



OBSERVATORIO  
DEL  
MEDICAMENTO  
COMUNIDAD  
VALENCIANA

JUNIO 2022

## 1. CARTA DEL EDITOR

Para una patronal, no alcanzar acuerdos con los trabajadores representa un fracaso, y esto es lo que ha ocurrido en los últimos ocho años, aunque casi siempre por disensiones entre los sindicatos. De esta situación de fracaso permanente acabamos de salir, ya que se alcanzado un peacuerdo para el XXV Convenio Colectivo de Oficinas de Farmacia, tras once meses de negociación, que permitirá mantener el poder adquisitivo de nuestros trabajadores, pero que también incorpora cuestiones relacionadas con la conciliación de la vida laboral y personal, fija la jornada laboral anual y permite acabar con los pagos a cuenta que, en muchos casos, se habían convertido en un verdadero quebaradero de cabeza.

Los incrementos pactados de 4% para 2022, del 4% para 2023 y del 3,5% para 2024 son razonables con relación a la inflación actual y el crecimiento del mercado. Y son ajustados, si tenemos en cuenta que el resto de gastos de las farmacias también está sometido a la inflación. Además se ha pactado un día más de jornada laboral para estos tres años.

Así como el interés de nuestra patronal FEFE para alcanzar la seguridad jurídica de un Convenio ha sido lineal, los sindicatos primero confiaron en la ultratractividad para mantener los incrementos salariales, pero luego se dieron cuenta de que ya no les convenía, en un periodo de inflación como el que nos encontramos, por lo que supongo que no han dudado en firmar. En cualquier caso un éxito para todos –Patronal y Sindicatos- que permite desbloquear esta importante cuestión y mantener la paz social en nuestro sector.

La otra cuestión a la que quiero referirme son las propuestas de muy diversas organizaciones farmacéuticas ante la apertura de información pública de la reforma de la Ley de Garantías por las que tratan de trasladar todo lo que podría mejorarse, como si se tratara de “cartas a los Reyes Magos”, y todo ello, sin saber a ciencia cierta lo que tiene pensado el Ministerio. Muchas se han conocido antes de redactar esta carta, aunque no las que más curiosidad me producen a mi personalmente, que son las del Consejo General y las de Farmaindustria

Desde FEFE se ha elaborado un amplio documento que es por derecho propio una verdadera doctrina de nuestra patronal, del que destacamos un amplio resumen en este Observatorio, y en el que no faltan referencias a la eliminación de los Reales Decretos Leyes promulgados desde el año 2000 que se impusieron con carácter transitorio y siguen erosionando la rentabilidad de las farmacias. Otras son: modificar el sistema de precios de referencia; abandonar el sistema de subastas; consolidar la dispensación en farmacias de proximidad de los medicamentos de diagnóstico hospitalario; mantener la vinculación de los depósitos de medicamentos a las oficinas de farmacia en las condiciones actuales; mejorar las condiciones de dispensación de productos de diagnóstico in vitro, y otras muchas, relativas a la implantación de los precios notificados, publicidad y racionalización del régimen sancionador, cuyas sanciones hasta ahora son las mismas para una farmacia que para una multinacional que factura cientos de millones de euros.

Lo que pretende el Ministerio seguro que es mucho más simple, y quizá mas dañino, pero es buen momento para decirle lo que pensamos, no solo para favorecer nuestro quehacer diario, sino también para mejorar la atención a los pacientes.

### **Diez propuestas y 17 Conclusiones de FEFE como aportación ante la intención del Ministerio de Modificar la Ley de Garantías y Uso Racional de los medicamentos.**

El documento de propuestas elaborado por FEFE tiene una consideración previa que hay que destacar: el enorme esfuerzo que vienen realizando las Oficinas de Farmacia con sus contribuciones al Sistema Nacional de Salud que como indicábamos en este Observatorio correspondiente al mes de diciembre de 2021 habría superado los 6.062 millones de euros desde el año 2009. Y dentro de esta consideración previa, también una cuestión muy importante: el rechazo de nuestra Patronal a considerar otras formas de retribución basadas en un coste fijo para el acto de dispensación y que el resto de la remuneración dependa de unos servicios que ninguna Administración se atreva a definir ni mucho menos a remunerar, y ejemplo más evidente lo tenemos con las guardias y los servicios de urgencia.

A continuación, se aborda el análisis de las cuestiones que aparecen en la información facilitada por el Ministerio como grandes enunciados a recoger en la futura reforma de la Ley. (Estos apartados son los recuadros en letra verde a los que siguen las consideraciones de FEFE).

**Modificar el sistema de aportación farmacéutica para alcanzar una mejor redistribución de la carga económica derivada del copago farmacéutico en función del nivel socioeconómico de la ciudadanía y persiguiendo un modelo más justo y más garante de la equidad en el acceso a los medicamentos que las personas necesitan y les son prescritos en el SNS, con especial atención a los colectivos más vulnerables.**

Desde FEFE y a falta de ver cómo se plasma la reforma anunciada entendemos que el copago *“es la medida más poderosa para actuar sobre la demanda de recetas y contener el gasto”*<sup>1</sup>. Ya que ha de alejarse toda idea de gratuidad de la prestación farmacéutica y que pueda dar la sensación de que el medicamento no tiene valor, identificando precio con valor terapéutico.

En este momento los tramos de aportación en función de la renta quizá sean demasiado amplios por lo que desde nuestra patronal no estamos en contra de una modificación de los mismos.

Otra cuestión con la que podemos estar de acuerdo es con el **Copago Evitable** ya que algunos pacientes les pueden interesar obtener determinados medicamentos con un coste ligeramente superior.

Con lo que no podemos estar de acuerdo es con la implantación de un Clawback de más que dudosa legalidad y cuya implantación supondría una intolerable incursión en una actividad privada y, por otra parte, suficientemente sometida al pago de IRPF.

<sup>1</sup> Así se indicó ya en el Observatorio del Medicamento de FEFE correspondiente al mes de Noviembre de 2020, en el que se indicaba que: *“El resultado de esta disposición legal supuso una caída de más de 25 millones de recetas y 175 millones en el gasto”*.

**Modificar el sistema de precios de referencia introduciendo elementos que incrementen la competencia y valoren las aportaciones que suponen un beneficio incremental en la utilización de medicamentos.**

Creemos que es urgente una revisión en profundidad del sistema de precios de referencia que está dando lugar a una alta litigiosidad por su aplicación automatizada, sin considerar moléculas diferentes que se agrupan, dosis pediátricas imposibles de aplicar como si se tratasen de dosis de adultos y formas farmacéuticas que requerían una diferenciación de precios.

