

Una ordenación excesivamente expansiva se ha convertido en uno de los principales inconvenientes para el desarrollo económico de las farmacias.



C. Cuesta 17.-

Ordenación farmacéutica y economía de las farmacias: conclusiones y recomendaciones

Este artículo invita a las comunidades autónomas a reflexionar para evitar el incremento del número de farmacias subvencionadas, paliar las consecuencias del cierre de farmacias, aumentar el empleo en el sector y mejorar el servicio a los ciudadanos. Porque la dificultad de revertir la baja rentabilidad de las farmacias puede paliarse con una ordenación farmacéutica menos expansiva.

ENRIQUE GRANDA

Farmacéutico

En un libro recientemente publicado por la Federación de Farmacias Canarias (FEFARCAN)¹, la patronal de los farmacéuticos con farmacia de Canarias se propone replantear la ordenación farmacéutica en función de la rentabilidad actual de las farmacias con relación a la que había en los momentos precedentes al año 1997, cuando se inicia su desarrollo por las comunidades autónomas. Para ello, este estudio valora la economía del sector en distintos momentos y se detiene a describir la situación actual en la que las farmacias no solo han aumentado en número por encima de otros indicadores de la economía, sino que han sufrido una fuerte corrección en ventas y rentabilidad por efecto de las medidas implantadas desde el año 2000.

La dificultad de revertir la baja rentabilidad puede paliarse con una ordenación farmacéutica menos expansiva, de ahí que este artículo espere provocar una

reflexión en las comunidades autónomas para evitar el incremento del número de farmacias subvencionadas, paliar las consecuencias del cierre de farmacias, incrementar el empleo en el sector y mejorar el servicio a los ciudadanos.

Apunte histórico

España ha mantenido, desde las Ordenanzas de 1860, una arquitectura normativa farmacéutica basada en cuatro grandes pilares: la exclusividad en la elaboración y venta de medicamentos por parte de farmacéuticos; procedimiento administrativo para la autorización, desde el Decreto de 24 de enero de 1941, cuyo origen parte de la II República, que establece limitaciones de apertura por distancia y población; presencia del farmacéutico en su establecimiento; y propiedad unida a la titularidad (con limitación a una sola farmacia por farmacéutico).

Esta arquitectura normativa se ha mantenido hasta la actualidad, con escasos cambios en cuanto a la Ordenación

Farmacéutica de 1941, que ya establecía módulos de distancia mínima en función de la población de los municipios (entre 150 y 250 metros) y un módulo de población máximo (una farmacia por cada 5.000 habitantes). La Ley 16/1997 establece una distancia mínima entre farmacias de 250 metros (de carácter general con excepciones); un módulo de población máximo de una farmacia por cada 4.000 habitantes y un módulo de población mínimo de una farmacia por cada 2.800 habitantes, también con carácter general (este módulo mínimo no se contemplaba en el Decreto de 1941, como tampoco, obviamente, la limitación por distancia a los centros de salud).

El elemento más distorsionador de la Ley 16/1997 es que se puedan abrir nuevas farmacias cuando la población aumente en 2.000 habitantes, una característica que no tiene la Ley del País Vasco, publicada con anterioridad, ni la Ley de Cataluña que dispone, como la del País Vasco, aumentos de población de 2.500 habitantes, aunque solo en zonas montañosas. En la tabla 1 aparecen las características principales de la Ley 16/1997.

Bajo una tónica general de flexibilización, la asunción de competencias de ordenación por parte de las comunidades autónomas ha tenido como consecuencia la promulgación, a partir de 1997, de distintas leyes de ordenación en las comunidades autónomas, algunas de las cuales han introducido cambios sustantivos, que incluso alteran criterios mínimos de la Ley estatal, hasta el punto de que varias han sido recurridas ante el Tribunal Cons-

Tabla 1. Características principales de la Ley 16/1997.

