



ACADEMIA DE FARMACIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

RÉGIMEN DE APERTURA DE OFICINAS DE FARMACIA: 80 AÑOS DE UN SISTEMA PLANIFICADO

Discurso de recepción del Académico de Número Electo

Illmo. Sr. Dr. D. Julio Muelas Tirado

Discurso de contestación del Académico de Número

Excmo. Sr. Dr. D. Fernando Rius Alarcó

Leídos en Valencia el día 28 de abril de 2021

Régimen de apertura de oficinas de farmacia: 80 Años de un sistema planificado.

© 2021 Julio Muelas Tirado.

I.S.B.N. 978-84-09-29555-5

Edición e impresión:

Art Grafic, Fotografía y Artes Gráficas S.L.

C/ San Francisco de Borja, 12 bajo. 46007 Valencia

www.artgrafic.es · correo@artgrafic.es · 96 384 13 10

Impreso en España

Valencia, 2021

Este libro no podrá ser reproducido, ni total ni parcialmente, sin el permiso previo y por escrito de su autor. Ninguna de las partes de la misma puede ser reproducida, almacenada ni transmitida en ninguna forma ni por medio alguno, electrónico, mecánico o de grabación, incluido fotocopias, o por cualquier otra forma.

Reservados todos los derechos.



ACADEMIA DE FARMACIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

RÉGIMEN DE APERTURA DE OFICINAS DE FARMACIA: 80 AÑOS DE UN SISTEMA PLANIFICADO

Ilmo. Sr. Dr. D. Julio Muelas Tirado

AGRADECIMIENTOS.

Excmo. Sr. Presidente

Excmos. e Ilmos. Sres. Académicos

Distinguidas autoridades sanitarias, académicas y profesionales.

Señoras y señores

Decía John F. Kennedy

“Siempre hay que encontrar el tiempo para agradecer a las personas que hacen una diferencia en nuestras vidas”.

En primer lugar, desearía agradecer a la Academia de Farmacia de la Comunidad Valenciana la confianza que han depositado en mí, al acogerme como miembro de número de esta Institución, que tiene como fin principal, entre otros, la formación permanente de los profesionales de la Farmacia.

Para mí es un gran honor y una enorme satisfacción poder formar parte de la Academia de Farmacia de la Comunidad Valenciana como académico de número. Mi especial gratitud a los académicos que han tenido la amabilidad de ser mis ponentes, los doctores D. Fernando Rius Alarcó, D. Agustín Llopis González y D. Juan Bautista Peris, que han avalado con su firma la presentación de mi candidatura a la elección como académico de número 12 de esta institución, en la Sección Oficina de Farmacia y Legislación. Asimismo, desearía ofrecer mi más sincera colaboración a los demás académicos fundadores, con los que espero mantener una excelente, y estrecha relación: Así como cumplir con las obligaciones que conlleva el nombramiento de académico.

También desearía mostrar mi gratitud de manera expresa a quien, desde mis inicios, me guió y formó en la disciplina de Derecho Farmacéutico que tanta complejidad entraña el Profesor Vicente Escuin Palop, Catedrático de Derecho Administrativo y director de mi Tesis y al Profesor José María Plá Delfina, del que tanto aprendí en el mundo de la investigación durante los años que codirigió mi tesis, falleciendo unos meses antes de su lectura.

Desearía tener un especial recuerdo para D^a Constanza Henares Gómez, mi primera jefa en la Administración y que tanto me enseñó sobre como ser un buen profesional y buen funcionario. Otra de las personas que ha sido y es determinante en mi carrera profesional es el Dr. Jesús Larruga Riera, que tantas oportunidades me ha brindado permitiéndome, con 27 años, formar parte del Grupo técnico del Ministerio de Sanidad, encargado de elaborar la normativa estatal de prescripción y dispensación de estupefacientes. Esas experiencias me han permitido participar, durante mis 33 años de ejercicio profesional en el campo de la legislación farmacéutica en la elaboración de más de 40 Reales decretos y Órdenes Ministeriales, reguladoras del campo de los medicamentos, productos sanitarios y demás productos farmacéuticos. Y en las leyes de ordenación farmacéutica de la Comunidad valenciana, de garantía de suministro de medicamentos y de medicamentos veterinarios de la Comunidad valenciana, así como en los 25 decretos y Ordenes de desarrollo de estas.

Otra de las personas que han permitido un crecimiento en mi vida profesional ha sido el Dr José Manuel Ventura Cerdá, Director General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Conselleria de Sanidad

Universal y Salud Pública, que me ha brindado la oportunidad de asistir con los miembros de la Representación Permanente de España ante la UE, a los Grupos técnicos y Comités del Consejo Europeo relacionados con las regulaciones de medicamentos y productos sanitarios.

También quiero mencionar a mis compañeros de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios con los que he crecido profesionalmente a lo largo de estos años más de 30 años dedicado a la ordenación farmacéutica y control de los medicamentos y productos sanitarios.

Finalmente, agradecer mi mujer, Sacra y demás miembros de familia el apoyo recibido, ya que mi trayectoria personal y profesional no habría sido posible sin su constante ayuda en todos los proyectos que he iniciado

I.- INTRODUCCIÓN

Tras el estudio de los distintos modelos normativos que han regulado y limitado la instalación de oficinas de farmacia en España en nuestra historia reciente y que han dado lugar al modelo planificado de instalación de nuevas oficinas de farmacia, procede efectuar un análisis del sistema que rige en nuestro país, en lo que se refiere a la apertura de estas.

Se parte de un elemento previo, el binomio propiedad-titularidad, que afecta esencialmente a la estructura de la asistencia farmacéutica. La actual legislación reserva de forma exclusiva a los licenciados en farmacia la propiedad y la titularidad de las farmacias. Este principio ha sido rigurosamente mantenido en las leyes de Ordenación Farmacéutica de las Comunidades Autónomas, que permiten, no obstante, la copropiedad de una farmacia, pero no que un farmacéutico posea más de una farmacia.

Este análisis debe contemplar obligatoriamente la legislación básica del Estado sobre Sanidad, dictada al amparo del *artículo 149.1.16.* de la Constitución en esta materia y que está constituida por la *Ley de 1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia* y por las normas de ordenación farmacéutica, que han dictado las distintas Comunidades autónomas en base a las competencias que venían recogidas en sus Estatutos de Autonomía, bajo el epígrafe de “ordenación farmacéutica” o el de “sanidad e higiene”.

II.- ANTECEDENTES DE LA LIMITACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIA EN ESPAÑA.

Seguramente no existe en toda la legislación farmacéutica, una cuestión más debatida que la conveniencia de limitar el número de las oficinas de farmacia, existiendo los más diversos argumentos para fundamentar las tesis favorables o contrarias.

En la historia reciente de la oficina de farmacia en nuestro país, ha existido un modelo planificador de la apertura, que limita la libre instalación de farmacias. Esta limitación de las oficinas de farmacia no es una cuestión de reciente aparición, sino que viene siendo una de las aspiraciones del sector farmacéutico ya desde el siglo XVIII.

A nuestro modo de ver la limitación ha tenido un efecto favorable al estabilizar el modelo de oficina de farmacia que ha llegado a nuestros días. Cuestión distinta a debatir es si los elementos usados en la planificación de oficinas de farmacia son plenamente vigentes o si necesitan la incorporación de otros nuevos, entre los que quizás habría que incluir el número de actos de dispensación (si hablamos de habitantes) o el sistema de edificaciones (en las grandes ciudades cada vez está más desvirtuado el sistema de medición en horizontal por no tener en cuenta los rascacielos), que actúen modificando, o, al menos, modulando los existentes.

Ciñéndonos a la planificación de instalación de nuevas oficinas de farmacia, ésta ha sufrido en nuestra historia reciente cuatro grandes ordenaciones acontecidas en 1941, 1957, 1978 y, finalmente, la amparada en el modelo de ordenación farmacéutica, sujeto a planificación, que fija la Ley del Medicamento de diciembre de 1990. Esta última, en vigor desde 1992, engloba las distintas leyes de ordenación farmacéutica que van aprobando las Comunidades Autónomas y la Ley Estatal de 1997 sobre regulación de servicios de oficinas de farmacia, que ya había sido avanzada un año antes por el *Real Decreto-Ley 11/1996*, de ampliación del Servicio Farmacéutico a la Población.