FEFE, ha venido desde antiguo presentando alegaciones ante el Ministerio de sanidad cada vez que éste ha elaborado una nueva Orden de Precios de Referencia, y en algunas ocasiones ha presentado diversos recursos contencioso-administrativos con diverso resultado.

Las Órdenes anuales de Precios de Referencia han supuesto una reducción del importe en la prestación farmacéutica (tanto la hospitalaria como mediante receta dispensada por la Oficina de Farmacia), no siempre tan abultada como manifestaba el Ministerio de Sanidad, que se ha negado a presentar Memorias económicas en las tramitaciones de las Órdenes ministeriales, pese a que tanto el Consejo de Estado como el Tribunal Supremo establecían que ese era el momento oportuno.

La verdadera competencia se ha producido en los tribunales, ya que el Ministerio pese a que tenía un marco normativo muy claro lo ha venido a incumpliendo constantemente, además, de limitar el acceso al Nomenclátor Oficial haciendo difícil determinar cuándo realmente se pueden conformar determinados conjuntos.

En efecto, el año 2017 se produjo una avalancha de sentencias que afectaron a las Órdenes de Precios de Referencia de los años 2014, 2015 y 2016, en las que el Ministerio había conformado conjuntos de referencia utilizando para ello el agrupamiento de medicamentos con la misma ACT5 y no con el principio activo (DCI o DOE) con el que se había aprobado su comercialización en España.

**Consolidar la dispensación no presencial de medicamentos de dispensación hospitalaria y la telefarmacia en el SNS.**

Como no tenemos una definición legal de lo que puede entenderse por dispensación no presencial solo podemos guiarnos por las notas de prensa del Ministerio y por las conclusiones de la Comisión de Reconstrucción del Congreso que han sido ampliamente criticadas en este Observatorio.

La telefarmacia como herramienta sólo puede ser para el asesoramiento o consejo farmacéutico como parte de la dispensación, pero no como medio para la entrega de medicamentos a distancia, debiendo realizarse la entrega del medicamento en la Oficina de Farmacia y, en su defecto, en el hospital. Recordemos que el cincuenta y tres por ciento (53 %) de los hospitales públicos no dispensan medicamentos por las tardes.

Por tanto, tenemos que defender que la dispensación y asesoramiento de los medicamentos hospitalarios se lleve a cabo en las farmacias para evitar lo que venimos denominando “el copago

encubierto” que supone la pérdida de horas y gastos de transporte de los enfermos para recoger los medicamentos en los hospitales.

**Posibilitar que los depósitos de medicamentos de los centros sociosanitarios puedan estar vinculados a los servicios de farmacia de atención primaria, adicionalmente a los servicios de farmacia hospitalaria y a las oficinas de farmacia.**

Una vez más se busca un supuesto ahorro, al pretender eliminar el margen profesional que el Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo<sup>2</sup>, reconoce a las Oficinas de Farmacia por su actuación, trasladando la atención farmacéutica fuera de los centros a los que pertenecen los servicios de farmacia (ya hospitalaria ya de atención primaria). Se persiste en el error, ya que estos supuestos ahorros, sólo pueden probarse cuando se “*maquillan*” los resultados tanto de atención y calidad recibida por el paciente -que debe ser el centro de la prestación y servicio- como la omisión de los cuantiosos gastos indirectos que además se incrementarían cada año, así como la inclusión de partidas como el copago que se restan al coste cuando éste ya no es exigible al haberse eludido el canal de la Oficina de Farmacia. Este es el caso del País Vasco -aunque ha sucedido en otras CC.AA.-, como no estaban bien hechos los números (cuantificación económica), se han visto obligados a crear un nuevo laboratorio para la realización de los Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD)<sup>3</sup>, y así poder prestar el servicio de atención farmacéutica en las residencias de mayores y centros sociosanitarios.

**Incorporar las modificaciones y definiciones del Reglamento UE 2017/745, sobre productos sanitarios, el Reglamento 2017/746 sobre productos sanitarios para diagnóstico in vitro, el Reglamento UE 2019/6, sobre medicamentos veterinarios y el Reglamento (UE) n° 536/2014 sobre los ensayos clínicos de medicamentos de uso humano.**

La Oficina de Farmacia ha demostrado desde hace mucho tiempo su idoneidad para realizar cribados y pruebas para el diagnóstico de enfermedades, así como para la venta “controlada” de los productos sanitarios para autodiagnóstico.

Por ello, la adecuación de nuestro ordenamiento a los reglamentos europeos indicados debe producirse desde la confianza en la Oficina de Farmacia como establecimiento sanitario, con la capacidad y cualificación suficiente de sus empleados, para la venta de productos sanitarios de autodiagnóstico así como de las «*pruebas diagnósticas en el lugar de asistencia al paciente*», sin necesidad de prescripción facultativa al respecto, de forma que la norma general sea su venta al paciente en Oficina de Farmacia de estos productos sanitarios y sólo en caso, de entender que un determinado tipo o clase producto (por ejemplo, diagnóstico genético) requiriese de su restricción o prohibición por motivos de salud pública u otros de orden público, se exigiese habilitación especial

<sup>2</sup> [Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo](#), por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

<sup>3</sup> Desconocemos si esta actuación ha despertado tanto interés en la Autoridad Vasca de la Competencia (en su [Resolución núm. 10/2012](#)) como en la CNMC, como despertó en el pasado la asistencia de los centros sociosanitarios a través de Oficinas de Farmacia.

ya mediante prescripción mediante receta médica u orden de dispensación ya estableciendo reservas singulares y sometiénolas a visado.

Además, la Ley debe de contemplar la capacitación de la Oficina de Farmacia a través de los graduados o Licenciados en farmacia para realizar estas pruebas diagnósticas al paciente e incluir los resultados (cuando sean relevantes) en la historia clínica única del paciente para que así tengan acceso el resto de los profesionales sanitarios.

De esta forma se llenaría de contenido (sin llegar a colmarlo o agotarlo) el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los Diputados<sup>4</sup>, con respecto a la Oficina de Farmacia y especialmente con respecto a *“Garantizar la sostenibilidad de las redes de farmacias, para su labor sanitaria, social y de cohesión territorial”* mediante *“buenas prácticas en farmacia comunitaria y el desarrollo del papel asistencial y sanitario del farmacéutico, en coordinación con los profesionales de Atención Primaria”*.

