

RDL 9/2011. La vía que permitiría equilibrar el Modelo español de farmacia

Estudio sobre el Impacto de su aplicación
en la Oficina de Farmacia

Enero 2016



RDL 9/2011. La vía que permitiría equilibrar el Modelo español de farmacia

Estudio sobre el Impacto de su aplicación
en la Oficina de Farmacia

Autor: Francisco Javier Guerrero García

Enero de 2016

Diseño Cubierta: Francisco Javier Guerrero García

Edita: Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)

Autor: Francisco Javier Guerrero García

ISBN: 978-84-608-5350-3

Índice

1	Introducción	7
2	Historia del RDL 09/2011	9
2.1	RDL 08/2010	10
2.2	El RDL 09/2011	11
3	Aspectos Económicos	19
3.1	Lo que cada Administración está aportando	19
3.2	Impacto de esta medida en el conjunto del Gasto Farmacéutico	20
3.3	Cuántas Oficinas de Farmacia "se benefician" de esta medida y cuánto están percibiendo	22
3.4	Incidencia de estas percepciones en las farmacias beneficiarias	24
4	Conclusiones	27
5	Recomendaciones	31
6	Acrónimos usados en el Texto	33
7	Referencias Bibliográficas	35
8	ANEXOS	41
8.1	Anexo I. Nº de Oficinas de Farmacia y Aportaciones realizadas por cada Administración autonómica	41
8.2	ANEXO II: Porcentaje destinado al RDL 09/2011 respecto al Gasto Farmacéutico Total por CCAA	42

1 Introducción

El Decreto Ley (DL) ó Real Decreto Ley (RDL) es una norma con fuerza de Ley, emanada del Gobierno en el ejercicio de una facultad originaria que le es otorgada directamente por la Constitución (art. 86)...”¹.

Su empleo, de tradicional carácter excepcional, se circunscribe a circunstancias especiales cuya urgencia precisa de la publicación inmediata de disposiciones con rango de Ley, ó lo que es lo mismo, circunstancias de “*extraordinaria y urgente necesidad*”.

La figura del RDL cobró relevancia tras el inicio de la crisis económica, la cual ha resultado útil a la hora de justificar muchas cosas, entre ellas, un modo de legislar empleado por las mayorías gobernantes para saltarse el debate parlamentario, y que ha servido para *colar*, por la vía de la imperiosa necesidad, reformas de verdadero calado a nivel social y sanitario.

En el caso del sector del medicamento, y más particularmente en el de la oficina de farmacia, muchos de ellos nos son conocidos: algunos anteriores a la crisis (RD 05/2000, RD 823/2008,...), y otros contemporáneos con la misma (RDL 04/2010, RDL 08/2010, RDL 09/2011, RDL 16/2012,...), porque inciden en lo que se ha denominado como *optimización del gasto*, y por tanto nos toca de lleno.

Como ciudadano y farmacéutico de a pie me interesa la política, y ya hace algunos años, con mayor ó menor acierto, decidí ser parte activa de lo que nos depara el futuro a nivel profesional. Unos lo llaman: *jugar a otras cosas*, modestamente hablando creo que mi actuación, y la de otros compañeros, se sitúa en el terreno del ejercicio de la *participación ciudadana* ó incluso podría formar parte de lo que algunos teóricos denominan *oportunidad política*² –no confundamos con oportunismo político-. En cualquier caso, es un aspecto que toca de lleno a las condiciones laborales de muchos compañeros desperdigados por toda la geografía de este país y por extensión al servicio ó asistencia farmacéutica que muchas personas del ámbito rural disfrutaban ahora y que espero y deseo puedan seguir disfrutando.

¹ **Introducción al Derecho UCLM**

<https://www.uclm.es/profesorado/mcgonzalez/pdf/IntroduccionDerecho/tema1.pdf>

² **Para más información sobre este concepto, léase la Teoría de la Oportunidad Política de Sydney Tarrow**

Con independencia de la opinión de cada cual, lo que sí es cierto es que me ha tocado coincidir en el ejercicio de este derecho con la creación y puesta en marcha del RDL 09/2011, motivo que puede ofrecerme sobre este asunto un cierto conocimiento que ahora pretendo compartir añadiendo algo tan importante como datos e información sobre un mecanismo que, pese a la discrepancia que genera su cuantía -la cual intentaré dirimir igualmente en este documento-, y la tardanza mostrada por las Administraciones autonómicas en su desarrollo e implantación, establece por primera vez un reconocimiento, a la vez que una forma distinta de retribuir a un determinado grupo de farmacias.

En definitiva, un asunto interesante, como interesante espero que resulte la lectura de estas páginas escritas desde el pueblo más pequeño de la provincia de Sevilla...

Francisco Javier Guerrero García

Farmacéutico en El Madroño (SEVILLA)

Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR)

2 Historia del RDL 09/2011

Pese a no dedicarme a la política como tal, he de confesar que la sigo con interés, y en mi calidad de observador estimo que el partido mayoritario en el Gobierno, como no puede ser de otra manera, impregna de su núcleo programático al conjunto de medidas que constituyen su acción de Gobierno. Dicho esto, a lo largo del mandato que emana de las urnas surgen ocasiones u oportunidades en forma de problemas a los que un gobernante debe ofrecer respuesta, y del que, por qué no decirlo, también entiende éste, de forma legítima, que puede obtener rédito político.

El RDL 09/2011, como todo RDL, surge de una situación de urgencia económica que demandaba medidas de recorte adicionales a las ya puestas en marcha, pero a su vez se produce en un momento en el que el PSOE (el partido en el Gobierno de la nación) se ha visto obligado por Europa a realizar duros ajustes contrarios a su propia filosofía.

Todos recordaremos medidas tan impopulares como el incremento del IVA ó la reducción del 10% en las plazas de empleo público. Como me comentó un alto cargo del Ministerio de Sanidad en el transcurso de una conversación, todas esas medidas tuvieron una gran reacción a nivel social, salvo las que afectaron a la oficina de farmacia, por ello, sólo los farmacéuticos recordaremos el *Real Decreto-Ley 4/2010³, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud* y convalidado en el Congreso de los Diputados el 14 de Abril por 317 votos a favor, ninguno en contra y ninguna abstención⁴.

En este RDL 04/2010 se incluían medidas como:

- La reducción del precio de los medicamentos genéricos hasta en un 30% situando como PVP mínimo 3,12 euros
- La limitación de descuentos por pronto pago ó volumen de ventas al 5% para las marcas y el 10% en el caso de los genéricos
- La reducción del 30% del PVP de un medicamento que no disponga de genérico en Europa transcurridos los preceptivos 10 años de patente

³ **Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud** <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>

⁴ **Archivo del Congreso de los Diputados. Sesión 145. Votación 2. 14 de Abril de 2010** <http://www.congreso.es/votoplenoh/L9/20100414001.pdf>

- La revisión de las aportaciones de los laboratorios al Sistema (Plan Profarma⁵)
- También incluía alguna concesión al sector como el incremento del tope mensual de facturación a 37500 euros/mes, por debajo del cual no se detrae cantidad alguna conforme al RD 823/2008 de 16 de Mayo, pero incrementando las aportaciones para las facturaciones mayores hasta un máximo del 20% para las que lo hagan por encima de 600.000 euros/año.
- Por último, se incrementan y escalan en tres tramos los márgenes fijos de la dispensación de medicamentos cuyo PVL sea superior a 91,63 euros, hasta llegar, dependiendo de cuál sea éste, hasta los 48,37 euros como cuantía máxima para PVL superiores a 500 euros.