Norma	Ley 16/1997
Unidad territorial de referencia.	Unidades básicas de atención primaria.
Base del cómputo de habitantes.	Padrón municipal.
Medición del cómputo de habitantes y distancias.	Delegado a las comunidades autónomas.
Distancia mínima entre farmacias.	Carácter general: 250 m.
Excepciones a la distancia mínima.	A establecer por las comunidades autónomas según la concentración de población.
Módulo de población máximo.	Carácter general: 1/4.000.
Módulo de población mínimo.	Carácter general: 1/2.800.
Módulo de población para apertura de farmacias adicionales.	Carácter general 1/2.000.
Excepciones al módulo poblacional mínimo.	A la baja según el criterio de las comunidades autónomas de consecución de la atención farmacéutica a la población.
Distancia mínima a centro de salud.	A desarrollar por las comunidades autónomas.

titucional o el Tribunal Supremo, y han tenido sentencias negativas que les obligan a cambiar el rumbo emprendido.

La experiencia de estos años muestra que el desarrollo de la ordenación por las comunidades autónomas, lejos de cerrar el mercado de oficinas de farmacia, ha generado incremento en el número de farmacias, aunque también no-

tables divergencias en su sostenibilidad. La tendencia expansiva en la apertura de farmacias en algunas comunidades autónomas actúa como catalizador de una importante erosión económica del sector que requeriría un remedio inmediato. Las comunidades en las que se identifican mayores disfunciones en la apertura de farmacias son: Navarra, Ex-

tremadura, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Andalucía y Canarias en caso de aumentar al doble las farmacias que se están tramitando en el último concurso. La comunidad Navarra ha tenido que modificar su ley de ordenación del año 2000 para aumentar el número de habitantes a 750, una cantidad todavía alejada de parámetros lógicos para conseguir un adecuado marco de rentabilidad en sus farmacias.

A quién ha favorecido la ordenación farmacéutica

En primer lugar, y sin duda alguna, nuestra ordenación farmacéutica ha favorecido a los ciudadanos que cuentan con un dispositivo de alta capilaridad, muy superior a la media de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). Esto se aprecia en las encuestas de satisfacción que se han realizado y que, además, cuenta con un bajísimo nivel de reclamaciones en relación a cualquier otro sector que preste servicios, como los seguros, la banca, las compañías telefónicas o el sector eléctrico.

En segundo lugar, los poderes públicos se han beneficiado y se benefician de una información incomparable respecto de otros sectores de la sanidad que ha permitido ejercer un control del gasto de enorme eficacia. Sin embargo, un defecto reseñable en este panorama espléndido ha sido la implantación de la receta electrónica bajo criterios poco compatibles, que se ha convertido en un problema para los ciudadanos. Aquí se aprecia una cierta dejación de funciones del Estado, que debería haber abordado esta cuestión mediante una normativa básica.

Finalmente, también ha beneficiado a los farmacéuticos el hecho que les produce un cierto espejismo de reserva de actividad, espejismo con el que han acabado los excesos en la apertura de nuevas farmacias en los últimos años, como puede apreciarse en la figura 1, en la que se observa