Con respecto al Reglamento UE 2019/6, sobre medicamentos veterinarios, tenemos conocimiento que tanto el Ministerio de Sanidad como el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación, realizaron sendas consultas públicas para adecuar nuestro ordenamiento jurídico a dicha norma, además tuvimos conocimiento de un proyecto de texto articulado redactado por el Ministerio de Agricultura, Pesca y Alimentación (Proyecto de Real Decreto por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios y la Borrador final RD MEDICAMENTOS versión definitiva, hasta donde conocemos).

Desde FEFE, si la verdadera intención del Ejecutivo es proponer una reforma del sistema de dispensación, manifestamos nuestra más enérgica oposición y repulsa a la misma; y si, por el contrario, se trata de reforzar y poner más claramente las incompatibilidades del prescriptor y la venta de medicamentos, manifestamos nuestro apoyo.

#### **A diversos objetivos principales explícitos en la consulta.**

- 1º.- Clarificar las competencias en materia de control de publicidad de medicamentos.
- 2º.- Clarificar el redactado de productos sanitarios sujetos a prescripción.
- 3º.- Incorporar un capítulo independiente de garantías de productos sanitarios, cosméticos y productos de cuidado personal.
- 4º.- Modificar el articulado relativo a la publicidad de productos sanitarios.

Frente a estas propuestas no podemos más que congratularnos, ahora bien, para determinar el acierto o no de esta medida es necesario que conozcamos los textos y el articulado mediante el que se concreten dichos objetivos, que en principio no sólo parecen loables sino también adecuados. No obstante, como decimos será el texto el que nos lleve a comprobar si se ajustan a los fines propuestos

---

<sup>4</sup> La falta de médicos obliga a ocupar las plazas con farmacéuticos, LAS PROVINCIAS, 18 de julio de 2022  
[FEFE lamenta los acuerdos alcanzados en el Pacto de Estado sobre los medicamentos](#)

si los alcanzan o se quedan cortos o se exceden del mismos, así como la idoneidad del texto o norma al fin propuesto, su proporcionalidad, legalidad, conveniencia y técnica legislativa.

Con respecto a los puntos 2º y 4º recogidos en esta aportación hay que llamar la atención sobre lo indicado en la aportación inmediatamente anterior o Aportación Sexta, en el sentido de modificar la necesidad de prescripción, eliminándola sólo manteniéndola para casos muy concretos y específicos por necesidad de salud pública u orden público, y estableciendo, en su caso, reservas singulares sobre los mismos.

Además, hay que potenciar y facilitar la implantación de servicios de valor añadido que puede desarrollar la Oficina de Farmacia, descargando de la sobrecarga que en la actualidad soportan los centros ambulatorios de Atención Primaria, potenciando el *“papel asistencial y sanitario del farmacéutico”* de Oficina de Farmacia, a este respecto hay que desarrollar Guías de actuación para que la Oficina de Farmacia pueda tratar síndromes menores.

#### **Modificar y actualizar el procedimiento sancionador y las infracciones.**

Este objetivo debe ser sopesado dependiendo de cuál sea realmente el alcance de la modificación, es cierto que algunas infracciones deben de especificarse y concretar pero normalmente estos cambios simplemente o fundamentalmente tienen como finalidad establecer nuevos importes a las sanciones, lógicamente incrementándolos, lo que en la situación económica actual, pudiera resultar inoportuno.

Puede ser una buena ocasión de clarificar uno de los defectos de la actual Ley en lo que se refiere a sanciones, ya que no distingue entre las que pueda cometer un farmacéutico en su farmacia y las que puedan atribuirse a empresas de distribución o industria farmacéutica que facturan cientos de millones.

#### **Objetivos no determinados.**

- Otros aspectos vinculados con el Organismo Notificado, dispositivos de seguridad, garantía del suministro de medicamentos, radiofármacos, etc.
- Cualquier otro que se considere necesario para alcanzar el objetivo general planteado.

Estos objetivos están redactados de forma muy vaga y no pueden ser apoyados por esta Federación al desconocer el alcance que pueda llegar a tener su contenido, por lo que siendo una consulta pública y conociendo que se llevan más de un año trabajando en estas modificaciones, hubiera sido deseable más concreción.

No es ajeno al Ministerio de Sanidad que la señalización de la Oficina de Farmacia está siendo utilizada por determinados comercios para crear confusión entre los foráneos y aprovecharse de la buena reputación de la que gozan estos establecimientos sanitarios, por ello, se quiere llamar a la atención sobre la conveniencia de regular, ya en la publicidad del medicamento ya de forma independiente la

señalización de la Oficina de Farmacia como exclusiva y excluyente de la misma de forma que puedan protegerse los intereses de las personas, especialmente, extranjeras que puedan ser llevadas a error por el uso de estas señales propias de la Oficina de Farmacia por otros establecimientos, a título de ejemplo, traemos a colación el artículo 38, b) de la Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias.

### Como conclusiones FEFE propone:

- 1º.- La Oficina de Farmacia debe integrarse realmente en la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud, de forma que las actuaciones que realice (Servicios profesionales de valor añadido) tengan reflejo en la historia clínica del paciente de forma directa. Mediciones: peso, tensión glucosa, etcétera, así como las pruebas y cribados que realice, atención de síntomas menores, etcétera.
- 2º.- Esta integración de la Oficina de Farmacia en la Atención Primaria del SNS, ha de conllevar una comunicación bidireccional basada en la coordinación con otros profesionales de la sanidad y no desde una subordinación ya jerárquica ya funcional, o de mero apoyo ante las demandas que puntualmente no puedan atender o cubrir los demás profesionales o servicios.
- 3º.- Esta coordinación y comunicación fluida ha de permitir que la Oficina de Farmacia desarrolle nuevos servicios profesionales de valor añadido que descarguen a los centros ambulatorios o consultorios locales de las consultas rutinarias y de las afecciones o síntomas menores.
- 4º.- Poner en práctica las guías para la atención desde la Oficina de Farmacia de síndromes menores, como por ejemplo la Guía de consultas de síndromes menores desde la Oficina de Farmacia<sup>5</sup> o de programas como INDICA + PRO.
- 5º.- Todo ello requiere el acceso, por parte de la Oficina de Farmacia, a la historia clínica única del paciente.
- 6º.- No puede existir una discriminación positiva en cuanto a la minoración o dispensa de los requisitos y exigencias a cumplir por los servicios de farmacia, especialmente los públicos, frente a la Oficina de Farmacia para desempeñar las mismas facultades o desarrollar los mismos servicios. Las garantías **mínimas** del servicio han de ser las mismas independientemente de quién preste el servicio. Por ejemplo, no se puede exigir la presencia física de farmacéutico de Oficina de Farmacia para atender los botiquines y depósitos de medicamentos a su cargo y que el farmacéutico de los servicios de farmacia no tenga que cumplir esa exigencia.
- 7º.- La telefarmacia y la atención farmacoterapéutica domiciliaria deberán desarrollarse de manera excepcional apoyados en el art. 7 de la ley de ordenación farmacéutica de Galicia, dirigida en exclusiva a pacientes con necesidades asistenciales específicas y acreditada por servicios asistenciales públicos con entrega informada de los mismos en su domicilio con la misma reglamentación que si se dispensara en la misma Oficina de Farmacia. La telefarmacia no puede ser utilizada para la dispensación de medicamentos.