III.- EL PRIMER MODELO PLANIFICADOR: DECRETO DE 24 DE ENERO DE 1941.

El régimen de libertad de establecimiento de farmacias finalizó con la publicación del Decreto de 24 de enero de 1941, al imponer éste una serie de limitaciones en función del número de habitantes y de farmacias abiertas.

La Exposición de Motivos de la norma justifica su necesidad en base: *“Al encarecimiento de las mercancías y a la insatisfacción de las necesidades más elementales del profesional, planteando un grave problema social, y otro de sentido moral, que el gobierno debe vigilar estimulando una mayor elevación de ese sentido moral de los profesionales farmacéuticos, de lo que se deducirá un gran beneficio para la salud pública.”*

Este Decreto categorizaba a los términos municipales según su número de habitantes, quedando clasificados en 4 grupos:

De más de cien mil habitantes. En ellos se permitía la instalación de nuevas farmacias, sin importar el número de las que ya hubiera, siempre que la distancia entre la que se pretendiera abrir y las ya existentes no fuera inferior a doscientos cincuenta metros, teniendo en cuenta los edificios habitables con excepción de los edificios públicos, calles, paseos, jardines y otros espacios libres urbanos.

Términos municipales comprendidos entre cincuenta mil y cien mil habitantes. La distancia mínima entre las farmacias ya instaladas y la de nueva apertura se fijaba en doscientos metros.

Términos municipales entre cinco mil y cincuenta mil habitantes. En este supuesto no sólo se establece una limitación de distancias sino que aparece, por primera vez, un módulo de farmacias según el número de habitantes, de tal forma que en estos términos municipales,

“la distancia será de ciento cincuenta metros, sin que el cupo total de las establecidas exceda de una farmacia por cada cinco mil habitantes.”

Términos municipales menores de cinco mil habitantes. En ellos no se permitía la autorización de más farmacias de las que correspondieran al número de plazas de Inspectores farmacéuticos municipales, establecidas con arreglo a la Clasificación de Partidos Farmacéuticos.

Esta limitación quedó consagrada, según González Pérez, con la *Ley de Bases de Sanidad Nacional* de 25 de noviembre de 1944, en cuya Base decimosexta, párrafo 9, se determina que

“Queda regulado y limitado en el territorio nacional el establecimiento de oficinas de farmacia, incluso con las amortizaciones que se crean precisas dejando a salvo los intereses de la propiedad.”

IV.- EL SEGUNDO MODELO PLANIFICADOR: LA ESTABILIZACION DEL MODELO: EL DECRETO DE 31 DE MAYO DE 1957.

Con la publicación del Decreto de 31 de mayo de 1957 sobre normas para el establecimiento de nuevas farmacias, se pretendió introducir modificaciones en el Decreto de 24 de enero de 1941 de forma que, manteniendo en esencia el principio que lo inspiró, se hiciera más sencilla y flexible la aplicación de sus normas. Lo cierto es que con este Decreto y las Órdenes de 1 de agosto de 1957 y 12 de diciembre de 1959 que lo desarrollaban, se afianzó el sistema de limitación de instalación de nuevas farmacias.

Este Decreto establecía dos tipos de regímenes:

2.1. El régimen general, que era una modificación de lo previsto en el Decreto de 1941. Se establecían dos categorías de municipios según estuviera o no limitada la instalación de nuevas farmacias de acuerdo con el número de habitantes:

2.1.1. Municipios cuya limitación en la instalación de las farmacias sólo dependía de la distancia entre las oficinas de farmacia. Se trataba de aquellas localidades que tenían, al menos, 50.000 habitantes. Aunque cabe tener en cuenta la excepción que se comentará en el siguiente apartado por la que a determinados municipios de más de 50.000 habitantes se les aplicaba el mismo régimen a los municipios de población inferior. En lo que se refiere a la distancia entre oficinas de farmacia se determinaba que ésta tenía que ser de, al menos:

- a) Doscientos veinticinco metros en municipios de más de cien mil habitantes.
- b) Ciento setenta y cinco metros en municipios con población comprendida entre cincuenta mil y cien mil habitantes.

2.1.2. Municipios en los que las oficinas de farmacia tenían limitada su instalación sobre la base del número de habitantes y la distancia entre las farmacias. Se trataba de aquellos en que su población era inferior a los 50.000 habitantes. En estos supuestos, se permitía la instalación de nuevas farmacias, siempre que se cumplieran los requisitos siguientes:

- a) Que el cupo total de las farmacias establecidas no excediera de una por cada cuatro mil habitantes o fracción superior a mil.
- b) Que la distancia existente entre el local en que se pretendiera instalar la farmacia y cualquiera de las ya establecidas no fuera inferior a ciento cincuenta metros.

2.2. Regímenes excepcionales. El Decreto de 1957 contemplaba, en su artículo 5º, un régimen excepcional, que incluía dos supuestos de apertura de nuevas oficinas de farmacia. También existió un tercer supuesto impropio, referente a los traslados a territorio nacional de los farmacéuticos españoles que vinieran ejerciendo su profesión con oficina de farmacia abierta al público en África.

2.2.1. El régimen excepcional amparado en el *artículo 5.1.b.* Permitía la apertura de una nueva oficina de farmacia en aquellos municipios con población inferior a cincuenta mil habitantes o incluidos en su régimen, cuando la farmacia que se quisiera instalar estuviera a una distancia mayor o igual a quinientos metros de las más cercanas de las ya establecidas y permitiera que :

“quede más satisfactoriamente atendido, por su proximidad o mayores facilidades de comunicación, un núcleo de la localidad de que se trate, que agrupe, al menos, dos mil habitantes”.

Con la aparición de este régimen excepcional se genera el problema de la determinación del concepto de núcleo de población, asunto que ha dado lugar a la aparición de abundante jurisprudencia. El Tribunal Supremo ha definido el mismo, con arreglo

al Decreto de 1957, en numerosas sentencias, pudiendo destacar las que han sido dictadas con posterioridad a la Constitución Española, en la de 23 de mayo de 1983, y en las que se indica que el concepto de “núcleo de población” debe interpretarse;

“en el sentido de que implica un conjunto urbano con cierta homogeneidad y características diferenciales lo que no ocurre cuando la denominada zona de influencia es simplemente trazada, de manera discrecional, sobre un plano, sin que la delimitación del núcleo así constituido tenga otro fundamento que el de alcanzar los 2.000 habitantes necesarios para la apertura de una nueva oficina de farmacia con arreglo al artículo 5.1.b).”

2.2.2. Apertura de una nueva oficina de farmacia a nombre de un Inspector municipal Farmacéutico del Ayuntamiento de que se trate. Este supuesto, contemplado ya en el *artículo 5.1.c.* del Decreto de 31 mayo de 1953, era de aplicación en los municipios de población inferior a 50.000 habitantes. En todo caso la farmacia solicitada debía guardar una distancia mínima de 150 metros respecto a las instaladas.

Llegados a este punto, cabe indicar la tendencia establecida por el Tribunal Supremo, a la hora de interpretar estas normas aplicables a la apertura de nuevas farmacias, en el sentido más favorable a la apertura; así, en más de una ocasión se ha mostrado partidario del sistema de libertad, fomentando en lo posible la apertura de nuevas farmacias, con los argumentos siguientes:

En primer lugar, en el principio general del libre ejercicio de las profesiones facultativas liberales.

En segundo lugar, en el interés público de la actividad desarrollada por el farmacéutico, dado que el sistema de limitación no favorece el interés público, que para este Tribunal “lógicamente resultaría beneficiado con la abundancia de oficinas de farmacia”.

Según lo establecido en la normativa de 1957, las distancias se considerarán referidas a las farmacias de un mismo municipio, efectuándose su medición por el camino vial más corto, sin deducción alguna, y se hará la medición por el eje de la calle o camino. Como veremos más adelante ha sido un criterio que se ha seguido manteniendo hasta nuestros días.

Para la determinación del número de habitantes se establecían una serie de criterios:

En primer lugar, tenía que tomarse como referencia **el censo municipal** rectificado en 31 de diciembre del año inmediato anterior a la fecha de solicitud de apertura.

En segundo lugar, debían computarse **todos los habitantes** del término municipal.