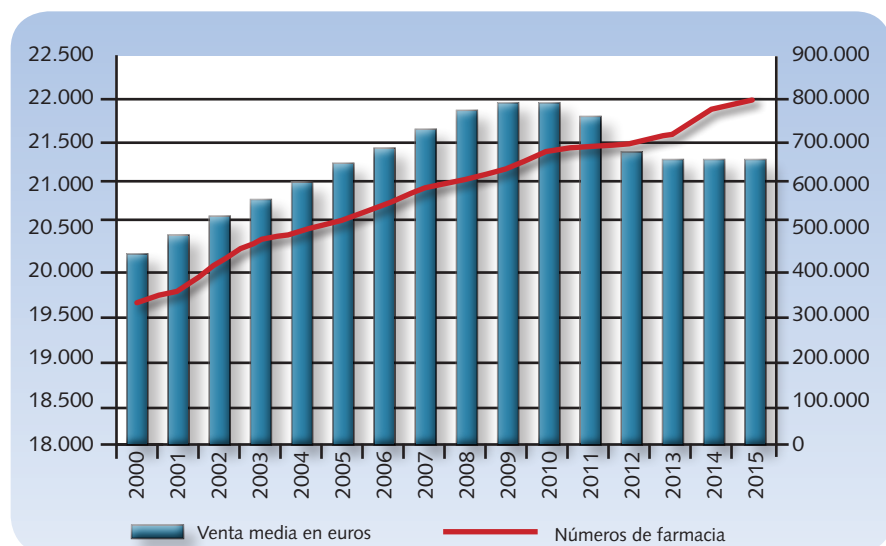


Figura 1. Crecimiento de las farmacias respecto al mercado.

Fuente: FEFARCAN.

El desarrollo económico de las farmacias, tras años de descuentos, reducción de márgenes y descenso de población, debe hacer replantear la ordenación desarrollada por las comunidades autónomas.

cómo el crecimiento de las farmacias ha ido por encima del mercado.

Una ordenación excesivamente expansiva se ha convertido en uno de los principales inconvenientes para el desarrollo económico de las farmacias, y esta circunstancia debería tenerse muy presente por las comunidades autónomas, tanto para evitar el sistema de subvenciones que se estableció en el Real Decreto Ley 16/2012 que, en muchos casos, no logra evitar el cierre de farmacias, como por sus efectos sobre el mantenimiento de la asistencia sanitaria en zonas deprimidas.

Consecuencias económicas

La principal consecuencia y determinante de una excesiva apertura de farmacias es la erosión de su solvencia económica. En la medida en que una nueva apertura afecte a una o varias farmacias preexistentes, las consecuencias de la disminución de habitantes por farmacia tendrán distintos efectos en función de la severidad de esta reducción estableciéndose un gradiente de consecuencias en función de la afectación económica de la misma.

Pueden dejarse de realizar servicios no remunerados. Pueden reducirse horarios de apertura en el caso de haberse establecido ampliaciones de horarios. Puede despedirse personal con la implícita reducción de calidad en el servicio, y un largo etcétera que dependerá de la singularidad de cada oficina de farmacia hasta llegar al extremo más grave, que es el del cierre por quiebra de la farmacia. En este último caso los pacientes/clientes de la farmacia cerrada podrán pasar a ser atendidos en otras farmacias siempre que las haya. Sin embargo, uno de los principales agravantes de esta situación es que en muchos casos las farmacias cerradas se encuentran en el medio rural, en donde a menudo es el único lugar de atención sanitaria disponible en la zona, con el consecuente perjuicio para el bienestar de sus habitantes.

Tabla 2. Correlación de los índices atribuibles a cada Ley de las comunidades autónomas con el Índice de Erosión Económica.

% Comunidades autónomas liberales		IEE superior a las medias estatales	
Comunidad Foral de Navarra	100%	Comunidad Foral de Navarra	100,00%
Castilla-La Mancha	80%	Castilla y León	87,50%
Aragón	60%	Castilla-La Mancha	75,00%
Castilla y León	60%	Extremadura	75,00%
Extremadura	60%	La Rioja	75,00%
Galicia	60%	Aragón	62,50%
La Rioja	60%	Andalucía	50,00%
Región de Murcia	60%	Comunidad de Madrid	37,50%
Comunidad Valenciana	40%	Comunidad Valenciana	37,50%
Canarias	40%	Islas Baleares	33,33%
Principado de Asturias	40%	Cantabria	25,00%
País Vasco	30%	País Vasco	25,00%
Andalucía	20%	Cataluña	16,67%
Comunidad de Madrid	20%	Principado de Asturias	16,67%
Cantabria	20%	Galicia	12,50%
Ceuta	20%	Región de Murcia	12,50%
Melilla	20%	Canarias	0,00%
Cataluña	10%	Ceuta	0,00%
Islas Baleares	0%	Melilla	0,00%

Fuente: FEFARCAN.
IEE: Índice de Erosión Económica.