2.1 RDL 08/2010

Tras este RDL, llegó el RDL 08/2010⁶ que introducía la creación de un descuento a aplicar en todo el canal del medicamento, de forma que los laboratorios debían realizar un 7,5% de descuento sobre el precio industrial máximo, la distribución otro 7,5% sobre su precio de venta y las farmacias otro 7,5% sobre su PVP, siendo de facto ésta última la que abonaba el total y quedaba a la espera de cobrar la parte de industria y distribución, una vez demostrada su facturación al SNS.

Un mecanismo complejo y ciertamente opaco en su aplicación, como quedó demostrado tras una demanda presentada por la Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles (FEFE)⁷, tras la cual los tribunales declararon recientemente como incorrecto el procedimiento empleado al proceder según las instrucciones recogidas en unas cartas remitidas desde la Dirección General de Farmacia, las cuales, en sí mismas, no podían constituir más que meras indicaciones y no un desarrollo reglamentario válido.

⁵ **Zabala Innovation Consulting** <http://www.zabala.es/es/noticias/plan-profarma-evolucion-o-revolucion>

⁶ **RDL 08/2010** <https://www.boe.es/boe/dias/2010/05/24/pdfs/BOE-A-2010-8228.pdf>

⁷ **Artículo de prensa publicado en Diariofarma** <http://www.diariofarma.com/2015/07/10/fefe-duda-de-que-laboratorios-y-distribucion-hayan-aporado-su-parte-de-los-descuentos-del-rdl-82010>

También se incluye en este RDL 08/2010, la imposición de un descuento del 20% sobre los absorbentes de incontinencia de orina, etc, etc,...

2.2 El RDL 09/2011

El RDL 09/2011⁸ se publica en el BOE el sábado, 20 de Agosto de 2011, y en el mismo se incluye la medida principal objeto de este trabajo, un incremento de los márgenes para oficinas de farmacia que cumplan una serie de condiciones, entre ellas, tener unas ventas totales inferiores a 200.000 euros/año y estar ubicadas en el medio rural y/o entornos marginales. Así, una vez aprobado, y en función de sus ventas mensuales, cada oficina de farmacia verá incrementada su facturación en una cuantía que oscila entre 0 y 833,33 euros, en un mecanismo progresivo basado en la siguiente escala:

Diferencial		Porcentaje	Fijo
De	a		
0,01	2.750,00	7,25%	
2.750,01	5.500,00	7,75%	199,38
5.500,01	8.250,00	8,25%	412,50
8.250,01	10.466,66	8,75%	639,37
10.466,67	12.500,00		833,33

Pero soy de los que piensan que las cosas no pasan por casualidad, y por eso, para llegar hasta aquí, hay que contemplar dos escenarios que tenían lugar en esas fechas:

1. El 2011 es un **año electoral** donde ha de dirimirse quién toma las riendas de Ayuntamientos, CCAA (salvo Andalucía, Cataluña, Galicia y País Vasco) y el país.
2. En Andalucía, la consejería de Sanidad, liderada por María Jesús Montero Cuadrado, pretende avanzar en la *línea de eficiencia* iniciada con la prescripción por principio activo para crear lo que se ha denominado de forma coloquial como **Subastas de medicamentos**.

Respecto al primero de los puntos, el caldo de cultivo generado tras las impopulares medidas tomadas desde el partido gobernante (PSOE), que le

⁸ RDL 09/2011 <http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf>

obliga a cruzar muchas *líneas rojas* contrarias a su propia ideología, se traducen en los resultados del Domingo 22 de mayo, confirmando todos los augurios y tiñendo el mapa electoral de azul.

El PSOE pierde feudos tradicionales como Extremadura ó Castilla-La Mancha, y es en ésta última donde va a producirse una situación, anómala hasta entonces por el amplio espacio temporal en el que transcurre. Me refiero a los impagos a las oficinas de farmacia.

Al poco de su llegada al poder, el PP acusaba al Gobierno saliente de dejar los *cajones llenos de facturas sin pagar*, y ante la falta de liquidez toma la decisión de dejar de pagar a las oficinas de farmacia de esta CCAA⁹, argumentando que la partida destinada al efecto estaba liquidada desde Mayo.

A nadie escapa que una situación de impago resulta desastrosa para cualquier sector empresarial, pero en el caso de la comunidad castellanomanchega se da la particularidad de presentar una tipología de farmacia eminentemente rural, con un alto porcentaje de ellas que presentan escasos ingresos, y teniendo estos, además, una alta dependencia de la receta, por lo que esta decisión no hace más que encender la mecha de un conflicto que salta a la palestra de medios de comunicación, incluso de fuera de nuestras fronteras¹⁰.

Anteriormente a esta coyuntura política, y de forma previa en el tiempo a estas elecciones, en Andalucía, el CACOF y la Consejería de Sanidad se encuentran en negociaciones para implantar una licitación pública de medicamentos, también denominada de forma coloquial como *Subasta de Fármacos*.

Con esta medida la Junta de Andalucía pretendía obtener un ahorro extra que le permitiese *cuadrar las cuentas*, así como cumplir las cada vez más elevadas exigencias del Gobierno central, el cual, a su vez, tenía que cumplir objetivos de déficit impuestos desde la CEE.

El contenido de estas negociaciones llega al colegiado de a pie, e incluso se somete a Asamblea el último borrador de acuerdo conocido¹¹, siendo

⁹<http://www.abc.es/20110826/toledo/abcp-junta-podra-pagar-farmaceuticos-20110826.html>

¹⁰ THE ECONOMIST Fat-trimming needed <http://www.economist.com/node/21529082>

¹¹ **Borrador de documento de acuerdo**

https://drive.google.com/file/d/16FS2KbcmEOk7CdCw8Jli1MYMdr_f84X7uEmoezPaNFF-MC3LMCuQZDoTPOAU/view

rechazado de forma mayoritaria en todas las provincias, a excepción de Cádiz, donde era presidente Felipe Trigo, a la sazón, también vicepresidente del CGCOF. A partir de este momento todo se enquistó, llegando el SAS a denunciar el Convenio suscrito con el CACOF¹² el 10 de Mayo, pasando a advertir, además:

1. Que los acuerdos tácitos mediante los cuales se estaba permitiendo dispensar cualquier medicamento, aunque éste sobrepasara el precio menor, y de los cuales el SAS abonaba exclusivamente este precio menor cesaban en su aplicación
2. A continuación procedía a comenzar a devolver las recetas afectadas por esta circunstancia.

Un par de meses después, con las negociaciones rotas y el convenio prorrogado según Ley hasta el 10 de Julio, la consejera M^a Jesús Montero presenta el lunes día 11 el Borrador de Decreto¹³ que regulará las subastas y en el que promete en una Disposición Adicional única destinar el 10% del ahorro obtenido a un fondo de ayuda para las farmacias rurales andaluzas ubicadas en municipios de menos de 1000 habitantes¹⁴, anuncio que encabeza la noticia en la propia web del SAS. Al término de este anuncio público, Manuel Arenas, entonces presidente del CACOF, firmó en representación de los farmacéuticos andaluces el convenio que el SAS le puso por delante.

Esta concatenación de sucesos sitúa a la farmacia rural en las cabeceras de los rotativos generalistas, saltando a los propios medios tradicionales del sector y ofreciendo una dimensión pública a su situación.