V.- TERCERA ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: LA PERVERSION Y CONSIGUIENTE JUDICIALIZACION DEL MODELO: CON EL REAL DECRETO 909/1978, DE 14 DE ABRIL DE 1978.

La regulación de los procedimientos de autorización, establecimiento, transmisión e integración de oficinas de farmacia establecida por el *Real Decreto 909/78*, supuso un nuevo salto en la limitación de instalación de nuevas oficinas de farmacia, además de una complejidad en el procedimiento, que ha dado lugar, aun en nuestros días, a condiciones susceptibles de interpretaciones contrapuestas, con la consiguiente intensa litigiosidad judicial.

No se puede considerar que esta norma aportara mejoras sustanciales respecto a la anterior y sí se puede afirmar que ha sido muy criticada por casi todos los sectores, hasta por el mismo Tribunal de Defensa de la Competencia que, con frecuencia, ha detectado unas situaciones de bloqueo motivadas, entre otras razones, porque existen restricciones a la instalación de nuevas oficinas de farmacia. Incluso ha llegado a producir desajustes de la oferta farmacéutica respecto a los nuevos usos sociales.

Tras un periodo de año y medio desde la entrada en vigor del Real Decreto de 14 de abril de 1978, el entonces Ministerio de Sanidad y Seguridad Social se vio en la necesidad de desarrollarlo mediante la publicación de dos órdenes ministeriales, la primera de ellas, de 20 de noviembre de 1979, por la que se señalan los méritos y circunstancias a que hace referencia el artículo cuarto del *Real Decreto 909/1978*, y la segunda, de 21 de noviembre de 1979, por la que se desarrolla el *Real Decreto 909/1978*, de 14 de abril, en lo referente al establecimiento, transmisión e integración de las oficinas de farmacia. En nuestra opinión, se incurrió en un exceso de celo en su redacción. Se pretendió utilizarla para paliar las deficiencias que se habían detectado en el Real Decreto de 1978, en el periodo transcurrido desde su publicación, yendo más allá de un simple desarrollo, ya que solicitaba una serie de re-

quisitos para la autorización de farmacias o su traslado que no estaban amparados en el citado Real Decreto. Este hecho aumentó el número de recursos, creando inseguridad sobre la normativa vigente.

Se continúa utilizando como demarcación territorial el municipio.

3.1. Régimen General. Se mantiene la limitación en los 4.000 habitantes por oficina de farmacia que ya había sido fijado en el Decreto de 1957, pero desaparece la posibilidad de apertura de una nueva farmacia con fracción superior a los 1.000 habitantes que tenía la norma anterior, situación que determina un reforzamiento del sistema de limitación en la instalación de farmacias.

3.2.- Excepciones al regimen general.

Para atenuar la rigidez del sistema se introducen tres excepciones al régimen general conducentes a adecuar el número de oficinas de farmacia a las cifras de población. Posteriormente, se arbitrará otro régimen excepcional para la apertura de farmacia por los farmacéuticos titulares que estaba prevista en el Decreto de 1957. En todo caso, en el mismo Real Decreto de 1978, se dejará fuera de toda duda que lo que se pretende no es buscar una línea aperturista sino que estas excepciones *“lo son a un criterio general restrictivo”*.

3.2.1.- Incremento de 5.000 habitantes.

La primera excepción, contemplada en el artículo 3.1.a), establecía:

“Cuando en un municipio el número de oficinas de farmacia existentes no se acomode, por exceso, a la proporción general establecida en el párrafo anterior, no obstante se podrá instalar una nueva oficina cuando las cifras de población del municipio de que se trate se hayan incrementado, al menos, en 5.000 habitantes. A estos efectos, se tomará como cifra inicial de referencia la del censo correspondiente al año en que se hubiere abierto al público la última oficina de farmacia.”

3.2.2.- Núcleos de población de, al menos, 2.000 habitantes. La segunda excepción al régimen general del Decreto de 1978 era la prevista en el *artículo 3.1.b)*, que posibilitaba la apertura de una nueva farmacia:

“Cuando la que se pretenda instalar vaya a atender a un núcleo de población de, al menos, 2.000 habitantes.”

Exigiéndose en estos casos que la distancia respecto de otras oficinas de farmacia sea de, al menos, 500 metros.

Esta posibilidad de apertura, que ya estaba contemplada, aunque con ligeras modificaciones, en el *artículo 5.1.b)* del Decreto de 1957, se transformó, en la mayoría de los casos, en la única posibilidad de apertura de farmacias en municipios turísticos o con gran población flotante, suponía, por otro lado una opción para que los recién licenciados tuvieran acceso a farmacia.

Este artículo fijaba, como requisito previo, la existencia de un núcleo de población al que la nueva farmacia vaya a prestar servicio farmacéutico, para que la apertura pudiera autorizarse. Con el tiempo, se demostró que este concepto fue uno de los que más contribuyó a aumentar la judicialización del proceso, la sensación era que estos expedientes siempre acababan en los tribunales.

3.2.3.- Municipios que se originen por concentración y fusión de otros anteriores con censo resultante inferior a 12.000 habitantes y que no formen un conjunto urbano único.

Para estos supuestos el *Real Decreto de 14 de abril de 1978* contemplaba en su *artículo 3.1.c)* la tercera excepción. En ellos

“Se computarán únicamente los habitantes correspondientes al núcleo donde se encuentra establecida la Oficina de farmacia y los de aquellos otros núcleos que disten de él tres kilómetros como máximo.”

En definitiva, al amparo del artículo 3.1.c) pueden abrirse nuevas oficinas de farmacia cuando en municipios de población dispersa (originados por fusión) existan núcleos desprovistos del servicio farmacéutico, aunque en ninguno de ellos exista una población de dos mil habitantes, con independencia del número de farmacias que se encuentren en el núcleo principal, siempre que disten de él más de 3 kilómetros. En efecto, ésta podría ser la solución para algunos casos en que existen anejos separados del núcleo principal por muchos kilómetros. En estos casos no habría que probar la existencia de un mínimo de habitantes pues el Decreto no señala nada al respecto.

3.2.4.- Instalación de farmacias por los farmacéuticos titulares.

La cuarta excepción al régimen general de apertura de oficinas previsto en el *Real Decreto 909/1978*, permitía la instalación de oficinas de farmacia por parte de los Farmacéuticos Titulares. Esta excepción, a diferencia de las anteriores no estaba prevista en el propio *Real Decreto de 14 de abril de 1978*, sino que se reguló mediante un Real Decreto específico, el 1711/1980, que en su artículo 1 disponía:

“el número total de oficinas de farmacia en cada municipio, no podrá exceder de una por cada cuatro mil habitantes, salvo cuando concurren los casos previstos en los apartados a), b) y c) del artículo tercero, uno, de dicho Real Decreto y cuando la solicitud de instalación se formule por Farmacéutico con nombramiento en propiedad, como titular del

Partido Farmacéutico al que pertenezcan el municipio de que se trate, y siempre que dicho Farmacéutico no tenga abierta al público oficina de farmacia en el referido Partido Farmacéutico.”

Los criterios que fueron establecidos tanto en el *Real Decreto 909/1978* como en su orden de desarrollo de 1979, para el cálculo de la población, a efectos de determinar la procedencia de autorización de nuevas oficinas de farmacia, como ya se ha comentado, se basaban en el censo de población del Municipio al 31 de diciembre del año anterior. Estos criterios han sido considerados en numerosas ocasiones como restrictivos por los Tribunales y, tal como sucedió con el anterior Decreto de 1957, la jurisprudencia dictada sobre esta materia constituye uno de los casos de mayor “enfrentamiento” con respecto a la norma, al no haberse incorporado procedimientos flexibles y efectivos para tener en cuenta la población real.

El *Real Decreto 909/1978*, solamente dispone, en su artículo 3.2, que la distancia entre las oficinas de farmacia

“no será inferior a doscientos cincuenta metros. Dicha distancia deberá ser de quinientos metros en el supuesto del apartado b) del número anterior.”

Para conocer cuál es procedimiento mediante el cual se tienen que efectuar estas mediciones, hay que acudir a la Orden de 21 de noviembre de 1979, de desarrollo del citado Real Decreto.

