 30 Noviembre 2008
- BOE nº 37 pág. 889. **Decreto de 24 de Enero de 1941 por el que se reglamenta el establecimiento de nuevas farmacias**
<http://www.plafarma.org/documentos/decreto%20franco%201941.pdf>
- **Conclusiones del Abogado General Sr. D. Luis Miguel Poiares Pessoa Maduro** presentadas el 30 de Septiembre de 2009 ante la petición de Prejudicial planteada por el Tribunal Superior de Justicia de Asturias al Tribunal de Justicia de las Comunidades Europeas
<http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/07/Conclusiones-Poiares-Maduro-2.pdf>
- **Sentencia de 13 de mayo de 2003, Müller-Fauré y van Riet** (C-385/99, Rec. p. I-4509), apartado 73
- **Informe** realizado por la firma **ECORYS Netherland BV** a petición de la Comisión Europea, Dirección General de Mercado Interno y Servicios. 22 de Junio de 2007
- **Nota de Prensa de la SEFAR.** 10 de Septiembre de 2012. http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/06/Comunicado_10_09_2012.pdf.
- **Análisis Práctico de la Aplicación del RDL 16/2012 en la Pequeña Farmacia Rural española.** Departamento de Documentación de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR).
http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2012/05/Revisi%C3%B3n_aplicaci%C3%B3n_-RD16_20121.pdf
- **Datos de evolución del gasto farmacéutico**
<http://www.lamoncloa.gob.es/NR/rdonlyres/156CDA67-16A9-4ED6-8DC8-6AB49B74E8C4/210383/Evolucindelgasto.pdf>
- **Ministerio de Sanidad, Seguridad Social e Igualdad.** Notas de Prensa
<http://www.msc.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2562>
- **Acta Sanitaria:** http://www.actasanitaria.com/fileset/file_informe_IMS_90788.pdf

- **Real Decreto 1888/2011, de 30 de diciembre**
<http://www.boe.es/boe/dias/2011/12/31/pdfs/BOE-A-2011-20645.pdf>
- **Regio Decreto 27 luglio 1934.** Approvazione del testo unico delle leggi sanitarie. Publicado nella Gazzetta Ufficiale 9 agosto 1934.
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/renderNormsanPdf.spring?codLeg=23973&parte=1&serie=&anno=0>
- **Senato della Repubblica, IV Legislatura, 11ª Commissione 5 Luglio 1967.** Página 2. El Senador Perrino defiende la Provvidenze a favore dei farmacisti rurali
<http://www.senato.it/service/PDF/PDFServer/DF/266314.pdf>
- **Decreto legge** adottato en riunione del Consiglio dei Ministri. **20 de geniano de 2012.**
<http://www.governo.it/backoffice/allegati/66305-7344.pdf>
- **Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro per i dipendenti da farmacia privata.** Testo Ufficiale. ROMA, 26 maggio 2009.
<http://www.ordinefarmacistiavellino.it/Documenti/20072236-pdf.pdf>
- **Australia Government. Department of Human Services.**
<http://www.medicareaustralia.gov.au/provider/pbs/fourth-agreement/rpma.jsp>
- **Pharmacy ARIA ó PhARIA** <http://www.spatialonline.com.au/pharmpub/default.aspx>
- **Revista del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos (CGCOF).** Farmacéuticos nº 359
- **Tablas salariales de la Generalitat Valenciana**
http://www.san.gva.es/cas/prof/selecpers/pdf/tablasretrib2011/02_2011.pdf
- **Nota de Prensa de la SEFAR** tras la publicación de los RDL 04/2010 y 08/2010
http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/06/NP_SEFAR_CON_MOTIVO_DE_LAS_MEDIDAS-DEL-MINISTERIO.pdf
- **Proyecto Piloto de Introducción de Técnicas de e-Diagnóstico en oficinas de farmacia rurales**
<http://www.sefar.org.es/sobre-sefar/proyectos/proyecto-de-introduccion-de-tecnicas-de-e-diagnostico-en-of-rurales/>

- **Uso de fármacos de sales de hierro en el medio rural**
<http://www.sefar.org.es/sobre-sefar/proyectos/proyecto-de-introduccion-de-tecnicas-de-e-diagnostico-en-of-rurales/>
- **Curso de Extensión Universitaria de la Universidad de Sevilla, Salud y Comunidad Rural (I Edición)**
http://www.cfp.us.es/web/ficha_avanzada.asp?basica=0&id_titulo=371&tipo=EUX&termino=&np=

Sociedad Española de Farmacia Rural, SEFAR

C/ Villanueva, 11

28001-MADRID

“Aquí está nuestra sede pero, ... no nos busques allí. Nos encontrarás diariamente en nuestro entorno de trabajo, junto a nuestros/as pacientes, y también en redes sociales, junto a la gente”

Email: hablaconsefar@sefar.org.es

Web: <http://www.sefar.org.es/>

Blog: <http://www.farmaceticosrurales.blogspot.com/>

Twitter: @Sefarorg

Página de Facebook: <http://es-es.facebook.com/pages/SEFAR-Sociedad-Espa%C3%B1ola-de-Farmacia-Rural/192149364151938>

Slideshare: <http://www.slideshare.net/SEFAR10>

Tfnos e Email de Contacto:

Francisco Guardia. Director del Departamento de Documentación: guardarielves@gmail.com

Francisco Javier Guerrero García. Presidente: fjguerrerogarcia@gmail.com

Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)
Departamento de Documentación