Con un cierre histórico en 35 años de democracia, el 11 de Agosto de 2011, tras dos meses y medio de impagos, el 80% de las oficinas de farmacia de

¹² **Denuncia del Convenio SAS-CACOF** http://issuu.com/javierrural/docs/denuncia_conveniosas

¹³ **Noticia publicada en la web de la Consejería de Salud**
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Noticias/2011/07/dia11/Noticia16317?perfil=ciud&desplegar=&idioma=es&tema=/temas_es/&contenido=/sites/csalud/contenidos/Noticias/2011/07/dia11/Noticia16317

¹⁴ **Proyecto de Decreto de Medidas Urgentes sobre Prestación Farmacéutica del Sistema Sanitario Público de Andalucía**
<http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/Video/audio/proyectedecretofarmacia.pdf>

Castilla-La Mancha cierran sus puertas¹⁵ a pesar de las amenazas de cuantiosas sanciones vertidas desde el Gobierno de esta CCAA.

Finalmente, el viernes 19 de Agosto de 2011, el Consejo de Ministros¹⁶ aprueba una reforma para reducir el Gasto Farmacéutico a la que se añade, por primera vez, “...un sistema de ayudas a las farmacias pequeñas ubicadas en zonas rurales y deprimidas, con pequeños volúmenes de ventas.” Una medida con la que el Gobierno trataba de “...asegurar la viabilidad de la prestación del servicio público”, y mediante la cual se pasa a “...compensar el desarrollo de servicios farmacéuticos a la población de estas zonas con una cuantía de hasta un máximo de ochocientos euros mensuales”.

Este anuncio cristaliza con la publicación al día siguiente en el BOE del RDL 09/2011, quedando recogida la entrada en vigor de la medida compensatoria al 01 de Enero de 2012, como refleja el punto 2 de la Disposición Final Cuarta.

Una vez aprobado este mecanismo mediante una norma de rango superior como es el RDL, todos esperábamos que se cumpliera en tiempo y forma pero, lamentablemente, hemos podido comprobar la arbitrariedad y laxitud con la que muchas de las CCAA se han tomado la implementación de la medida, a lo cual, sin duda alguna, ha acompañado la inacción del órgano superior, el propio Ministerio de Sanidad, llamado a ser el coordinador de la política sanitaria estatal. En el caso de las primeras, por conversaciones que he tenido la ocasión de poder mantener con algunas de ellas, esta medida se ha considerado un incremento de gasto, impuesto además por el Ministerio, ó dicho de otra forma: *tú haces la norma y yo la pago*, como me indicó un consejero de sanidad de una Administración autonómica. En el caso del segundo, todo refleja la falta de interés con la que se ha llevado este asunto a nivel Ministerial y también, por qué no decirlo, el fracaso del trabajo del CGCOF, en el caso de que haya tratado este asunto más allá de su interés en conseguir eliminar el criterio de la ubicación de la oficina de farmacia para dejarlo en una cuestión meramente económica, objetivo logrado tras la publicación del RDL 16/2012.

Personalmente atribuyo la tardanza en la implementación de esta medida a dos factores: la consideración por parte de las CCAA de que esta medida supone un incremento de gasto, impuesto además desde el Ministerio

¹⁵ **Noticia publicada en El Periódico de Aragón**

http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/cierre-masivo-farmacias-impago-castilla-la-mancha_693513.html

¹⁶ **Transcripción de la Rueda de Prensa posterior al Consejo de Ministros del 19/08/2011**

<http://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/ruedas/paginas/2011/cmnp20110819.aspx>

(expuesto anteriormente), y otro aspecto, que se sitúa a nivel semántico y que no es otro que considerar el procedimiento como un mecanismo de ayudas.

Este aspecto, aparentemente nimio, presenta importancia porque la concesión de ayudas conlleva una serie de controles más estrictos que se han visto agravados por el endurecimiento en los procedimientos de control de la intervención, lo cual ha influido en la devolución desde los Departamentos de Hacienda de algunas de estas normas elaboradas en Sanidad.

El mecanismo aprobado en el RDL 09/2011 actúa incrementando los márgenes de un determinado tipo de oficinas de farmacia, y aunque ha necesitado de un desarrollo normativo a nivel autonómico, incide sobre el RD 823/2008, el cual ha sido modificado en varias ocasiones, siendo cada una de estas modificaciones de aplicación inmediata, claro que todas ellas actuaban en la parte recaudatoria de la Administración, no como en este caso en la que le tocaba pagar a ella, aunque fuese devolviendo parte de lo que antes había percibido del sector.

Por tanto, entiendo que si hubiésemos llamado a las cosas por su nombre, evitando utilizar el término ayudas para tratarlo como lo que son realmente, incrementos en los márgenes, el mecanismo habría comenzado antes a funcionar, ya que la única forma de no pagarlo sería dejando de pagar la factura farmacéutica.

Pero dejando a un lado las cuestiones semánticas, y volviendo a la disparidad en la aplicación del mecanismo, convendría citar algunas que entiendo puedan ser más relevantes.

Castilla-La Mancha¹⁷, a la que esta medida le vino de *perlas* para intentar lavar su deteriorada imagen tras seis meses de impagos, y la gran desconocida, Murcia, se disputaron la honrilla de ser las primeras en poner en marcha este mecanismo. En el caso de ésta última cabría reseñar que sólo declara tener una única oficina de farmacia en esta situación, y al mismo tiempo la califica como "farmacia singular"¹⁸, algo que, si me lo permiten, resulta mucho más hermoso y significativo que el acrónimo VEC.

¹⁷ **Decreto 306/2011, de 22/12/2011**

http://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2011/12/26/pdf/2011_18374.pdf&ti po=rutaDocm

¹⁸ **CIRCULAR 1/2011, de 27 de diciembre de 2011, por la que se regula el procedimiento de declaración anual de oficina de farmacia singular en la Región de Murcia**

[http://www.cofrm.com/web/Noticias.nsf/44943c3d3fa3d52ac1256b59003b3187/f22f367be74d1b3fc1257983003151ea/\\$FILE/Farmacia%20Singular.pdf](http://www.cofrm.com/web/Noticias.nsf/44943c3d3fa3d52ac1256b59003b3187/f22f367be74d1b3fc1257983003151ea/$FILE/Farmacia%20Singular.pdf)

Poco a poco -literalmente hablando-, todas las CCAA han ido desarrollando la norma. Unas tardaron meses, otras un año, dos,... pero si algunas destacan en el aspecto negativo son las CCAA de Asturias y Andalucía, las cuales tardaron 3 años y medio en publicar sus desarrollos, dejando además de reconocer la retroactividad del comienzo en su aplicación al 01 de Enero de 2012, como recogía el propio RDL 09/2011.

En el caso de Andalucía todo ha sido, si cabe, aún más sangrante porque a la tardanza y ausencia del reconocimiento de retroactividad se une el incumplimiento de la promesa de destinar de forma complementaria el 10% del ahorro de las subastas a un fondo de ayuda -ahora sí-, a las oficinas de farmacia rurales ubicadas en municipios de menos de 1000 habitantes, una promesa incumplida que mancha a mi modesto entender el prestigio y la imagen de la entonces consejera de sanidad, y por extensión del Gobierno de la Junta de Andalucía, que a través de la representante de Sanidad ofreció *blindar* este servicio público para garantía de los ciudadanos de estas pequeñas poblaciones del medio rural, para después abandonarlos relegándolos al ostracismo más absoluto. Una historia que ha tenido más capítulos: como el rechazo a una Proposición no de Ley (PNL)¹⁹ presentada en el Parlamento de Andalucía, que copiaba en sus objetivos los puntos prometidos por la consejera en Julio de 2011, pero que tenía como grave defecto ser presentada por el PP y por último el vergonzoso espectáculo de la senadora Dña. Fuensanta Coves²⁰, afirmando e insistiendo el 17 de febrero de 2015, en el Senado, que en el Decreto que da pie a las subastas se destinaba el 10% a las farmacias rurales andaluzas,... en fin, como poco, desinformada.