VI.- CUARTA ORDENACIÓN FARMACÉUTICA: EL PRIMER INTENTO DE ACTUALIZACIÓN DEL MODELO: EL REAL DECRETO-LEY 11/1996, DE 17 DE JUNIO DE 1996. SUS PRINCIPIOS LIMITADORES DE LA APERTURA DE OFICINAS DE FARMACIA.

La última ordenación de oficinas de farmacia de ámbito estatal, no vigente hoy en día, la constituye el *Real Decreto Ley 11/1996*, de 17 de junio, de ampliación del Servicio Farmacéutico a la población.

Este Real Decreto Ley, dedica su artículo 1º a la “ordenación territorial de las oficinas de farmacia”. En él podemos encontrar los tres elementos que se pretendía que determinaran la planificación de la instalación de las nuevas farmacias. Como veremos a continuación, salvo en el caso del marco territorial, no aportan novedades sobre las anteriores normativas, ya comentadas.

Por primera vez en una normativa de planificación farmacéutica estatal, no se utiliza como referencia al municipio, sino que la ordenación de estos establecimientos se liga a las denominadas “zonas”, que se debían determinar tomando como referencia las “**unidades básicas de atención primaria**” fijadas por las Comunidades Autónomas, que evidentemente son las zonas básicas de salud contempladas en la *Ley General de Sanidad*. De hecho, los factores que se deben tener en cuenta para su delimitación de estas unidades (densidad de población, características geográficas, dispersión, y las necesidades sanitarias de cada territorio), coinciden parcialmente con los que determinan las zonas básicas de salud. Asimismo, diferencia dos tipos de zona, pero sólo define a las “**zonas de salud urbanas**” que son aquellas en las que la población está concentrada en, al menos el 75%, en un sólo municipio.

El segundo elemento delimitador de las oficinas de farmacia en el *Real Decreto-Ley 11/1996* es el relativo al número de habitantes por oficina de farmacia. Al respecto señalaba a las Comunidades Autónomas como las competentes para determinar los módulos poblaciona-

les, según los tipos de zona. Por su parte, el apartado 3, en su primer párrafo, disponía:

“El número máximo de oficinas de farmacia en las zonas urbanas corresponderá al módulo de 2.800 habitantes por oficina de farmacia. Las Comunidades Autónomas, en función de la concentración de la población en sus núcleos urbanos, podrán establecer módulos poblacionales superiores, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia. En todo caso, y una vez superadas estas proporciones, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes.”

En lo que se refiere al cómputo de habitantes, esta norma sólo indica que se efectuará según los datos del Padrón municipal vigente en la fecha de la solicitud. El legislador en la normativa de 1996 tomaba como base una gestión de procedimientos similar a la de la norma de 1978. Los procesos generados a instancia de los interesados para una determinada zona.

Por otra parte se deja en manos de las Comunidades Autónomas el fijar las distancias mínimas entre oficinas de farmacia y, en su caso, entre éstas y los centros sanitarios, el determinar si deben ser referidas a ámbito municipal o a otras unidades territoriales más amplias (zonas), y cómo efectuar las mediciones.

VII. SITUACION ACTUAL DE LA REGULACION DE LA APERTURA DE LAS OFICINAS DE FARMACIA: LEGISLACIÓN BÁSICA DEL ESTADO Y NORMATIVA DE DESARROLLO DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

Estudiados los distintos modelos normativos que han regulado y limitado la instalación de oficinas de farmacia en España en nuestra historia reciente, procede efectuar un análisis del sistema que rige en nuestro país, en lo que se refiere a la apertura de nuevas oficinas de farmacia.

Este análisis debe contemplar obligatoriamente primero la legislación básica del Estado sobre Sanidad, dictada al amparo del *artículo 149.1.16.* de la Constitución en esta materia y que está constituida por la Ley de 1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia, y segundo las normas de ordenación farmacéutica, que han dictado las distintas Comunidades autónomas en base a las competencias que venían recogidas en sus Estatutos de Autonomía, bajo el epígrafe de “ordenación farmacéutica” o el de “sanidad e higiene”.

EL MODELO CONTEMPLADO EN LA LEGISLACION BÁSICA DEL ESTADO.

Este modelo viene plasmado en la *Ley 16/1997*, que a su vez tiene su origen inmediato en el *Real Decreto-Ley 11/1996*, del que difiere por abordar, además de la planificación de las farmacias, otras cuestiones de sumo interés, como es la relativa a la transmisibilidad de las oficinas de farmacia, que intenta dejar fuera de toda duda.

La nueva Ley establece que:

“La planificación farmacéutica se realizará de acuerdo con la planificación sanitaria. Las demarcaciones de referencia para la planificación

farmacéutica serán las unidades básicas de atención primaria fijadas por las Comunidades Autónomas.”

Esta ley sigue al *Real Decreto-Ley 11/1996*, y ambas normas han dado lugar al planteamiento de cinco conflictos ante el tribunal Constitucional. Dos presentados por sendas Comunidades Autónomas contra la legislación estatal y los tres restantes contra las leyes de Extremadura, Castilla-La Mancha y Galicia.

La demarcación territorial.

La ley pretende planificar la apertura de nuevas oficinas de farmacia. Para ello fija un modelo en el que cabe resaltar los tres aspectos que, a nuestro modo de ver, definen los criterios básicos de la ordenación farmacéutica que propone, que son:

a) Compete a las Comunidades Autónomas el establecimiento de los criterios específicos de planificación para la autorización de oficinas de farmacia.

b) La planificación farmacéutica que efectúen las Comunidades Autónomas deberá hallarse en concordancia con la planificación sanitaria que hayan efectuado, hasta el extremo de que las zonas básicas de salud que se hayan determinado para la Atención Primaria deben tomarse como las demarcaciones de referencia para la planificación farmacéutica.

c) Esta planificación se debe efectuar por módulos de población y distancias entre farmacias a determinar por las Comunidades Autónomas, previamente se valorarán factores tales como densidad demográfica, características geográficas y dispersión de la población, garantía de accesibilidad y calidad en el servicio y suficiencia en el suministro de medicamentos, que dependerán de las necesidades sanitarias en cada unidad territorial.

LOS MÓDULOS DE POBLACIÓN: CRITERIOS PARA EL CÁLCULO DE HABITANTES.

Sobre este requisito se pronuncia la Ley 16/1997, que dispone:

“El módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia será, con carácter general, de 2.800 habitantes por establecimiento. Las Comunidades Autónomas, en función de la concentración de la población, podrán establecer módulos de población superiores, con un límite de 4.000 habitantes por oficina de farmacia. En todo caso, una vez superadas estas proporciones, podrá establecerse una nueva oficina de farmacia por fracción superior a 2.000 habitantes.”

No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, las Comunidades Autónomas podrán establecer módulos de población inferiores para las zonas rurales, turísticas, de montaña, o aquéllas en las que, en función de sus características geográficas, demográficas o sanitarias, no fuese posible la atención farmacéutica aplicando los criterios generales.”

Se observa que se sigue manteniendo la posibilidad de apertura de una nueva farmacia, una vez superadas las proporciones anteriores, por fracciones.

Esta disposición sobre sobre módulos de población mínimos para la apertura de oficinas de farmacia, no la considera la Ley, legislación básica del Estado sobre sanidad, dictada al amparo del artículo 149.1.16.a de la Constitución, como comentaremos más adelante, ha dado lugar a 17 modelos de ordenación farmacéutica en nuestro país.

La Ley contiene el criterio para cómputo de habitantes, además, con carácter de legislación básica del Estado, señalando que:

“El cómputo de habitantes se efectuará en base al Padrón Municipal vigente, sin perjuicio de los elementos correctores que, en razón de las diferentes circunstancias demográficas, se introduzcan por las Comunidades Autónomas.”

La posibilidad de que las normas autonómicas puedan incorporar otros indicadores de población que sirvan como corrección del Padrón municipal vigente, tales como población estacional o de segunda residencia, ha sido ampliamente desarrollada en las distintas Comunidades Autónomas, sobre todo por aquellas consideradas como turísticas, entre ellas la propia Comunidad Valenciana, con 35 farmacias autorizadas por este criterio después de la entrada en vigor de su Ley de Ordenación Farmacéutica.