---

<sup>5</sup> Esta Guía enumera hasta 31 protocolos de síntomas menores agrupados en respiratorios, dolor moderado, digestivos, dermatológicos y otros síntomas menores.

- 8º.- La Oficina de Farmacia no sólo se ha mostrado capaz de desarrollar un buen servicio de atención a las residencias y centros sociosanitarios, sino que ha demostrado sobradamente su eficacia, profesionalidad y buen servicio poniendo en valor su cercanía tanto espacial (territorial) como personal y emocional con el paciente. No debe trasladarse a los Servicios de Farmacia de Atención Primaria, la prestación farmacéutica de las residencias y centros sociosanitarios, ya que esta actividad está siendo atendida por la Oficina de Farmacia de forma no sólo eficiente sino también eficaz.
- 9º.- La libertad de elección de Oficina de Farmacia no se elimina, sin más, con respecto al paciente institucionalizado, quien sigue manteniendo y reteniendo sus derechos.
- 10º.- La adecuación de nuestro ordenamiento al Reglamento (UE) 2017/746 del Parlamento Europeo y del Consejo de 5 de abril de 2017, sobre los productos sanitarios para diagnóstico in vitro y por el que se derogan la Directiva 98/79/CE y la Decisión 2010/227/UE de la Comisión, ha de servir, para que la Oficina de Farmacia pueda de acuerdo con las capacidades demostradas durante la pandemia:
- i. Vender todos los productos sanitarios para autodiagnóstico, que existan en el mercado sin necesidad de que tengan que ser específicamente habilitados para ello, como en la actualidad. En caso de verse la necesidad de restringir el uso de dichas pruebas son éstas las que tienen que ser desplazadas de la autorización general<sup>6</sup>.
  - ii. Realización de dichas pruebas, así como de las «*pruebas diagnósticas en el lugar de asistencia al paciente*», incluyendo los resultados (cuando sean relevantes) en la historia clínica única del paciente y, en su caso, emitiendo certificados del resultado de los mismos (dejando constancia, si se considera oportuno en su historia clínica).
- 11º.- Todos los medicamentos de Diagnóstico Hospitalarios, aunque existan reservas singulares deben de volver al canal de dispensación mediante la Oficina de Farmacia.
- 12º.- Debe determinarse normativamente, y a nivel nacional, que la señalización de la Oficina de Farmacia ha de ser exclusiva y excluyente de la misma; de manera que sirva de forma eficaz para distinguirla de otros establecimientos que pretenden aprovecharse comercialmente de la reputación de la Oficina de Farmacia. Se propone la inclusión de una disposición o artículo como garantía básica, similar al texto del artículo 38, b) de la Ley 4/2005, de 13 de julio, de ordenación farmacéutica de Canarias, evitando así la confusión que generan determinados comercios a los extranjeros.
- 13º.- Precios Notificados. La Ley de garantías ya establece una serie de mecanismos para corregir las rigideces que provoca la intervención del Estado en la fijación de los precios y, en particular, el sistema de precios de referencia.
- 14º.- Rechazo a los sistemas de clawback o similares, que van en contra de lo acordado en el Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción Social y Económica del Congreso de los

---

<sup>6</sup> Habría que estudiar la conveniencia de que también estuviesen en la Oficina de Farmacia las «pruebas diagnósticas en el lugar de asistencia al paciente», para su posible venta como deberían de estar todas las vacunas.

- Diputados<sup>7</sup>, con respecto a la Oficina de Farmacia y especialmente con respecto a “Garantizar la sostenibilidad de las redes de farmacias, para su labor sanitaria, social y de cohesión territorial”. Máxime cuando los datos en los que se apoya la bondad de esta medida están obsoletos y superados por la aplicación de las normas de Uso Racional del medicamento (medidas economicistas) que supusieron por ejemplo una bajada obligatoria del precio de los medicamentos genéricos, estuviesen o no sujetos al régimen de precios de referencia<sup>8</sup>.
- 15º.- Mantener el actual sistema de dispensación de los medicamentos veterinarios y la incompatibilidad (que debería recogerse también como prohibición), de que el prescriptor (facultativo veterinario) pueda vender medicamentos, manteniendo las mismas limitaciones que en la actualidad se recogen en el Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.
- 16º.- La administración ha de cumplir con la legalidad vigente y no puede incumplirla en aras o protección de un supuesto bien superior. Así, cuando mediante una norma (independientemente del rango legal que tenga la misma) se proceda retirar del canal de Oficina de Farmacia no sólo deberá ser exigible que redacte una memoria económica del impacto que la misma ha de tener sobre la Oficina de Farmacia, la incidencia que esta medida va a representar en el mercado territorial donde se va a aplicar, resultado de la medida del cumplimiento o no de las perspectivas anunciadas, sistemas de reversión de la medida si ésta no se cumplen los requisitos o resultados previstos.
- 17º.- FEFE está en principio, y a falta de su concreción o propuesta normativa, de acuerdo con las medidas que AIReF propuestas con respecto al copago incluido el copago evitable y la redistribución de la carga para hacerla más equitativa, sin olvidar que la prestación farmacéutica, al igual que el resto de Sanidad Pública, se financia con impuestos.

## 2. RELEVANTES DE ESTE OBSERVATORIO

### Comparación de del consumo público y privado de medicamentos del grupo M

La publicación por el Ministerio de Sanidad de estadísticas de consumo en unidades por el Sistema Nacional de Salud en el año 2020 permite llevar a cabo comparaciones con el mercado total y obtener por diferencia el consumo en recetas privadas.