Por abandonar este tema, parejo en el tiempo con el de este informe, pero que se aleja del mismo, indicar por último que la promesa pública quedó ahí, incumplida, desconociendo además los motivos por los que no se llevó adelante, algo que me duele personalmente por la forma en la que se gestó y desarrolló el ofrecimiento que parte de la consejería, las cuales no casan con el desenlace final.

Espero que en algún momento, y con distintas personas, pueda retomarse este compromiso político, en un ejercicio de coherencia con el sistema de prestación elegido desde la Administración, y en la línea de garantizar este

¹⁹ **9-14/PNLC-000194 Proposición no de ley relativa al apoyo a las farmacias rurales**

<http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=diario&id=99633>

²⁰ **Carta abierta a Dña. Fuensanta Coves, senadora del PSOE**

<http://farmaceuticosrurales.blogspot.com.es/2015/02/carta-abierta-dna-fuensanta-coves.html>

servicio público en condiciones óptimas de prestación, tanto económicas, como profesionales.

3 Aspectos Económicos

Mucho se ha hablado del RDL 09/2011, al menos en el terreno profesional. Una medida que pese a haberse demostrado innovadora, ha presentado quejas: desde las CCAA por el incremento de gasto producido, así como por los perceptores de la misma, al percibirla como insuficiente pero: ¿qué hay de cierto en una y otra afirmación?...

Como dice el refrán, *todo depende del color del cristal con el que se mire*, pero si queremos resolver esta controversia de la forma más objetiva posible entiendo necesario conocer realmente:

1. Lo que cada Administración está aportando
2. El impacto que supone este concepto en la partida destinada al pago de la factura farmacéutica total
3. Cuántas Oficinas de Farmacia "se benefician" de esta medida y cuánto están percibiendo
4. Qué incidencia presentan estas aportaciones en las farmacias

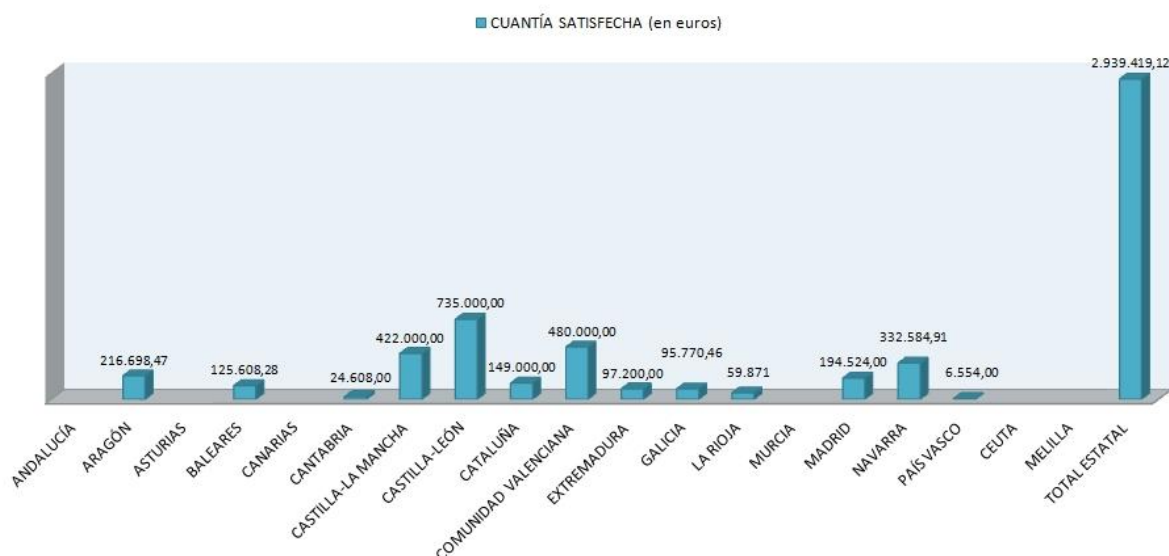
Ante la falta de datos de uso público, me propuse recopilarlos, por ello quiero hacer notar que todas las cifras aquí expuestas proceden de fuentes de la Administración correspondiente, a excepción de la CCAA de Aragón, que procede de los COF provinciales. Del mismo modo, los datos están referenciados al último año del que disponemos de datos completos, el 2014.

3.1 Lo que cada Administración está aportando

La respuesta a la primera pregunta podemos verla en el siguiente gráfico (con más detalle en la tabla del Anexo I), que nos ofrece como resultado que las diferentes Administraciones aportaron por este concepto un montante total de 2.939.419,12 euros/año, una cantidad muy respetable, pero que no destaca en exceso al confrontarla con el Gasto Farmacéutico Total (GFT), que en el acumulado de Enero-Diciembre de 2014 ascendió a 9.360.456.084 euros²¹.

²¹ **Ministerio de Sanidad. Datos de Facturación de Receta Médica**
<http://www.mssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2014.htm>

Por Comunidades Autónomas



3.2 Impacto de esta medida en el conjunto del Gasto Farmacéutico

Mediante un simple cálculo podemos obtener la respuesta a la segunda de las preguntas, y ésta es que los incrementos en los márgenes suponen tan sólo el 0,03% del Gasto Farmacéutico Total del Estado, una cantidad tan pequeña que no se presupone pueda generar un elevado impacto en el conjunto del GFT y que me impide incluso ilustrar este apartado con un gráfico creado *ad hoc*, ya que la línea no se aprecia suficientemente.

La cantidad total destinada por las Administraciones a abonar estos incrementos de márgenes supone el 0,03% del Gasto Farmacéutico Total

Al mismo tiempo, si realizásemos una comparativa entre la aportación de la Administración por este concepto (2.939.419,12 euros/año), y la recaudación de ésta mediante el RD 05/2000 (241.000.000 euros/año)²², esta cantidad

²² **Situación y Cifras Clave de la Farmacia en 2014. Elaborado por Antares para Cofares**
<https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/91b3fb35d40d4bbc984800252bec5f8937908a25.pdf>

supondría tan solo el 1,22% de retorno del conjunto de lo recaudado, ó lo que es lo mismo, un saldo positivo para ésta de 238.060.580,88 euros para el año 2014.

Las aportaciones por el RDL 09/2011 suponen el 1,22% de lo que el conjunto de las Administraciones perciben por el RD 05/2000

El análisis por comunidades nos aporta otra visión más segmentada al

COMUNIDAD AUTONOMA	CUANTIA SATISFECHA (en euros)	% del GFT
ANDALUCIA	--	--
ARAGON	216.698,47	0,074%
ASTURIAS	--	--
BALEARES	125.608,28	0,070%
CANARIAS	--	--
CANTABRIA	24.608	0,020%
CASTILLA-LA MANCHA	422.000	0,090%
CASTILLA-LEON	735.000	0,140%
CATALUNA	149.000	0,010%
COMUNIDAD VALENCIANA	480.000	0,040%
EXTREMADURA	97.200	0,033%
GALICIA	95.770,46	0,014%
LA RIOJA	59.871	0,090%
MURCIA	--	s/d
MADRID	194.524	0,018%
NAVARRA	332.584,91	0,270%
PAIS VASCO	6.554	0,01%
CEUTA	--	--
MELILLA	--	--
% MEDIO	2.939.419,12	0,03%

permitirnos apreciar las aportaciones de cada CCAA de forma desglosada, así como el porcentaje que estas aportaciones supone sobre su GFT (Anexo II).