No obstante, se ha perdido con respecto al *Real Decreto-Ley 11/1996*, la especificación que se efectuaba de que los datos del Padrón municipal serán los del vigente “a la fecha de la solicitud”, quizás porque el legislador en la normativa de 1996 tomaba como base una gestión de procedimientos similar a la de la norma de 1978, generados a instancia de los interesados para una determinada zona, mientras que la *Ley 16/1997* está orientada a procedimientos generados de oficio por la propia Administración Autonómica, en los que se parte de decisiones administrativas relativas a los municipios en los que cabe la posibilidad de abrir nuevas oficinas de farmacia.

LAS DISTANCIAS ENTRE OFICINAS DE FARMACIA Y/O CENTROS SANITARIOS. LA MEDICION DE DISTANCIAS.

El segundo elemento de planificación de apertura de nuevas farmacias es la distancia que debe existir entre ellas. La ley estatal vigente de 1997, es más precisa que su antecesora. Nos encontramos, por lo tanto, con las siguientes características determinantes del modelo propuesto por el Estado:

a) La distancia mínima entre oficinas de farmacia debe ser, con carácter general, de 250 metros, aunque se admiten factores moduladores tales como: criterios geográficos, de dispersión o concentración de la población, los cuales pueden aconsejar una distancia distinta.

b) Se posibilita la existencia de limitaciones a la instalación de oficinas de farmacia en la proximidad de los centros sanitarios.

c) Son las Comunidades Autónomas las que acaban teniendo la capacidad de decidir su modelo de “distancias entre oficinas de farmacia y/o centros sanitarios.”

d) Sólo se considera legislación básica del Estado sobre sanidad, dictada al amparo del *artículo 149.1.16.* de la Constitución, la referida a la existencia de distancias mínimas. Por lo que no es necesario seguir el criterio general de los 250 metros.

Precisamente, como ya hemos mencionado, el hecho de que los criterios contenidos sobre módulos de población mínimos para la apertura de oficinas de farmacia y la distancia mínima entre oficinas de farmacia de la *Ley 16/1997*, no sean considerados como legislación básica del Estado sobre sanidad y que las Comunidades Autónomas determinen estos módulos, ha traído consigo múltiples ventajas, entre las que hay que destacar, como señalan Sanchez García y Barnuevo Hervas, el establecimiento de regulaciones mejor adaptadas a la realidad de cada territorio autonómico. Sin embargo, no debemos dejar de señalar la permanente reivindicación por distintos sectores de la Oficina de Farmacia de que los módulos sean incorporados en una ley de coordinación estatal, y que sean considerados legislación básica del Estado en materia de sanidad.

LOS DISTINTOS MODELOS DE LAS COMUNIDADES AUTÓNOMAS

A la presente fecha todas las Comunidades autónomas han publicado su ley de “ordenación farmacéutica”.

Las distintas Leyes de Ordenación Farmacéutica establecen un modelo planificador para la apertura de nuevas oficinas de farmacia basado en módulos de habitantes y distancias entre las oficinas de farmacia.

1. Como demarcación territorial

En algunas CC.AA. (Canarias, Cataluña, Murcia, Castilla y León, Aragón, Madrid, Principado de Asturias y Navarra) se tomará como referencia la zona básica de salud, siendo el elemento de planificación el municipio y demás entidades locales menores. Esta planificación presenta la dificultad de que junto con los elementos territoriales deben de tenerse en consideración otros factores (aspectos epidemiológicos, necesidades de asistencia sanitaria etc.) y por ello se necesita elaborar una nueva planificación farmacéutica marcando las nuevas zonas farmacéuticas. En otras CC.AA. (Extremadura, Castilla-La Mancha) el elemento son los núcleos de población definidos como aquellos conjuntos independientes y aislados de al menos 10 edificaciones formando calles y plazas. De esta manera en el caso de Castilla La Mancha cuando varias zonas básicas de salud coincidan en un solo núcleo de población total o parcialmente, constituirán todas ellas una sola zona farmacéutica, con la denominación del núcleo donde coinciden y con la demarcación territorial a las zonas básicas de salud que la integran.

De acuerdo con las condiciones geográficas y demográficas las CC.AA. han establecido diferentes clases de zonas (urbanas, semiurbanas, rurales, de montaña, turísticas), señalándose módulos de población, y en algunos casos también distancias, diferentes dependiendo del tipo de zona (País Vasco, Cataluña, Murcia, Castilla y León).

En el caso de la Comunidad Valenciana, la *Ley 6/1998*, de 22 de junio, establece un modelo de planificación de las Oficinas de Farmacia, basado en las necesidades de atención farmacéutica de la población. Se crean las zonas farmacéuticas como elemento esencial para esta

planificación, a la vez que se procura que el servicio farmacéutico se extienda a la población de forma que sea posible establecer al menos una farmacia en cada municipio o entidad local menor. El modelo de la Comunidad Valenciana si bien se basa en las zonas farmacéuticas, utiliza el municipio como demarcación de referencia para su aplicación en lo que respecta a autorización de nuevas Oficinas de Farmacia, lo que queda patente con el estudio de módulos de habitantes y distancias, que se indica a continuación.

La Ley de Ordenación farmacéutica de la Comunidad Valenciana clasifica las zonas farmacéuticas de acuerdo con el siguiente criterio:

a) **Zonas Farmacéuticas Generales:** las constituidas por aquellos municipios y entidades locales menores que no tengan la consideración de turísticos.

b) **Zonas Farmacéuticas Turísticas:** constituidas por los municipios que hayan sido declarados legalmente municipios turísticos o aquellos cuya población estacional media anual, supere al menos en un 30% a la población censada.

En lo relativo a los módulos de habitantes para la apertura de nuevas Oficinas de Farmacia, existe dos tipos de módulos:

Módulo básico general, según el cual, en todos los municipios y entidades locales menores de la Comunidad Valenciana, el número máximo de Oficinas de Farmacia será de una por cada 2.800 habitantes. En todo caso, una vez superado este módulo básico general, se podrá establecer una nueva Oficina de Farmacia cuando se superen los 2.000 habitantes censados adicionales. Es decir sigue claramente la *ley 16/1997*.

Módulo turístico. Se aplica en las Zonas Farmacéuticas Turísticas y en los municipios que, dentro de las Zonas Farmacéuticas Generales, aparecen como Municipios Turísticos en el Mapa de Zonas Farmacéuticas de la Comunidad Valenciana. En estos casos, una vez ajustada la proporción habitantes/farmacia en base al módulo básico general, se podrá establecer una Oficina de Farmacia por cada 3.500 habitantes estacionales. Además, una vez superada dicha proporción se podrá establecer una nueva Oficina de Farmacia por fracción superior a 2.500 habitantes estacionales.

Para la aplicación del módulo general se realiza de modo individualizado para cada municipio, según los datos que consten en la última revisión del Padrón Municipal vigente. En el caso de los municipios que tengan la consideración de turísticos a los efectos de la planificación de las Oficinas de Farmacia, la población estacional deberá acreditarse mediante certificaciones emitidas por organismos oficiales competentes en la materia.

No se exige que el municipio o entidad local menor cuente con 2.800 habitantes para la apertura de una farmacia; la primera apertura se efectúa en aquellos que no cuenten con farmacia, siempre que su población supere los 250 habitantes.

Sobre las distancias, la *Ley 6/1998*, establece que el emplazamiento de una nueva Oficina de Farmacia debe guardar una distancia de, al menos, 250 metros respecto a las oficinas de farmacia más próximas. Además, se debe mantener una distancia de, al menos, 250 metros respecto a cualquier Centro Sanitario dependiente de la Consejería de Sanidad.

Esta existencia de 17 modelos autonómicos de ordenación farmacéutica ha dado lugar a una gran disparidad de habitantes por farmacia, dependiendo de qué Comunidad Autónoma se trate. La media nacional es de 2117, casi coincidente con la de la Comunidad Valenciana con 2107. Sin embargo, hay extremos que van desde los 2291 de la Comunidad de Madrid y los 2162 de Andalucía, a los 1778 de Aragón o los 1487 de Castilla y León. Debiendo destacar los 1074 de Navarra, resultado de una no adecuada planificación de oficinas de farmacia.