Esta comparación es especialmente útil para imaginar lo que podrían suponer los “**precios notificados**” si las recetas privadas pudieran dispensarse a un precio mayor, tal como autoriza la Ley de Garantías.

---

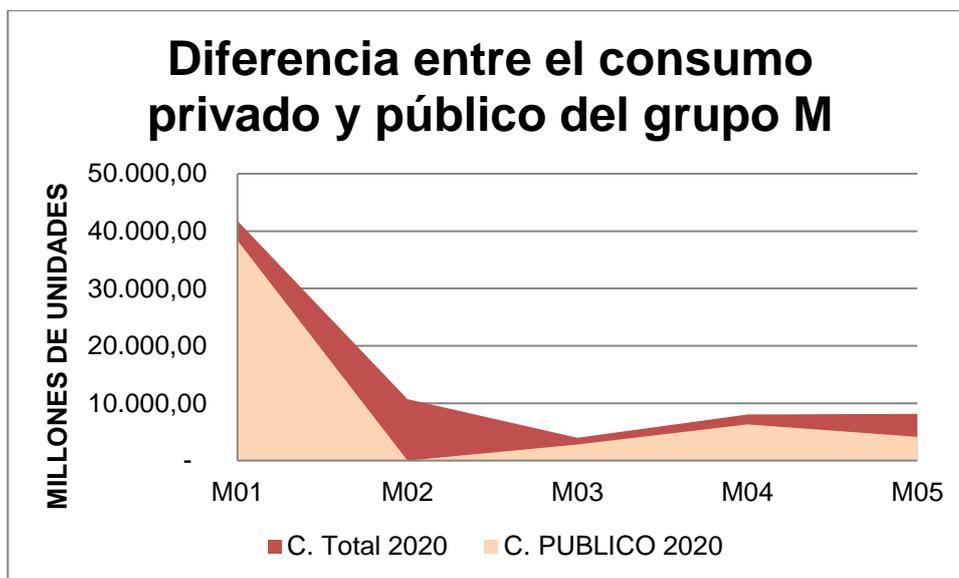
<sup>7</sup> La falta de médicos obliga a ocupar las plazas con farmacéuticos, LAS PROVINCIAS, 18 de julio de 2022 [FEFE lamenta los acuerdos alcanzados en el Pacto de Estado sobre los medicamentos](#)

<sup>8</sup> [Informe anual del Sistema Nacional de Salud 2010](#), págs. 149 y 150

CODIGO	Consumo Público y Privado en unidades año 2020	C. Total 2020 Mill/UN	C. PUBLICO 2020 Millones/ UN
M01	ANTIINFLAMATORIOS Y ANTIRREUMÁTICOS	41.787,30	38.380,45
M02	ANTIRREUMÁTICOS TÓPICOS	10.709,20	
M03	MIORRELAJANTES	3.976,30	2.794,72
M04	ANTIGOTOSOS	8.018,80	6.313,40
M05	OTROS PROD. AP. LOCOMOTOR	8.158,10	4.115,86
	<b>Total</b>	<b>72.649,70</b>	<b>51.604,43</b>

El grupo M, que contiene medicamentos para el sistema musculoesquelético, podemos observar que el mercado de prescripción del Grupo M es de 72,6 millones de unidades, mientras que el mercado del SNS es de 60,99 millones de unidades en el año 2020.

La diferencia, **unos 21 millones de unidades** serían susceptible de dispensarse a mayor precio, cuando se autorice el sistema de precios notificados.



## 2. DATOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

COMUNIDAD AUTÓNOMA	Nº ENVASES FACTURADOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD								
	DATOS MENSUALES			ACUMULADO ENERO - JUNIO			ACUMULADO INTERANUAL		
	2022	2021	%22/21	2022	2021	%22/21	JUL 21-JUN 22	JUL 20-JUN 21	% Δ
C. VALENCIANA	10.274.155	9.628.540	6,71	60.556.347	55.459.716	9,19	119.032.330	109.432.199	8,77
NACIONAL	91.821.400	86.494.166	6,16	542.332.100	503.091.133	7,80	1.062.006.164	985.624.051	7,75

**EL NÚMERO DE ENVASES FACTURADOS DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD HA TENIDO LAS SIGUIENTES VARIACIONES:**

- **En el mes de JUNIO DE 2022 ha aumentado un 6,71%** respecto de junio de 2021, **por encima del 6,16%** de la media nacional.
- **El ACUMULADO MENSUAL DE ENERO A JUNIO DE 2022 del Sistema Nacional de Salud ha aumentado un 9,19%** respecto del acumulado de 2021, **por encima del del 7,80%** de la media nacional.
- **El ACUMULADO INTERANUAL del Sistema Nacional de Salud de 2022 ha aumentado un 8,77%** respecto del acumulado de 2021, **por encima del del 7,75%** de la media nacional.

COMUNIDAD AUTÓNOMA	GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD								
	DATOS MENSUALES			ACUMULADO ENERO - JUNIO			ACUMULADO INTERANUAL		
	2022	2021	%22/21	2022	2021	%22/21	JUL 21-JUN 22	JUL 20-JUN 21	% Δ
C. VALENCIANA	121.181.014	115.780.824	4,66	710.786.531	669.176.002	6,22	1.405.698.604	1.316.226.771	6,80
NACIONAL	1.045.226.427	996.024.130	4,94	6.151.602.399	5.772.916.795	6,56	12.125.663.814	11.280.324.801	7,49

**EL GASTO FARMACÉUTICO A TRAVÉS DE RECETA OFICIAL DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD HA TENIDO LAS SIGUIENTES VARIACIONES:**