Para valorar los desfases que ha producido la ordenación farmacéutica de las comunidades autónomas, el estudio ha recurrido a elaborar dos índices que actúan como “varas de medir” iguales para todas. El primero de ellos es el Índice de Erosión Económica (IEE), que se construye con las farmacias que han recibido subvenciones o con las farmacias cerradas. El segundo índice, también objetivo, se hace según la forma en la que las comunidades autónomas desarrollan cada una de las leyes de ordenación: según el estudio, se clasifican en “liberales” o “conservadoras”, sin que estos adjetivos tengan nada que ver con su significado político, sino más bien con su carácter restrictivo o limitador de las nuevas aperturas. La combinación de estos índices ofrece el panorama que aparece en la tabla 2, donde se

aprecia una alta correlación entre los dos índices.

Otra consecuencia de la degradación económica ha sido la necesidad de aplicar un índice corrector del margen, que corre a cargo de los presupuestos sanitarios, para tratar de mantener las farmacias que se han denominado VEC (de Viabilidad Económica Comprometida). Este índice corrector fue introducido por el Real Decreto 826/2008 en las farmacias que facturan menos de 200.000 euros anuales, y se hizo efectivo ocho años después en el Real Decreto Ley 16/2012. En la mayor parte de los casos, el pago no llega a los 400 euros mensuales, por lo que no alcanza siquiera para contratar otro farmacéutico a media jornada. Aunque existe algo parecido en Italia, la cuantía que cobran las farmacias subvencionadas es mucho mayor.

Tabla 3. Descenso de la renta por hogar.

Renta por hogar			
	2010	2015	Variación
Melilla	37.349	31.526	-5.823
Ceuta	33.477	28.280	-5.197
Comunidad Valenciana	27.057	22.132	-4.925
Castilla-La Mancha	26.717	21.939	-4.778
Andalucía	25.543	20.851	-4.692
Navarra	37.433	32.979	-4.454
Asturias	30.226	25.909	-4.317
Madrid	35.452	31.243	-4.209
Región de Murcia	25.446	21.529	-3.917
Media nacional	29.634	26.092	-3.542
País Vasco	36.211	33.053	-3.158
Cantabria	28.237	25.282	-2.955
Cataluña	33.297	30.655	-2.642
Canarias	24.717	22.261	-2.456
Castilla y León	27.248	24.838	-2.410
Galicia	27.986	25.614	-2.372
Extremadura	23.349	21.092	-2.257
Islas Baleares	29.405	27.284	-2.121
La Rioja	27.104	26.604	-500
Aragón	30.166	30.058	-108

Fuente: FEFARCAN con datos del Instituto Nacional de Estadística.

vocar nuevos concursos de apertura y modificar su propia ley para imponer un módulo superior a los actuales 2.000 habitantes, que es la cifra más habitual, con las excepciones del País Vasco y Cataluña (solo para zonas de montaña), que tienen 2.500. Es importante también modificar la política de traslados para evitar el cierre de farmacias, mediante concursos previos a la convocatoria de nuevas aperturas o concediendo puntos adicionales a quienes hayan recibido subvenciones.

Las comunidades autónomas con una política más liberal, que han concedido más autorizaciones de nuevas aperturas desde 2006 a 2015, tienen un empeoramiento mayor de las condiciones económicas de sus farmacias en 2015. El 85,7% de las comunidades con un IEE de sus farmacias superior a la media tienen un porcentaje de aperturas también superior a la media y, en consecuencia, el promedio de habitantes por farmacia inferior a la media. Navarra, que está también entre las regiones con mayor problema de sostenibilidad de sus farmacias, ya tuvo que modificar en 2008 su Ley de Ordenación Farmacéutica para aumentar su número de habitantes por farmacia.