En cuanto a las distancias entre oficinas de farmacia, la mayoría de las Comunidades Autónomas han optado por mantener la mínima de 250 metros. No obstante, Navarra establece un modelo de planificación distinto al estatal y reduce la distancia entre farmacias a 150 metros.

EL MODELO DE ADJUDICACIÓN DE NUEVAS OFICINAS DE FARMACIA EN LA COMUNIDAD VALENCIANA

La *Ley 6/98*, de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana, supone un importante cambio en el modelo tanto en lo referente a la planificación de las oficinas de farmacia. Este importante cambio, viene acompañado de otro, no menos importante: la selección, conforme a un determinado perfil, de los farmacéuticos a los que se otorgará la autorización y que estarán al frente de las oficinas de farmacia.

El modelo de adjudicación de las farmacias autorizadas se basa en una convocatoria pública. En ella, los criterios de selección que establecen las bases necesarias para que los farmacéuticos que ejerzan su profesión en las oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana respondan a estas características se fijan en el *Decreto 198/2003*, de 3 de octubre, por el que se establecen los criterios de selección aplicables en los procedimientos de autorización de nuevas oficinas de farmacia. En él se recogen 5 apartados:

- **Méritos profesionales** con independencia de la titularidad/ propiedad experiencia),
- **Formación profesional complementaria y expediente académico** (conocimientos),
- **Prueba escrita** (actualización de conocimientos),
- **Docencia e investigación** (formación de nuevos farmacéuticos)
- Conocimiento de **valenciano y otros idiomas**.

La prueba escrita pretende valorar los conocimientos de los participantes en materias como Uso Racional del Medicamento y Atención Farmacéutica, Legislación Sanitaria y Farmacéutica de aplicación en Oficina de Farmacia en la Comunitat Valenciana, Salud Pública en la Comunitat Valenciana. y la Gestión Farmacéutica en las Oficinas de Farmacia.

El resultado de la ley de Ordenación farmacéutica la adjudicación de 267 nuevas oficinas de farmacia. De los 542 municipios de la Comunitat Valenciana, tan solo 10 de ellos no cuentan con oficina de farmacia. 5 de ellos disponen de un botiquín, que cubre las necesidades farmacéuticas de la población. solo 5 municipios, con un total de 209 ciudadanos, no disponen de oficina de farmacia ni de botiquín.

Tras lo expuesto, podemos extraer como **CONCLUSIONES** más relevantes del modelo planificado las siguientes:

1.- La Ley General de Sanidad, la Ley del Medicamento de 1990, La Ley Estatal de 1997 de Regulación de Servicios de las Oficinas de Farmacia y las distintas leyes de ordenación farmacéutica de las diferentes Comunidades Autónomas han dejado fuera de toda duda la identificación de las Oficinas de Farmacia como establecimientos sanitarios privados, de interés público o sujetos a la planificación sanitaria.

2.- El modelo planificado permite a la farmacia tener una red que cubre todo el país con servicio garantizado, y, en general, garantiza la profesionalidad de sus titulares. No obstante, este modelo está sometido a una serie de debilidades, entre las que cabe destacar: las económicas, el exceso de titulados, la ausencia de un modelo legislativo básico uniforme para todo el Estado y la judicialización de los expedientes de apertura (si bien actualmente en menor grado).

3.- La instalación de nuevas oficinas de farmacia, ha sufrido, en nuestra historia reciente cuatro ordenaciones importantes acontecidas en 1941, 1957, 1978 y la amparada en el modelo de ordenación farmacéutica, sujeto a planificación, que fija la *Ley del Medicamento* de diciembre de 1990. Esta última se aplica desde 1992 y abarca las distintas leyes de ordenación farmacéutica que van aprobando las Comunidades Autónomas. Engloban, en este último periodo, la Ley Estatal de 1997 sobre regulación de servicios de oficinas de farmacia, que ya había sido avanzada un año antes por el *Real Decreto-Ley 11/1996*, de ampliación del Servicio Farmacéutico a la Población.

4.- La limitación en la apertura de nuevas farmacias ha tenido un efecto favorable al estabilizar el modelo de oficina de farmacia que ha llegado a nuestros días. Ahora bien, las regulaciones efectuadas por el

Decreto de 31 de mayo de 1957 y en mayor medida por el Real Decreto de 14 de abril de 1978, han dado lugar a innumerables procesos judiciales que en muchas ocasiones han retrasado la instalación de nuevas farmacias necesarias para atender demandas asistenciales reales.

5.- Los elementos que determinan la planificación de oficinas de farmacia son idénticos desde sus orígenes (1941) hasta los actuales modelos autonómicos, fijando el número farmacias por módulos de población y distancia entre las mismas y de éstas a los centros sanitarios públicos. Conviene plantearse si estos criterios son plenamente vigentes o necesitan la incorporación de otros nuevos. A nuestro juicio, habría que incluir el número de actos de dispensación y la densidad demográfica, que actuarían modulando los criterios existentes.

6.- El Estado ha efectuado recientemente dos intentos de plasmación de un modelo común de planificación farmacéutica para las distintas Autonomías: el *Real Decreto-Ley 11/1996*, de Ampliación de Servicio Farmacéutico a la Población, posteriormente derogado por la *Ley 16/1997*, de Regulación de Servicios de Oficinas de Farmacia. La tan demandada ley básica del Estado, al respetar de forma excesivamente estricta las competencias de la Comunidades Autónomas en materia de ordenación farmacéutica, ha posibilitado una enorme dispersión en la regulación de aspectos esenciales, tales como, el módulo de población mínimo para la apertura de oficinas de farmacia, y la distancia mínima entre oficinas de farmacia.

7.- La *Ley 16/1997* establece que serán las Comunidades Autónomas las encargadas de regular los módulos poblacionales y las distancias entre oficinas de farmacia y los centros sanitarios. En su totalidad, la planificación se ha efectuado como medio para garantizar un adecuado servicio farmacéutico a la población.

8.- Todas las Comunidades Autónomas han regulado la planificación de las oficinas de farmacia, en base a sus competencias legislativas en "Ordenación Farmacéutica", ya sea porque así aparezca recogido en sus Estatutos o porque se encuentran incluido en "Sanidad e Higiene". Sería muy discutible separar la oficina de farmacia de la regulación sanitaria interior de una Autonomía, por las graves disfunciones que se producirían dado su carácter de establecimiento sanitario. Con este fin, todas las Comunidades Autónomas tienen publicada sus leyes de ordenación farmacéutica.

9.- Las diferentes Leyes y reglamentos de Ordenación Farmacéutica de las distintas Autonomías, han establecido modelos de planificación farmacéutica de acuerdo a los criterios generales recomendados en la *Ley 16/1997*). Salvo el módulo de habitantes por oficina de farmacia de Navarra (con 700). Las Comunidades que exigen una menor distancia entre oficinas de farmacia con Castilla-La Mancha, y Navarra con 150 metros. Además, todas las Comunidades han fijado limitaciones de distancia entre las farmacias y los centros de salud.

10.- El binomio propiedad-titularidad afecta esencialmente a la estructura de la asistencia farmacéutica. La actual legislación reserva de forma exclusiva a los licenciados en Farmacia la propiedad y la titularidad de las farmacias. Este principio ha sido rigurosamente mantenido en las leyes de ordenación farmacéutica de las Comunidades Autónomas, que permiten, no obstante, la copropiedad de una farmacia, pero no que un farmacéutico posea más de una farmacia.

*Toda la Galia está ocupada por los romanos...?
¿Toda? ¡No! Una aldea poblada por irreductibles
galos resiste todavía y siempre al invasor.*

Astérix

Discurso de contestación del Académico Numerario y Presidente de la Academia Excmo. Sr. Dr. D. Fernando Rius Alarcó

Excmas. e Ilmas. Autoridades académicas y profesionales

Excmos. e Ilmos. Señoras y Señores Académicos

Compañeros y amigos

Señoras y Señores.

Mis primeras palabras serán de agradecimiento a los Señores Académicos de la AFCV, Institución que este mes de abril cumple poco más de dos años, por permitirme llevar a cabo la presentación del nuevo Académico Numerario, el Dr. D. Julio Muelas Tirado. La Institución honra a mi persona como su portavoz a fin de presentar al nuevo miembro de la Institución a través del justo reconocimiento de su gran mérito académico y profesional y tributarle el testimonio de admiración y amistad que su persona merece y me merece. Mi agradecimiento, en consecuencia, por algo que para mí resulta tan grato como emotivo.