Con carácter general, una mayor ruralidad en el territorio de una comunidad autónoma lleva aparejada la existencia de un mayor número de farmacias VEC, así al menos lo atestiguan informes como el de Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias²³, elaborado por el Consejo General de COF y que, aunque incompleto, nos informa de que el 91% de las oficinas de

farmacia denominadas como VEC se encuentra fuera de las capitales de provincia, ó lo que es lo mismo, son rurales según la amplia extensión de este término recogida en la Ley 45/2007, del 13 de Diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural²⁴.

²³ **Estadísticas de Colegiados y Farmacias Comunitarias**

<http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Estad%C3%ADsticas-Colegiados-Farmacias-Comunitarias-2014.pdf>

²⁴ **Ley 45/2007, del 13 de Diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural**

<https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-21493-consolidado.pdf>

Cierto es que CCAA como Castilla-León, que alberga el mayor número de OF VEC, dedica un 0,140%, Castilla-La Mancha un 0,090% ó Aragón un 0,070%, pero sobre esta generalidad destaca la excepción de Navarra, la cual dedica un 0,270% de su GFT a cubrir este índice corrector de márgenes.

De cualquiera de las formas, y a la vista de los datos, la cuantía destinada al pago de este índice corrector no presenta un peso excesivo en el conjunto del GFT, ni por supuesto puede provocar un quebranto irreparable a la economía regional; ni en Navarra, ni por supuesto en las demás, lo cual hace aún más inexplicable la tardanza de la mayoría en poner en marcha este mecanismo, desarrollado con carácter de urgencia, pero que ha contado desde un primer momento, y salvo contadas excepciones, con una actitud negligente desde las Administraciones regionales, demostrando una desinformación ó falta de interés, cuando menos, preocupante.

3.3 Cuántas Oficinas de Farmacia “se benefician” de esta medida y cuánto están percibiendo

El número de farmacias denominadas como VEC en el año 2014 asciende a 820 (sin contar las andaluzas, en cuyo caso serían 976), y la cuantía media que perciben por este concepto supone: 3584,66 euros/año, ó lo que es lo mismo, 298,72 euros/mes.

La cuantía media que cada farmacia VEC ha percibido por este concepto supone 3.584,66 euros/año, 298,72 euros/mes

A efectos estadísticos, y como ya se ha comentado anteriormente, el 91% de las oficinas de farmacia VEC son rurales, por tanto, el 9% restante se sitúan en capitales de provincia. Siempre según los datos del informe Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia realizado por el CGCOF, llama la atención que frente a esta generalidad, aparezca el caso excepcional de Madrid, CCAA en la que el 60% de sus VEC se sitúan en la capital (el 3,30% a nivel nacional).

Quizás aquí encontremos explicación al interés de extender la medida a cualquier oficina de farmacia eliminando el criterio de ubicación de la misma, hecho efectivo tras la publicación del RDL 16/2012.

Esta modificación entiendo que tergiversa el espíritu de la medida inicial al limitar el criterio a un aspecto meramente económico, y porque una y otra oficina de farmacia son totalmente diferentes, al igual que sus necesidades y su carácter esencial en el conjunto de la red asistencial.

En el caso de las ubicadas en el medio rural, su dependencia de la receta es total, ya que atienden a poca población y no pueden incrementar sus ingresos por medio de la venta libre (siendo optimistas entorno al 5-7%). Tras la modificación se dio entrada en el mecanismo a farmacias urbanas, que pueden presentar un escaso volumen de recetas pero gran venta libre, y farmacias situadas en zonas de gran afluencia turística, con escasas ventas durante 8 ó 9 meses y muy elevadas el resto.

Si ponemos un ejemplo se verá más claro:

Farmacia A: Ubicada en zona urbana, con reparto de ingresos de un 20% en facturación SOE y un 80% de venta libre, gran accesibilidad a otros establecimientos lo que la exime de guardias, cuando el titular cierra dispone de servicios accesibles para el ocio, la formación, etc,...

Farmacia B: Ubicada en un pequeño municipio en el medio rural, catalogado en el Programa de Desarrollo Rural Sostenible (PDRS) de su CCAA como a *revitalizar*, reparto de ingresos: 95% SOE y 5% de venta libre. Población mayoritariamente anciana, polimedicada y dependiente, malas comunicaciones que dificultan el desplazamiento y a 25 Kms de la población más cercana. Su titular presenta guardias obligatorias, con una frecuencia de semanas alternas (una sí y otra no), sin opciones de ocio ó formación en la zona.

Ambas oficinas de farmacia presentan unas ventas totales de 101.618,28 euros/año, cumpliendo la condición para ser consideradas VEC. Suponiendo por simplificación de cálculos que las ventas totales son idénticas, mes a mes, la aportación que recibe cada una es la siguiente:

	Ventas Medias Totales (mensuales)	Facturación media SOE (mensual)	Percepción media mensual RDL 09/2011
Farmacia A (Urbana)	8.468,19	1.693,64	833,33*
Farmacia B (Rural)	8.468,19	8.044,78	298,72

*Cuantía máxima recogida en el mecanismo

Es decir, la farmacia en la que el SOE presenta un menor peso en su facturación, la que dispone de una buena ubicación, mejores condiciones de carácter personal, familiar y profesional, y mejor acceso a servicios de los que

puede disfrutar el titular y su familia percibe, además, una cantidad mayor que la farmacia ubicada en el entorno rural, una zona más desfavorecida en todos los sentidos.

Pero si queremos un ejemplo práctico, éste lo encontramos en Baleares, donde cada una de sus 16 oficinas de farmacia VEC presentan la mayor percepción media del país, con 654,21 €/mes por farmacia, cantidad que mensualmente ha de ser superior si tenemos en cuenta que en el periodo de máxima afluencia y mayor facturación percibirán cero euros, por lo que en los meses restantes esta cuantía media se incrementará hasta rozar ó igualar el máximo recogido en el RDL.

3.4 Incidencia de estas percepciones en las farmacias beneficiarias

Tras responder a nuestra tercera pregunta, y ya que disponemos de estos datos, me ha parecido interesante realizar el cálculo de la facturación media de una farmacia VEC, para ello realizaré el cálculo a la inversa, partiendo de la percepción media de cada oficina de farmacia.

La cantidad resultante ya fue adelantada en el Análisis sobre los Gastos Fijos de una Oficina de Farmacia que publicó recientemente la Sociedad Española de Farmacia Rural (SEFAR) y que es igual a 101.618,28 euros/año, 8.468,19 euros/mes.

*La facturación media de una oficina de farmacia VEC es de
101.618,28 euros/año, 8.468,19 euros/mes*

Si tenemos en cuenta los gastos fijos medios que han de soportar estas oficinas de farmacia, cuantificados en 1.230,89 €/mes²⁵, y dejando a un lado la precariedad que supone afrontar esos gastos de carácter mínimo (cuota mínima de autónomo, ausencia de vacaciones ó incapacidad de darse de baja por enfermedad,...), podemos decir sin riesgo a equivocarnos, que la

²⁵ **Estudio sobre Gastos Fijos de una Oficina de Farmacia** <http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2015/11/An%C3%A1lisis%20Gastos%20Fijos%20Oficina%20de%20Farmacia.pdf>

incidencia de esta medida es pequeña, al suponer aproximadamente la cuarta parte de estos gastos fijos medios.