Factores que deberían contemplarse para la apertura de nuevas farmacias

Son fundamentalmente tres: la renta por hogar; el descenso de población, y el descenso de ventas. Estos tres factores deberían estar presentes en las autoridades de las comunidades autónomas a la hora de autorizar nuevas farmacias para evitar la inviabilidad y alejarse del sistema de subvenciones actual. Una visión gráfica de la evolución de estos índices se puede apreciar en la tabla 3 y las figuras 2 y 3; el panorama que ofrecen desaconseja la autorización de nuevas farmacias en la mayor parte de las comunidades autónomas.

La conclusión es que cada comunidad autónoma debe valorar el descenso previsible de su población antes de con-

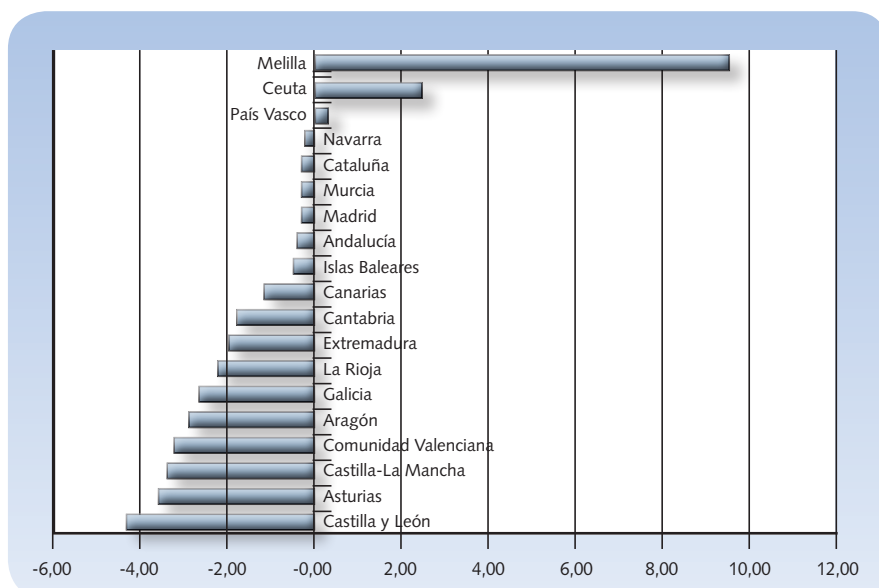


Figura 2. Porcentajes del descenso de población en los años 2011-2015.

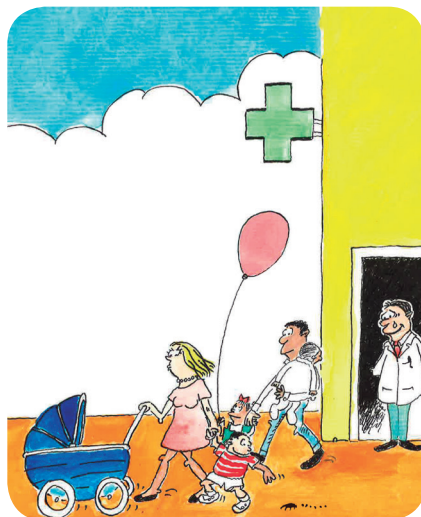
Fuente: FEFARCAN con datos del Instituto Nacional de Estadística.

Así pues, el desarrollo económico de las farmacias, tras años de descuentos, reducción de márgenes y descenso de población, debe hacer replantear la ordenación desarrollada por las comunidades autónomas, y algunas como la de Madrid ya tienen proyectos en negociación que pueden ponerse en vigor en los próximos años.

Recomendaciones

Una primera recomendación a las comunidades autónomas es que cada una valore el descenso previsible de su población antes de convocar nuevos concursos de apertura o modificar sus módulos. Todos los analistas coinciden en pronosticar una reducción notable de la población en las próximas décadas, que puede ser mayor en las regiones con peor situación económica.

La principal recomendación que se deduce de estos datos es la conveniencia para las comunidades autónomas de replantear sus criterios para revertir la pérdida de rentabilidad de sus farmacias, con una ordenación farmacéutica menos expansiva



que evite el incremento de las subvenciones a las farmacias, sostenga el empleo en el sector y contribuya a mantener el buen servicio a los ciudadanos. También, como no, debe valorarse la situación socioeconómica del entorno y la pérdida de facturación, ya que actualmente la facturación al Sistema Nacional de Salud es más de un 20% inferior a la del año 2009.