El Dr. Julio Muelas Tirado es alicantino de nacimiento, aunque a los dieciséis años vino a Valencia para estudiar la carrera y se quedó. Empezó cursando los estudios de Farmacia, la correspondiente licenciatura en el edificio que hoy ocupa el Rectorado de la Universitat de Valencia, durante los años 1977-1982, sede entonces de la Facultad de Farmacia de esta Universitat; pertenece así a la cuarta promoción de farmacéuticos formados en esta Facultad.

Finalizada la licenciatura, lleva a cabo el doctorado dentro del área de la Legislación Farmacéutica, presentado la Tesis Doctoral, con fecha 14/11/2002, titulada *“Régimen jurídico de apertura y actividad de las oficinas de farmacia”*, obteniendo la calificación de sobresaliente *“Cum Laude”*.

Su formación académica continua con la obtención del Título de Diplomado en Sanidad, (año 1991); Master en Salud Comunitaria por la Universidad de Valencia, (año 1991); Farmacéutico Especialista en Farmacia Industrial y Galénica, (año 2003); PADE IESE. Alta Dirección de Instituciones Sanitarias. IESE Universidad de Navarra, (año 2004).

Por otra parte, posee la Medalla al Mérito Policial Distintivo Blanco del Ministerio del Interior otorgada en el 2005.

Su vocación docente le llevó en el año 1991 a incorporarse al entonces Departamento de Farmacia Galénica de la Facultad de Farmacia, Universitat de Valencia, como Profesor Asociado, impartiendo la asignatura Legislación Farmacéutica, actividad que desarrollaría hasta el año 1996.

Posteriormente, tras el nuevo plan de estudios (1998) y a la vez cambio de ubicación de la Facultad, se incorpora de nuevo a la docencia en la recientemente creada Facultad de Farmacia en Burjassot, como Profesor asociado, durante los años 1999 a 2002, de la nueva asignatura trocal Legislación y Deontología Farmacéutica.

Desde el siguiente año 2003 hasta la actualidad continua ininterrumpidamente su labor docente de la misma disciplina como Profesor Asociado en la Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Cardenal Herrera CEU. Valencia.

En el año 2005 es nombrado Profesor Acreditado ANECA.

Por otra parte, desde el año 2002 hasta la actualidad participa como Profesor Invitado en el Master “Uso racional del medicamento”, Departamento de Farmacia y Tecnología Farmacéutica y Departamento de Farmacología estando encargado de la docencia correspondiente al Módulo Legislación Farmacéutica.

La labor investigadora queda reflejada en la dirección de 3 Tesis Doctorales, 13 Capítulos de libro, 36 artículos publicados y 30 comunicaciones a Congresos Nacionales e Internacionales y Jornadas Científicas.

Temas como la Atención Farmacéutica; La cadena de frío; La propiedad de las Farmacias; Formulación Magistral; Venta por internet de medicamentos; Modelo de Apertura y Adjudicación de las nuevas Oficinas de Farmacia en la Comunitat Valenciana; La receta informática y/o electrónica de estupefacientes en el ámbito de la asistencia sanitaria pública de la Comunidad Valenciana; Alertas Farmacéuticas, entre otros temas de evidente interés no solo en la Farmacia Comunitaria, también en la Farmacia Hospitalaria, Distribución, etc, son abordados por el Dr. Julio Muelas con el rigor profesional que le caracteriza.

Su actividad profesional como funcionario de la Generalitat Valenciana comienza el 1 de abril de 1986, siendo designado funcionario de carrera del Cuerpo de Farmacéuticos de Administración Sanitaria de la Generalitat.

En el año 1989 es designado Jefe Sección Asistencia Farmacéutica en la Conselleria de Sanitat hasta el año 1999, pasando el año 2000 hasta la actualidad a desempeñar el cargo de Jefe de Servicio de Ordenación, Control y Vigilancia de Productos Farmacéuticos de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios. Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

PERTENECÍA A COMITÉS Y GRUPOS DE TRABAJO DE ÁMBITO INTERNACIONAL Y NACIONAL

Organismo: CONSEJO EUROPEO. INSTITUCIONES DE LA EU
Actividad desarrollada: REPRESENTANTE DE LA COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN LOS GRUPOS DE TRABAJO DE SANIDAD, MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS DEL CONSEJO EUROPEO.
Categoría profesional: EXPERTO
Lugar: BRUSELAS
Duración (meses): desde el 1 de enero hasta el 30 de junio de 2020

Organismo: COMISIÓN EUROPEA. INSTITUCIONES DE LA EU
Actividad desarrollada: REPRESENTANTES DE LA COMUNIDADES AUTÓNOMAS EN EL GRUPO DE TRABAJO DE PRODUCTOS SANITARIOS VETERINARIOS
Categoría profesional: EXPERTO
Lugar: BRUSELAS
Duración (meses): desde el 1 de enero 1993 hasta el 31 de diciembre de 1994

Actividad desarrollada: INSPECCIÓN, CONTROL Y SEGURIDAD DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS
Categoría profesional: EXPERTO
Lugar: MADRID
Duración (meses): desde el 2005 hasta la fecha

Organismo: AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
Actividad desarrollada: COMITÉ TÉCNICO DE INSPECCIÓN DE MEDICAMENTOS (CTI)
Categoría profesional: PRESIDENTE
Lugar: MADRID
Duración (meses): 48 (de 2001 a 2004)

Organismo: AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
Actividad desarrollada: COMITÉ TÉCNICO DE INSPECCIÓN DE MEDICAMENTOS (CTI)
Categoría profesional: VICERESIDENTE
Lugar: MADRID
Duración (meses): 24 (de 2014 a la actualidad)

<i>Organismo:</i>	AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
<i>Actividad desarrollada:</i>	COMITÉ SEGURIDAD MEDICAMENTOS USO HUMANO
<i>Categoría profesional:</i>	VOCAL
<i>Lugar:</i>	MADRID
<i>Duración (meses):</i>	48 (de 2001 a 2004)
<i>Organismo:</i>	AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
<i>Actividad desarrollada:</i>	COMITÉ SEGURIDAD MEDICAMENTOS USO HUMANO
<i>Categoría profesional:</i>	VOCAL
<i>Lugar:</i>	MADRID
<i>Duración (meses):</i>	48 (de 2016 a 2021)
<i>Organismo:</i>	AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
<i>Actividad desarrollada:</i>	GRUPO TÉCNICO BUENAS PRÁCTICAS DE DISTRIBUCIÓN
<i>Categoría profesional:</i>	VOCAL
<i>Duración (meses):</i>	48 (2001 a 2005)
<i>Lugar:</i>	MADRID
<i>Organismo:</i>	AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
<i>Actividad desarrollada:</i>	GRUPO TÉCNICO ELABORACION DE MEDICAMENTOS
<i>Categoría profesional:</i>	COORDINADOR/VOCAL
<i>Duración (meses):</i>	243 (2001 a la actualidad)
<i>Lugar:</i>	MADRID
<i>Organismo:</i>	AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
<i>Actividad desarrollada:</i>	GRUPO TÉCNICO ESTUPEFACIENTES
<i>Categoría profesional:</i>	COORDINADOR/VOCAL
<i>Duración (meses):</i>	183 (2005 a la actualidad)
<i>Lugar:</i>	MADRID

Organismo: AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
Actividad desarrollada: GRUPO TÉCNICO MEDICAMENTOS ILEGALES Y FALSIFICADOS Y FALSIFICADOS
Categoría profesional: COORDINADOR/VOCAL
Duración (meses): 183 (2005 a la actualidad)
Lugar: MADRID

Organismo: AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
Actividad desarrollada: GRUPO TÉCNICO PRODUCTOS SANITARIOS
Categoría profesional: VOCAL
Duración (meses): 36 (2001 a 2003)
Lugar: MADRID

Organismo: AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
Actividad desarrollada: GRUPO TÉCNICO IMPLANTACIÓN DE SISTEMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD EN SERVICIOS DE INSPECCIÓN
Categoría profesional: VOCAL
Duración (meses): 24 (2012 a 2014)
Lugar: MADRID

Organismo: AGENCIA ESPAÑOLA DE MEDICAMENTOS Y PRODUCTOS SANITARIOS (AEMPS)
Actividad desarrollada: GRUPO TÉCNICO PLASMA RICO EN PLAQUETAS.
Categoría profesional: COORDINADOR
Duración (meses): 27 (2018 hasta la actualidad)
Lugar: MADRID

Los lazos de amistad con el nuevo Académico proceden desde hace treinta años, concretamente desde el año 1991 en el que se incorpora al entonces Departamento de Farmacia Galénica como docente de la asignatura Legislación Farmacéutica, Departamento en el que yo me encontraba como Profesor Titular. No obstante, sería a partir del nuevo plan de estudios del año 1998 cuando empezaríamos a compartir la docencia de la nueva asignatura troncal, cursada por todos los alumnos en su último curso de Licenciatura, después Grado: “*Legislación y Deontología Farmacéutica*”, Elaboraríamos en consecuencia los correspondientes nuevos Programas lectivos, en la Facultad de Farmacia, Universitat de Valencia. Tras tantos años y horas compartidas de vida académica, puedo afirmar que el Dr. Julio Muelas es un magnífico profesional, a la vez persona, sin duda un referente indiscutible dentro del amplio campo que comprende la Legislación Farmacéutica.