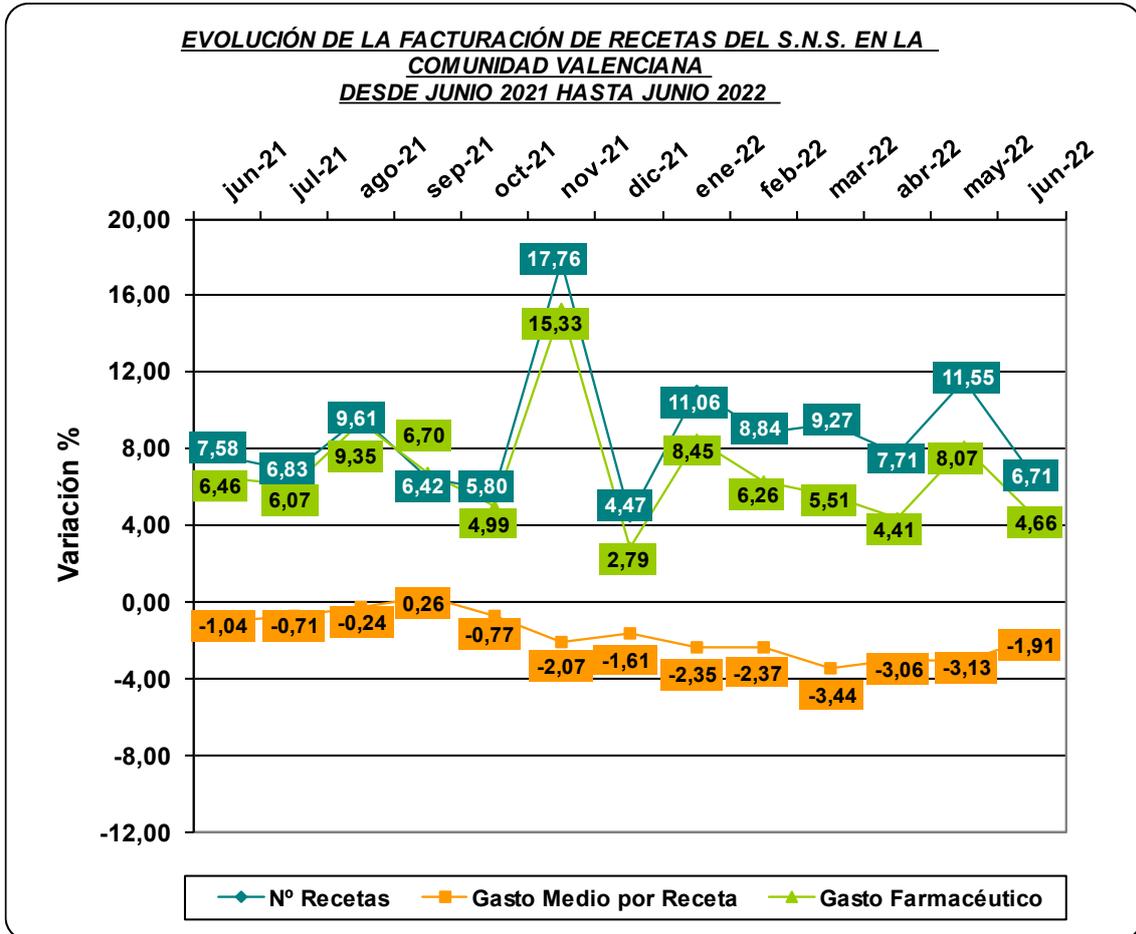
- **En el mes de JUNIO DE 2022 ha aumentado un 4,66%** respecto de junio de 2021, **por debajo del 4,94%** de la media nacional.
- **El ACUMULADO MENSUAL DE ENERO A JUNIO DE 2022 del Sistema Nacional de Salud ha aumentado un 6,22%** respecto del acumulado de 2021, **por debajo del del 6,56%** de la media nacional.
- **El ACUMULADO INTERANUAL del Sistema Nacional de Salud de 2022 ha aumentado un 6,80%** respecto del acumulado de 2021, **por debajo del 7,49%** de la media nacional.

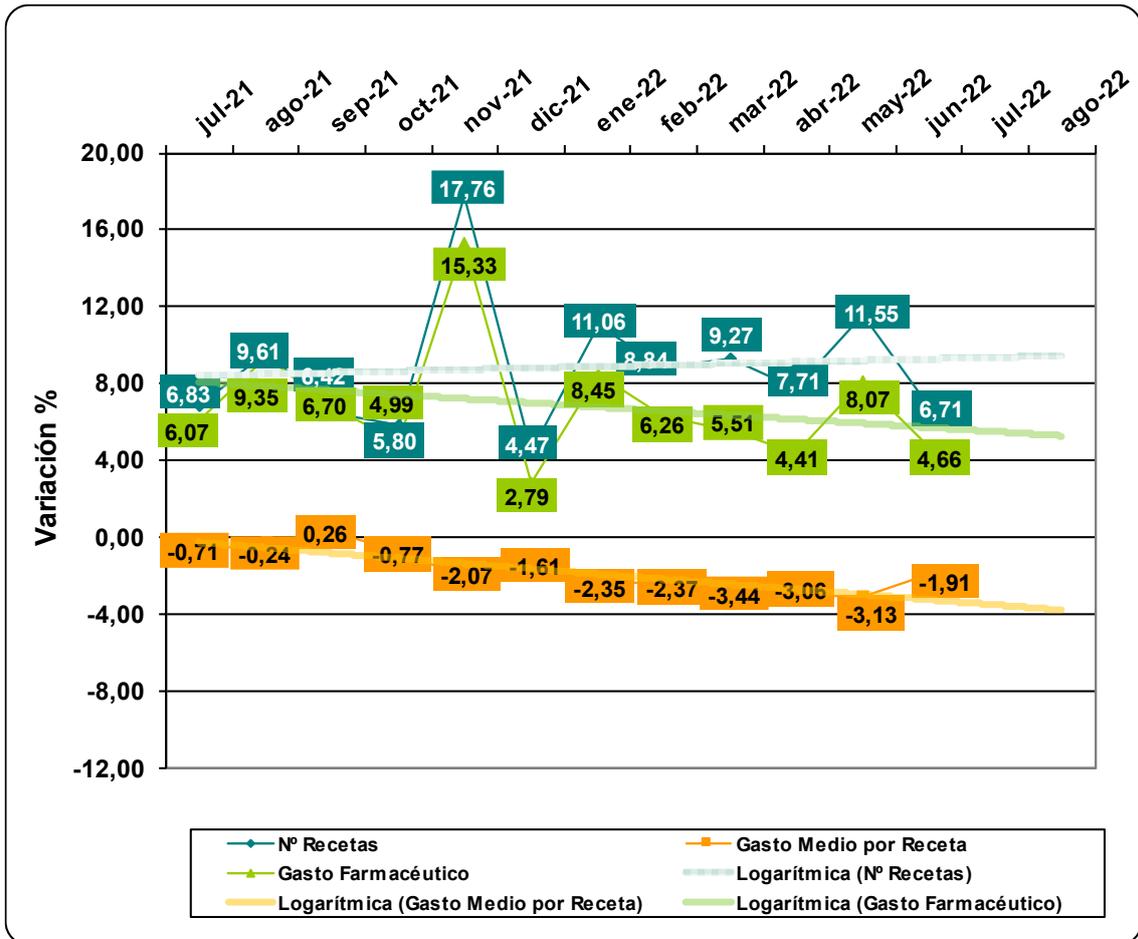
COMUNIDAD AUTÓNOMA	GASTO MEDIO POR ENVASE FACTURADO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD								
	DATOS MENSUALES			ACUMULADO ENERO - JUNIO			ACUMULADO INTERANUAL		
	2022	2021	%22/21	2022	2021	%22/21	JUL 21- JUN 22	JUL 20- JUN 21	% Δ
C. VALENCIANA	11,79	12,02	-1,91	11,74	12,07	-2,72	11,81	12,03	-1,82
NACIONAL	11,38	11,52	-1,15	11,34	11,47	-1,15	11,42	11,44	-0,24