Un planteamiento preservador de la utilidad sanitaria de las farmacias sería el aumento del número de habitantes para la

apertura de nuevas oficinas de farmacia a 2.500 habitantes, manteniendo que puedan abrirse farmacias únicas en cualquier población con más de 1.000 habitantes que no cuente con farmacia. Ello es coherente con mantener una alta capilaridad del dispositivo asistencial farmacéutico.

Ante las previsiones de reducción de población, habría que mejorar el sistema de traslados, limitar las nuevas aperturas en poblaciones que cuenten con una oferta suficiente de farmacias y sustituir por botiquines con un farmacéutico adjunto al frente las farmacias que desaparezcan en aquellas poblaciones de menos de 1.000 habitantes. Si se quiere mantener un adecuado nivel de asistencia farmacéutica, la recomendación es limitar también las nuevas aperturas en aquellas comunidades en las que se ha producido una mayor caída de facturación.

La conclusión final del análisis realizado es que, aun con una ordenación farmacéutica bastante equilibrada, la economía de las oficinas de farmacia españolas atraviesa momentos de enormes dificultades, derivadas de un importante riesgo regulatorio, al haber reducido los márgenes e introducido descuentos que han llevado a muchas farmacias a la inviabilidad económica.

Esta situación puede revertirse parcialmente eliminando las deducciones y los descuentos, pero no mejoraría sensiblemente manteniendo el sistema de subvenciones o modificando el sistema retributivo, solo podría mejorarse ajustando la apertura de nuevas farmacias a incrementos sensibles de la población en zonas determinadas, y estableciendo mecanismos de traslado más fáciles, así como prestar asistencia mediante botiquines, cuando se produzca la desaparición de las oficinas de farmacia en pequeñas poblaciones. □

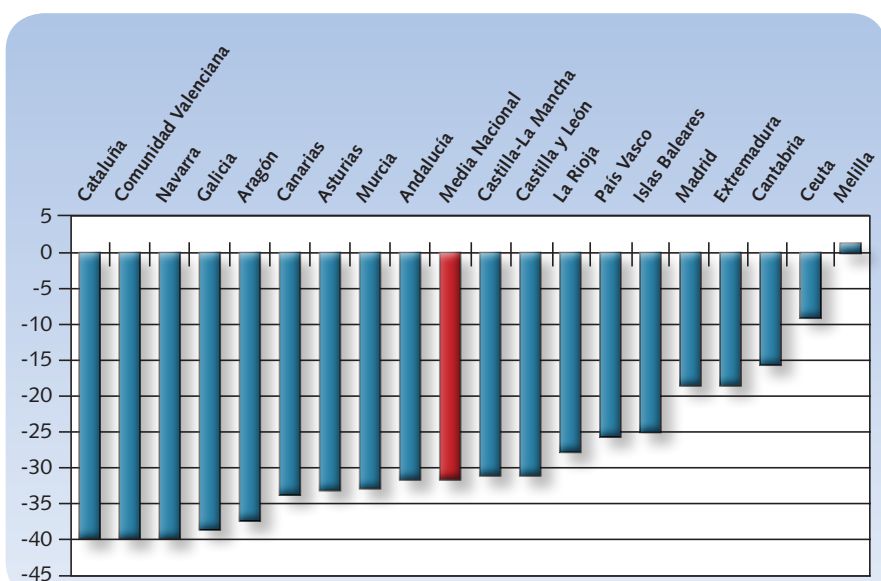


Figura 3. Porcentajes del descenso de la facturación al Sistema Nacional de Salud (2010-2015). Fuente: FEFARCAN con datos del Ministerio de Sanidad.

Bibliografía

1. Granda E, Litrán E. Ordenación farmacéutica y desarrollo económico de las farmacias. FEFARCAN; 2016.