*Las aportaciones medias percibidas por las farmacias VEC
suponen aproximadamente la cuarta parte de sus gastos fijos
medios*

Tras los datos y el análisis de los mismos podemos concluir que la cuantía percibida por las farmacias denominadas como VEC resulta exigua y, pese a constituir un apoyo, éste no contribuye de forma adecuada: ni a la viabilidad de estos establecimientos, ni a la continuidad del servicio asistencial, objetivo resaltado en la exposición de motivos de este RDL, y hecha siempre la salvedad de las farmacias estacionales catalogadas como VEC, las cuales no cumplían los criterios ó exigencias recogidas en el mismo.

Las farmacias ubicadas en pequeñas poblaciones del medio rural resultan esenciales, tanto a nivel asistencial, como de legitimidad de un Modelo que restringe normas básicas como el libre establecimiento, y por ello se antoja imprescindible ofrecer soluciones específicas que den respuesta a sus particulares condiciones, al objeto de garantizar la equidad en el acceso a los servicios básicos para todos los ciudadanos, incluidos los del medio rural, y para dignificar las condiciones de ejercicio de los prestadores del mismo, haciendo atractivo el desempeño de nuestra profesión en estos entornos.

4 Conclusiones

El RDL constituye una figura de carácter excepcional, que tras la aceptación de la entrada del país en crisis económica se ha utilizado como procedimiento habitual a la hora de legislar por los dos partidos políticos que hasta ahora han ocupado el poder.

De todos ellos, el RDL 09/2011 presenta una particularidad en el sector de la oficina de farmacia y ésta es la creación, por primera vez, de un mecanismo que intenta equilibrar un sistema que se reguló para garantizar una atención universal a la población, pero que debido a diversos factores como entre otros: una mala renta de localización de las oficinas de farmacia que la legitiman y garantizan, la aplicación continua de medidas de control de gasto en medicamentos -lineales y carentes de la más mínima proporcionalidad-, y un sistema de retribución anacrónico y obsoleto que no tiene en cuenta la singularidad de estos establecimientos, los había puesto en jaque y por extensión al servicio que prestan.

Aunque los incrementos de los márgenes aprobados actúan sobre la estructura del propio sistema, significando y tratando de forma especial a un tipo de oficina de farmacia, su gestación y publicación responde a situaciones coyunturales como fueron: la aceptación del inicio de la crisis económica, la desafección del partido en el poder con sus propios postulados, la proximidad de unas elecciones que preveían un vuelco electoral, la situación de impagos en una CCAA como Castilla-La Mancha, las subastas de medicamentos en Andalucía,..., un conjunto de elementos que al margen de las gestiones que hayan podido realizar los diferentes colectivos profesionales afectados, propiciaron ó influyeron en la publicación de esta norma.

Pese a su excepcionalidad y urgencia, el desarrollo y su correspondiente aplicación ha presentado tal tardanza que, a día de hoy, aún hay CCAA donde no se cobra mensualmente ó existen cantidades pendientes correspondientes a la inaplicación del procedimiento desde la fecha reseñada en el RDL, el 01 de Enero de 2012.

La visión de esta medida por las CCAA como un incremento de gasto adicional en un contexto de recortes presupuestarios, impuesto además a nivel del ejecutivo central, la calificación de estos incrementos de márgenes como ayudas, y la falta de interés del propio Ministerio de Sanidad ó de órganos de representación de la profesión que, ó no han reclamado su ejecución, ó no han obtenido éxito en la misma, son las principales razones de esta tardanza.

A la vista de los números, el incremento de gasto producido por esta medida no parece ser un eximente ante el reiterado incumplimiento legal en tiempo y forma ya que, si bien es cierto que en 2014 abonaron 2.939.419,12 euros, también lo es que esta cantidad supone el 0,03% del conjunto del Gasto Farmacéutico Total, por lo que no se presupone un quebranto irreparable para las cuentas públicas, a lo que añadido que la tardanza en ponerla en marcha sólo puede entrar en el terreno de la negligencia, la apatía ó la falta de interés.

La cantidad aportada por la Administración supone igualmente el 1,22% del retorno procedente del sector mediante el RD 05/2000 (241.000.000 de euros), por lo que el saldo positivo para ésta en el año 2014 sería aún de 238.060.580,88 euros.

Los datos reflejan que una mayor ruralidad lleva implícita un mayor número de oficinas de farmacia VEC (el 91% estarían fuera de capitales de provincia), aún así, el RDL 16/2012 modificó parcialmente los criterios establecidos en la norma original, eliminando el correspondiente a la ubicación de la oficina de farmacia, y rebajando los requisitos a niveles estrictamente económicos. Esta modificación no parece responder a criterios de necesidad u oportunidad salvo en la CCAA de Madrid, donde un 60% de sus farmacias VEC se sitúan en la capital (el 3,30% del conjunto del Estado). Igualmente, la rebaja de requisitos ofrece cobertura a farmacias estacionales, con escasas ventas durante el año por encontrarse en zonas turísticas y fuerte incremento de las mismas en periodos vacacionales. Éstas llegan incluso a percibir mayores cantidades que las ubicadas en el medio rural, debido a que la cuantía de la aportación se calcula en base al SOE (el concepto más transparente de las ventas) y las primeras presentan un menor peso de este componente en su facturación total.

Las 820 oficinas de farmacia calificadas como VEC percibieron de media en 2014: 3.584,66 euros/año, ó lo que es lo mismo, 298,72 euros/mes, cantidad que se antoja exigua e insuficiente, no contribuyendo a garantizar su viabilidad económica, corregir un balance económico desfavorable (recordemos que han de afrontar unos gastos fijos medios mensuales de 1.230,89 euros/mes), ó equilibrar la desigualdad existente en el Modelo de oficinas de farmacia vigente.

Tras los datos y su análisis podemos concluir que la cuantía percibida por las farmacias denominadas como VEC resulta exigua y, pese a constituir un apoyo, éste no contribuye de forma adecuada: ni a la viabilidad de estos establecimientos, ni a la continuidad del servicio asistencial, objetivo resaltado en la exposición de motivos de este RDL -hecha siempre la salvedad de las

farmacias estacionales catalogadas como VEC, las cuales no cumplían los criterios ó exigencias recogidas en el mismo-.

5 Recomendaciones

El impacto del RDL 09/2011 es exiguo, limitado, y no responde por completo al objetivo perseguido con su publicación, pero su valoración no puede ser al completo negativa.

El RDL 09/2011 introduce un elemento innovador en cuanto a su sensibilidad y selectividad, creando el primer mecanismo de retorno al propio sistema, pero como ya comentamos desde SEFAR en 2011²⁶ éste debía ser un primer paso que presentase continuidad, de lo contrario su efecto se diluiría con la aprobación de nuevas medidas de recorte. Lamentablemente nuestros deseos no se han cumplido y la dinámica de hace más de una década continua implacable su paso, actuando de la forma más sencilla e indiscriminada, el PVP del medicamento, y sin conciencia sobre su efecto en la parte más débil de la red asistencial al no existir ningún análisis ó evaluación de su impacto.

En el Modelo de farmacia actual, las farmacias ubicadas en pequeñas poblaciones del medio rural resultan esenciales, tanto a nivel asistencial, como de legitimidad de un Modelo que restringe normas básicas como el libre establecimiento, y por ello se antoja imprescindible ofrecer soluciones específicas que den respuesta a sus particulares condiciones, al objeto de garantizar la equidad en el acceso a los servicios básicos para todos los ciudadanos, incluidos los residentes en el medio rural, así como para dignificar las condiciones de ejercicio de los prestadores del mismo.