**GASTO MEDIO POR ENVASE FACTURADO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD HA TENIDO LAS SIGUIENTES VARIACIONES:**

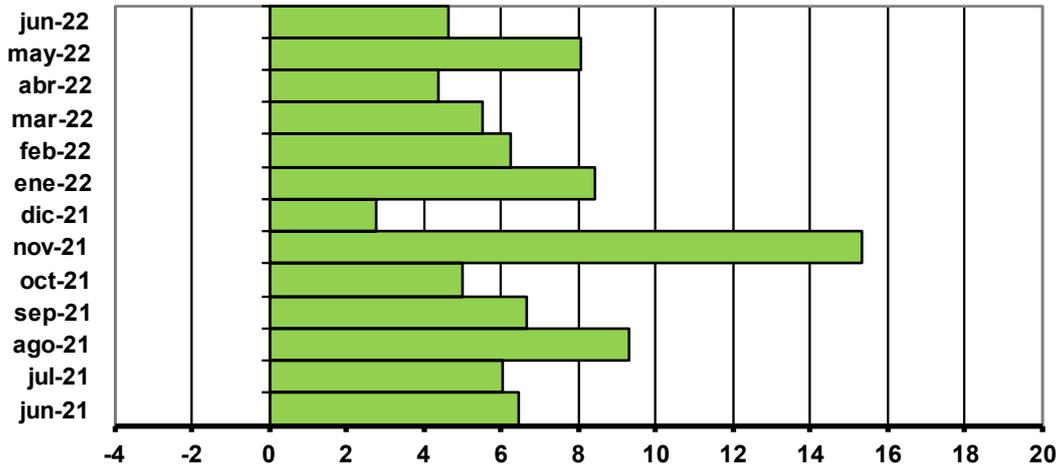
- **En el mes de JUNIO DE 2022 ha disminuido un -1,91%** respecto de junio de 2021, **mayor disminución que el -1,15%** de la media nacional.
- **El ACUMULADO MENSUAL DE ENERO A JUNIO DE 2022 del Sistema Nacional de Salud ha disminuido un -2,72%** respecto del acumulado de 2021, **mayor disminución que el -1,15%** de la media nacional.
- **El ACUMULADO INTERANUAL del Sistema Nacional de Salud de 2022 ha disminuido un -1,82%** respecto del acumulado de 2021, **mayor disminución que el -0,24%** de la media nacional.

## GRÁFICAS COMUNIDAD VALENCIANA



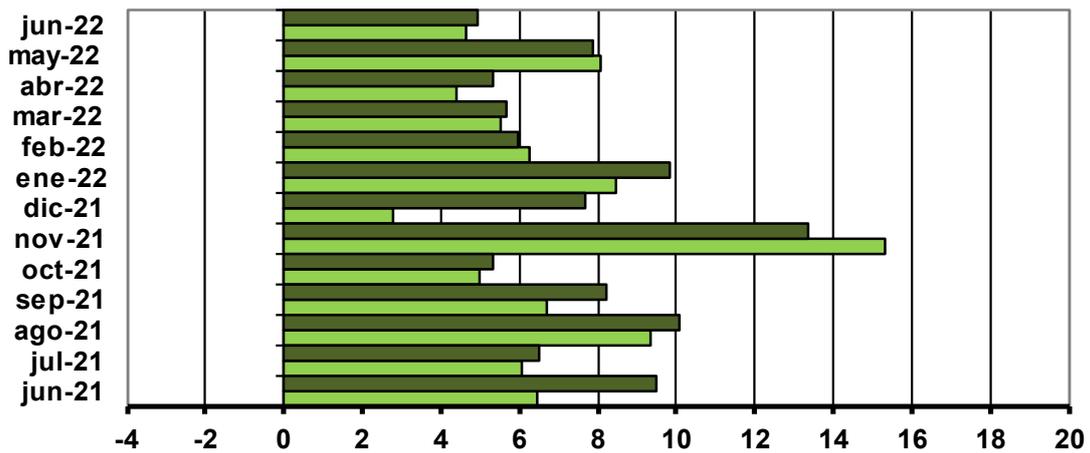


**Gasto Farmacéutico en la Comunidad Valenciana desde Junio de 2021 hasta Junio de 2022**



■ Incremento del Gasto en % respecto del mismo mes del año anterior

**Gasto Farmacéutico Nacional y de la Comunidad Valenciana desde Junio de 2021 hasta Junio de 2022**



■ Incremento del Gasto Nacional en % (respecto del mismo mes del año anterior)

■ Incremento del Gasto en C. Valenciana en % (respecto del mismo mes del año anterior)