Visto el impacto en las cuentas públicas, el balance positivo para la Administración entre lo aportado y lo que percibe del sector (RD 05/2000), y teniendo en cuenta que el conjunto del total de las facturaciones de las farmacias denominadas como VEC constituye tan sólo el 1% del Gasto Farmacéutico Total nacional, sería aconsejable ahondar en la medida iniciada con el RDL 09/2011, incrementando las cantidades mediante un mecanismo de retroalimentación de la red que bien podría nutrirse del RD 05/2000 en lo que constituiría una forma, a mi modesto entender adecuada, de fortalecer un Modelo asistencial tan positivamente valorado por todos mediante una redistribución de los recursos que se aportan para su funcionamiento.

²⁶ **Nota de Prensa de la SEFAR tras la publicación del RDL 09/2011**

http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2011/06/Nota-de-prensa-de-la-SEFAR-en-relaci%C3%B3n-al-Real-Decreto-Ley-09_2011-de-19-de-Agosto.pdf

Ese 1% indica que las farmacias rurales, esenciales para nuestro Modelo asistencial son, hablando en plata, muy baratas para el conjunto de la Sociedad, y por extensión extremadamente rentables para la Administración como encargada de gestionar adecuadamente los servicios públicos, y seguirían siéndolo pese a habilitar medidas que las permitan: tanto cubrir sus gastos fijos, como que sus titulares puedan alcanzar unos ingresos netos equivalentes a los de un farmacéutico de atención primaria, aspiraciones que hemos defendido siempre desde SEFAR y que creemos justas y acordes a la importancia de estas farmacias en el conjunto de la red asistencial.

Por tanto, la recomendación final es simple, y por ello muy sencilla de llevar adelante, tan sólo a falta de la necesaria voluntad política y la coherencia entre lo que se pregona públicamente respecto al Modelo y su continuidad, y lo que después se aplica al mismo. La resumiré en dos ideas:

- Aplicación de medidas de reducción de gasto de carácter proporcional y acompañadas de una evaluación del impacto de las mismas en el conjunto de la red, con especial atención a la parte más débil pero importante de la misma, las farmacias ubicadas en pequeñas poblaciones del medio rural.
- Instauración de mecanismos correctores ó ampliación del ya existente (RDL 09/2011), pero ajustado al objetivo perseguido: la preservación y continuidad del servicio en condiciones adecuadas para los pacientes y sus prestadores, algo que será más fácil de desarrollar si tenemos presente que los mecanismos correctores no tienen por qué conllevar un incremento de gasto si se diseñan permitiendo una pequeña redistribución del presupuesto actual.

6 Acrónimos usados en el Texto

BOE: Boletín Oficial del Estado

CACOF: Consejo Andaluz de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

CCAA: Comunidad Autónoma

CEE: Comunidad Económica Europea

CLM: Castilla-La Mancha

CONGRAL: Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos

FEFE: Federación Empresarial de Farmacéuticos Españoles

GFT: Gasto Farmacéutico Total

GP: Grupo Popular

OF: Oficina de Farmacia

PDRS: Programa de Desarrollo Rural Sostenible

PP: Partido Popular

PSOE: Partido Socialista Obrero Español

PVL: Precio de Venta de Laboratorio

PVP: Precio de Venta al Público

RDL: Real Decreto Ley

SAS: Servicio Andaluz de Salud

SEFAR: Sociedad Española de Farmacia Rural

SNS: Sistema Nacional de Salud

SOE: Seguro Obligatorio de Enfermedad

UCLM: Universidad de Castilla-La Mancha

7 Referencias Bibliográficas

1. María del Carmen González Carrasco. Introducción al Derecho. Tema 1. [Internet]. UCLM: 30 SEPT 2009. [30 SEPT 2009; Citado 30 DIC 2015]. Disponible en: <https://www.uclm.es/profesorado/mcgonzalez/pdf/IntroduccionDerecho/tema1.pdf>
2. BOE. Real Decreto-ley 4/2010, de 26 de marzo, de racionalización del gasto farmacéutico con cargo al Sistema Nacional de Salud. Boletín Oficial del Estado. [Internet]. Madrid. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. 26/03/2010 [Citado 30 Dic 2015]. [12 páginas]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>
3. Archivo del Congreso de los Diputados. Sesión 145. Votación 2. 14 de Abril de 2010. [Internet]. Madrid. Congreso de los Diputados. 2010 [citado 30 Dic 2015]. [8 páginas]. Disponible en: <http://www.congreso.es/votoplenoh/L9/20100414001.pdf>
4. Alicia Rebollo. Plan Profarma: ¿Evolución ó Revolución?. Zabala Innovation Consulting. 18/12/2013 [Internet] 2015 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.zabala.es/es/noticias/plan-profarma-evolucion-o-revolucion>
5. BOE. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público. Boletín Oficial del Estado. [Internet]. Madrid. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. 24/05/2010. [Citado 30 Dic 2015]. [59 páginas]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>
6. DIARIOFARMA. FEFE duda de que laboratorios y distribución hayan aportado su parte de los descuentos del RDL 8/2010. DIARIOFARMA. 10/07/2015 [Internet] 2015 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.diariofarma.com/2015/07/10/fefe-duda-de-que-laboratorios-y-distribucion-hayan-aportado-su-parte-de-los-descuentos-del-rdl-82010>
7. BOE. *Real Decreto-ley 9/2011, de 19 de agosto, de medidas para la mejora de la calidad y cohesión del sistema nacional de salud,*

- de contribución a la consolidación fiscal, y de elevación del importe máximo de los avales del Estado para 2011*. Boletín Oficial del Estado. [Internet]. Madrid. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. 20/08/2011. [Citado 30 Dic 2015]. [26 páginas]. Disponible en: <http://www.boe.es/boe/dias/2011/08/20/pdfs/BOE-A-2011-14021.pdf>
8. M. Cebrián. La Junta no podrá pagar a los farmacéuticos hasta enero. ABC Edición Toledo. 26/08/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.abc.es/20110826/toledo/abcp-junta-podra-pagar-farmaceuticos-20110826.html>
 9. THE ECONOMIST. Fat-trimming needed. Madrid. THE ECONOMIST From the print edition. 17/09/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.abc.es/20110826/toledo/abcp-junta-podra-pagar-farmaceuticos-20110826.html>
 10. Google Drive de figuerrero@ gmail.com. Plan de Estabilidad para la Farmacia Andaluza. Documento de Trabajo. Borrador. 02/05/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 de Dic 2015]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/16FS2KbcmEOk7CdCw8Jli1MYMdr_f84X7uEmoezPaNFF-MC3LMCuQZDoTPOAU/view
 11. Google Drive de figuerrero@ gmail.com. Denuncia del Convenio SAS CACOF. 12/05/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 de Dic 2015]. Disponible en: <https://drive.google.com/file/d/0B6TkD6dfxhnxMzkwMml2NzMtZThjOC00NWJLWI3MDgtMGY0YjNIN2M5YzU2/view>
 12. Portal de la Consejería de Salud. Salud revertirá en las farmacias rurales el 10% de las bonificaciones de la licitación de medicamentos. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 11/07/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/contenidos/Noticias/2011/07/dia11/Noticia16317?perfil=ciud&desplegar=&idoma=es&tema=/temas_es/&contenido=/sites/csalud/contenidos/Noticias/2011/07/dia11/Noticia16317
 13. Portal de la Consejería de Salud. PROYECTO DE DECRETO DE MEDIDAS URGENTES SOBRE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA DEL SISTEMA SANITARIO PÚBLICO DE ANDALUCÍA. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 11/07/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en:

- <http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/Video/audio/proyectedecretofarmacia.pdf>
14. El Periódico de Aragón. Cierre masivo de farmacias por el impago en Castilla-La Mancha. El Periódico de Aragón. 12/08/2011 [Internet] 2011 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: http://www.elperiodicodearagon.com/noticias/sociedad/cierre-masivo-farmacias-impago-castilla-la-mancha_693513.html
 15. Conferencia de prensa del Ministro de Fomento y portavoz del Gobierno y de la vicepresidenta de Asuntos Exteriores, después de la reunión del Consejo de Ministros. La Moncloa. [Internet]. Madrid. La Moncloa. Gobierno de España. 19/08/2011. [Citado 30 Dic 2015]. [1 pantalla]. Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2010/03/27/pdfs/BOE-A-2010-5030.pdf>
 16. Diario Oficial de Castilla-La Mancha. Decreto 306/2011, de 22/12/2011, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia que se regula en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008. [2011/18374]. Toledo. Consejería de Hacienda y Administraciones Públicas [Internet] 26/12/2011. [Citado 30 Dic 2015]. [4 páginas]. Disponible en: http://docm.jccm.es/portaldocm/descargarArchivo.do?ruta=2011/12/26/pdf/2011_18374.pdf&tipo=rutaDocm
 17. Colegio Oficial de Farmacéuticos Región de Murcia. CIRCULAR 1/2011, de 27 de diciembre de 2011, por la que se regula el procedimiento de declaración anual de oficina de farmacia singular en la Región de Murcia. Murcia. Colegio Oficial de Farmacéuticos Región de Murcia [Internet] 27/12/2011. [Citado 30 Dic 2015]. [3 páginas]. Disponible en: [http://kefren.cofrm.com/web/Noticias.nsf/44943c3d3fa3d52ac1256b59003b3187/68622fbc64eb79a4c1257f1b002c7813/\\$FILE/E-329-2012.pdf](http://kefren.cofrm.com/web/Noticias.nsf/44943c3d3fa3d52ac1256b59003b3187/68622fbc64eb79a4c1257f1b002c7813/$FILE/E-329-2012.pdf)
 18. Parlamento de Andalucía. 9-14/PNLC-000194 Proposición no de ley relativa al apoyo a las farmacias rurales, presentada por el GP andaluz. Parlamento de Andalucía. 03/12/2014 [Internet] 2014 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.parlamentodeandalucia.es/webdinamica/portal-web-parlamento/pdf.do?tipodoc=diario&id=99633>

19. Francisco Javier Guerrero García. Carta abierta a Dña. Fuensanta Coves, senadora del PSOE. Blog farmacéuticos rurales [Internet] 19/02/2015 [Internet] 2015 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <http://farmaceuticosrurales.blogspot.com.es/2015/02/carta-abierta-dna-fuensanta-coves.html>
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Datos de Facturación de receta médica. [Internet]. Madrid. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Gobierno de España. [Citado 30 Dic 2015]. [1 página]. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/profesionales/farmacia/datos/diciembre2014.htm>
21. ANTARES. Situación y cifras clave de la farmacia en 2014. ANTARES. Mayo 2015 [Internet] 2015 [Citado 30 Dic 2015]. Disponible en: <https://www.antares-consulting.com/uploads/TPublicaciones/91b3fb35d40d4bbc984800252bec5f8937908a25.pdf>
22. CONGRAL. Estadísticas de Colegiados y Oficinas de Farmacia. [Internet]. 19/05/2015. Actualizado 22/09/2015 [Citado 30 Dic 2015]. [69 páginas]. Disponible bajo clave en: <http://www.portalfarma.com/Profesionales/infoestadistica/Documents/Estad%C3%ADsticas-Colegiados-Farmacias-Comunitarias-2014.pdf>
23. BOE. Ley 45/2007, del 13 de Diciembre, para el desarrollo sostenible del medio rural. Boletín Oficial del Estado. [Internet]. Madrid. Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado. Ministerio de la Presidencia. Gobierno de España. 14/12/2007. Última modificación 21/12/2009 [Citado 30 Dic 2015]. [18 páginas]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-21493-consolidado.pdf>
24. SEFAR. Estudio sobre Gastos Fijos de una Oficina de Farmacia. [Internet]. Sociedad Española de Farmacia Rural. 02/11/2015. [Citado 30 Dic 2015]. [55 páginas]. Disponible en: <http://www.sefar.org.es/wp-content/uploads/2015/11/An%C3%A1lisis%20Gastos%20Fijos%20Oficina%20de%20Farmacia.pdf>
25. SEFAR. Nota de Prensa de la SEFAR tras la publicación del RDL 09/2011. [Internet]. Sociedad Española de Farmacia Rural. Agosto 2015. [Citado 30 Dic 2015]. [2 páginas]. Disponible en: <http://www.sefar.org.es/wp->

<content/uploads/2015/11/An%C3%A1lisis%20Gastos%20Fijos%20Oficina%20de%20Farmacia.pdf>

8 ANEXOS

8.1 Anexo I. N° de Oficinas de Farmacia y Aportaciones realizadas por cada Administración autonómica

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº OF	CUANTÍA SATISFECHA (en euros)
ANDALUCÍA (*)	156	--
ARAGÓN	62	216.698,47
ASTURIAS	--	--
BALEARES	16	125.608,28
CANARIAS	NO TIENE	--
CANTABRIA	5	24.608
CASTILLA-LA MANCHA	146	422.000
CASTILLA-LEÓN	264	735.000
CATALUÑA	39	149.000
COMUNIDAD VALENCIANA	89	480.000
EXTREMADURA	50	97.200
GALICIA	14	95.770,46
LA RIOJA	15	59.871
MURCIA	1	--
MADRID	45	194.524
NAVARRA	72	332.584,91
PAÍS VASCO	2	6.554
CEUTA	NO TIENE	--
MELILLA	NO TIENE	--
TOTAL	820	2.939.419,12

(*)Dado que Andalucía ha desarrollado este sistema durante el 2015, se incluyen las farmacias reconocidas como VEC, pero no se incorporan al valor medio al no conocerse la cuantía correspondiente. Serían 976 OF si contásemos las andaluzas.

8.2 ANEXO II: Porcentaje destinado al RDL 09/2011 respecto al Gasto Farmacéutico Total por CCAA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	CUANTÍA SATISFECHA (en euros)	% del GFT
ANDALUCÍA	--	
ARAGÓN	216.698,47	0,074%
ASTURIAS	--	--
BALEARES	125.608,28	0,070%
CANARIAS	--	--
CANTABRIA	24.608	0,020%
CASTILLA-LA MANCHA	422.000	0,090%
CASTILLA-LEÓN	735.000	0,140%
CATALUÑA	149.000	0,010%
COMUNIDAD VALENCIANA	480.000	0,040%
EXTREMADURA	97.200	0,033%
GALICIA	95.770,46	0,014%
LA RIOJA	59.871	0,090%
MURCIA	--	s/d
MADRID	194.524	0,018%
NAVARRA	332.584,91	0,270%
PAÍS VASCO	6.554	0,01%
CEUTA	--	
MELILLA	--	
% MEDIO	2.939.419,12	0,03%

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.farmaceuticosrurales.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>

Tfños e Email de Contacto:

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