### 3. NOTICIAS RELEVANTES DEL SECTOR

#### NACIONAL

- A principios del mes de junio el Ministerio de Sanidad publicó un **documento informativo sobre la financiación y fijación del precio de los medicamentos**, desarrollado por la DG de Cartera Común y Farmacia<sup>[1]</sup>. Este informe detalla los diferentes pasos que se deben alcanzar la financiación de medicamentos con fondos públicos en España, así como fijar su precio.
- El pasado 2 de junio en la inauguración en Madrid de la Jornada de la Cadena de valor de los Medicamentos Veterinarios, el Presidente del Consejo General de Colegios Farmacéuticos, Jesús Aguilar, destacó la oportunidad que supone el Proyecto Real Decreto sobre la prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios, defendiendo que la dispensación de medicamentos veterinarios, siempre debe ser realizada por farmacéuticos para asegurar un uso responsable, manifestando que *“es fundamental que incluya expresamente las garantías de independencia previstas en la Ley de Garantías, separando el ciclo prescripción-dispensación para evitar conflictos y asegurar un uso responsable de los medicamentos, además de reforzar la regulación de la receta veterinaria, asegurando que las prescripciones son realizadas por veterinarios y las dispensaciones por farmacéuticos, colegiados y habilitados”*. El texto continúa se tramitación, estaremos pendientes de cómo queda su redacción final.
- El 8 de junio, el Sistema Español de Farmacovigilancia, coordinado por la AEMPS, publica el informe de resumen de actividad de 2021<sup>9</sup>:
  - Se han recibido 81.447 notificaciones de sospechas de reacciones adversas a medicamentos o de acontecimientos adversos tras recibir una vacuna
  - Un 67,7% corresponde a acontecimientos adversos ocurridos tras la administración de vacunas frente a la COVID-19.
  - Un 71% de las notificaciones las realizaron profesionales sanitarios y un 25% la ciudadanía.
  - Las reacciones adversas más frecuentemente notificadas durante el año 2021 fueron las relacionadas con los trastornos generales, el sistema nervioso y el sistema musculoesquelético.
- La AEMPS llevó a cabo una evaluación de la documentación técnica recabada a través de distribuidores y fabricante de los productos comunicados a la aplicación telemática CCPS, basada en los requerimientos legales aplicables a los tests de embarazo, ovulación y fertilidad con el apoyo de las normas de referencia. DE esta evaluación, la AEMPS ha recomendado a la ciudadanía

---

<sup>9</sup> Link para consultar la Memoria <https://www.aemps.gob.es/informa/notasInformativas/laAEMPS/2021/docs/memoria-2021.pdf?x93063>

que compre estos productos en las oficinas de farmacia y, además, comprobar que cuentan con el marcado CE seguido de cuatro dígitos.

- El pasado 26 de junio el **Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos** presenta su **Memoria de Sostenibilidad en los Estándares GRI** (Global Reporting Initiative). Este informe recoge el desempeño de la organización durante 2021 en los diferentes ámbitos: profesional y político, relaciones institucionales, desarrollo profesional, innovación en productos y servicios, investigación y promoción de la salud, así como el trabajo llevado a cabo por las vocalías nacionales.
- El Ministerio de Sanidad ha decidido aplicar un proceso de recertificación de las competencias profesionales sobre todos los sectores sanitarios. Desde el Consejo General de Farmacéuticos apuestan por recurrir en su caso a un modo propio que ya han diseñado y que establecería un plazo máximo de 6 años para revisar las condiciones de los empleados, sin activar ningún procedimiento de examen convencional. El modelo de evaluación tendrá en cuenta tres pilares fundamentales. El primero es el relativo a la **deontología**, que llevará a los aspirantes a aceptar el **Código de la Profesión Farmacéutica**. Mientras que el colegio respectivo deberá comprobar que no disponen de ninguna **sanción en firme** por haber sobrepasado alguna de estas normas. Se trata de un requisito de obligado cumplimiento.
- Los otros dos pilares lo componen la **actividad profesional** que se evaluará con un **60 por ciento** de la calificación y la vertiente formativa que representará un **40 por ciento**. En el primero de los casos, se tendrá en cuenta la duración y características de las funciones realizadas en su puesto de trabajo, mientras que en el segundo se analizarán aportaciones de formación adicional, investigación o docencia.
- Son ya 5 Comunidades Autónomas que se han unido a los servicios del programa europeo “My Health@EU”, País Vasco, Canarias, Cataluña, Extremadura y Madrid.

El cometido del programa es desarrollar un Marco Europeo de Interoperabilidad para los Servicios Transfronterizos de Información de Sanidad Electrónica (Cross-Border eHealth Information Services – CBeHIS), en cumplimiento con lo establecido en la Directiva 2011/24/UE, de asistencia sanitaria transfronteriza. Así pues, la interoperabilidad de la historia clínica resumida del paciente en el ámbito europeo tiene como objetivo que el profesional sanitario de un estado miembro disponga de la información clínica relevante para la adecuada atención sanitaria a una persona procedente de otro Estado.

- My Health@EU tiene como objetivo que en 2025 este servicio esté implantado en los 25 países de la UE. De momento sólo se puede interoperar con Portugal, y en breve se sumarán Francia y Croacia.

## **AUTONÓMICA**

- Chiesi España ha reconocido en la 1ª edición de sus “Premios Farmacia Sostenible de Chiesi”, el compromiso de tres oficinas de farmacia por la promoción y fomento de actividades que permitan responder a los retos ambientales. En la categoría de mejor transformación sostenible de la oficina, que reconoce los cambios implementados en el establecimiento en los tres últimos años, Chiesi ha hecho mención especial a la Farmacia Bel-lan de Gandía, al ser la única farmacia en toda Europa en obtener certificado BREEAM de Edificación Sostenible. Este es el certificado de la sostenibilidad en edificación más avanzado a nivel técnico, contemplando el diseño, la ejecución y el mantenimiento de la construcción.
  
- Mediante Resolución de 15 de julio de 2022, la Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública ha prolongado la vigencia, por dos meses adicionales del periodo de validez de tratamientos crónicos planificados para periodos iguales o superiores a 180 días y cuya finalización vaya a producirse antes del 30 de septiembre 2022. Esta medida será aplicable a pacientes con tratamientos crónicos vigentes prescritos en receta médica o en órdenes de dispensación en el sistema de información GAIA, pero no se aplicarán a los tratamientos temporales o de duración inferior a 180 días, ni a tratamientos agudos, estupefacientes, fórmulas magistrales, tratamientos de administración única trimestral o semestral, tratamientos que requieren visado de inspección ni aquellos cuya duración máxima permitida esté establecida en su ficha técnica.
  - Esta medida fue anunciada por el conseller de Sanidad, Miguel Mínguez, durante su comparecencia en la comisión de Sanidad que se desarrolló el mismo 15 de julio, en la que manifestó que *“Vamos a proceder a una nueva y excepcional prolongación automática de tratamientos vigentes. Vamos a incrementar automáticamente hasta septiembre el periodo de validez de los tratamientos crónicos. Esta medida evitará más de 735.000 consultas a los médicos de familia, y los correspondientes desplazamientos de los pacientes, lo que afecta a 1.340.000 tratamientos”*.