El Dr. Muelas ha escogido dentro de las diferentes posibilidades del ejercicio profesional que ofrece la Farmacia, el área que posiblemente la define por excelencia: esto es, la oficina de farmacia, hoy Farmacia Comunitaria, y dentro de esta, un aspecto concreto de evidente importancia como es el régimen jurídico de apertura de las mismas en los últimos 80 años.

En este sentido, cabe destacar, según datos del propio Consejo General, que más del 70% de los farmacéuticos colegiados desarrollan su actividad en Oficinas de Farmacia, que representa a la Farmacia Comunitaria Española, esto es, a la Farmacia de la atención primaria de salud, una Farmacia que ha sido reconocida por el Gobierno como Marca España. Una red de 56.000 farmacéuticos los que trabajan en las más de 22.000 farmacias de nuestro país, en las que cada día entran dos millones trescientas mil personas

El farmacéutico comunitario adquiere así, un evidente protagonismo en el presente de la profesión farmacéutica; su futuro, al igual que el futuro de cualquier colectivo se construye sobre su pasado, sobre su historia, Es de sobra conocido que quien olvida su historia está condenado a repetirla; la Farmacia goza de un extenso y apasionante pasado que debe ser recogido y conservado, aprender a corregir errores y contribuir a avanzar en la prosperidad de nuestra profesión.

El excelente discurso del Dr. Muelas hace referencia, a un aspecto que ocupa un destacado lugar en el campo de la hoy Farmacia Comunitaria como es el referido al Régimen jurídico de apertura de oficinas de farmacias: 80 años de un sistema planificado”. Además de tan interesante consideración, el reciente pasado de la Farmacia recoge otros numerosos acontecimientos y tratados trascendentales, algunos de los cuales conviene recordar, aunque sea de forma concisa, por evidentes motivos de espacio y tiempo.

Así, entre las incorporaciones farmacoterapéuticas durante ese periodo pueden citarse:

Los avances conseguidos en la **lucha contra las infecciones bacterianas**. El año 1935 marcó el comienzo con la acción quimioterápica de un colorante sintético, la azosulfamida o prontosil rojo, que en el organismo se transformaba en sulfanilamida, que era la substancia quimioterápica activa. Aparecen así las sulfamidas, primeros agentes quimioterápicos activos utilizados para combatir las infecciones bacterianas

El desarrollo de la **quimioterapia antibiótica** posibilitó el control de la primera causa de mortalidad, esto es, las infecciones. Las conocidas observaciones de Fleming en 1928 sobre el efecto inhibitor de un hongo, penicillium notatum, y a partir de él, la obtención de la penicilina utilizada durante la Segunda Guerra Mundial marcaría el comienzo de la antibioticoterapia. Su campo de acción se vio ampliado con la producción de las penicilinas semisintéticas.

Nuevos agentes **antibióticos** se sucedían sin interrupción. En 1942 Waksman aislaba la estreptomocina, de gran eficacia para combatir la tuberculosis; que más tarde se asoció el PAS y a la isoniacida, quedando así establecida la terapéutica tuberculostática fundamental.

La lepra, por su parte, comienza a ser combatida de manera específica y efectiva con la aparición de las sulfonas El cloramfenicol, aureomicina, tetraciclina, rifamicina, gentamicina que supone el comienzo de los aminoglucósidos, se suceden a mediados del siglo XX.

El tratamiento de las **infecciones víricas** alcanzó su mayor es-

plendor con la vacunación antipoliomielítica (1954) y antisarampionosa (1963).

Terapéutica farmacológica de las neoplasias. Durante muchos años el tratamiento de las neoplasias se llevó a cabo mediante la cirugía y las radiaciones ionizantes. Comienza la utilización de los andrógenos en el tratamiento del cáncer de mama y de estrógenos en el de próstata. También tiene lugar la introducción las mostazas nitrogenadas, el metotrexato, y la 6-mercaptopurina. El 5-fluorouracilo (1957) se utiliza para el tratamiento de los cánceres de mama, de ovario y digestivos.

En las **enfermedades cardiovasculares** la heparina fue introducida en 1918 como medicación antitrombótica; en 1945 se utilizaron los heparinoides, el dicumarol, antivitaminas K y estreptocinasa.

En cuanto al tratamiento de la **hipertensión**, la rauwolfia serpentina que se utilizaba en la India, permitió el aislamiento en 1952 de la reserpina, su principal alcaloide con propiedades antihipertensivas.

Tratamientos neuropsiquiátricos. En 1938 se introduce la difenilhidantoína para el tratamiento del gran mal; también la pirimidona. El uso de la prometacina en las curas de sueño, la introducción de la clorpromacina, la utilización de la antes citada reserpina en también psiquiatría, los derivados de la butirofenona., etc, y entre los tranquilizantes menores, el meprobamato, el clordacepóxido, etc.

Respecto a los **estimulantes**, la introducción de las anfetaminas (1933), y la síntesis de numerosos inhibidores de la MAO, causantes todos ellos de abundantes efectos secundarios, serían desplazados por nuevos antidepresivos, como la imipramina (1958).

Medicación antiinflamatoria. La introducción de la fenilbutazona y sus derivados, así como la indometacina, posibilitó la terapéutica antiinflamatoria actual. La síntesis de la cortisona (1944) y posteriormente de la hidrocortisona (1952) abrió un nuevo capítulo en la terapéutica antiinflamatoria.

Por otra parte, la **medicación antihistamínica** introducida en la clínica con la prometacina (1947) permitió controlar las reacciones alérgicas.

Avances conseguidos en la utilización de las **hormonas y vitaminas**. En 1952 se aisló la triyodotironina, logro que posibilitó el tratamiento de los síndromes hipotiroideos; se aisló la androsterona, y la testosterona. La terapéutica estrogénica moderna se inicia con los estrógenos no esteroideos sintéticos, y a partir de 1948 con el estradiol sintético. La progesterona fue identificada en 1934 y posteriormente sintetizada.

La **insulina** fue aislada y producida a nivel industrial en la primera mitad del siglo pasado, permitió contar con una terapéutica eficaz para la diabetes. No obstante, el uso de la insulina se redujo con la introducción de las sulfamidas hipoglucemiantes y más tarde las biguanidas, también durante ese periodo.

Finalmente, tras este breve recordatorio farmacoterapéutico, citar por su interés la producción industrial de vitaminas: la D, a la que siguen la C; la B; la A, etc.

Sin embargo, tan trascendentales aportaciones farmacoterapéuticas contrastan con las escasas publicaciones legislativas al respecto.

Las farmacopeas se redactan por comisiones de médicos y farmacéuticos en la mayoría de los países desde principios del siglo XIX. En ellas se describen las drogas, los productos químicos, los principios activos, los métodos de valoración de unos y otros y la manera de obtener las fórmulas oficinales, así como las normas de dispensación de los productos muy activos

En los años 40, inicio del periodo referido por el Dr. Muelas, estaba vigente en España la 8ª edición de la Farmacopea Oficial Española, concretamente desde el año 1929 que se edita, manteniéndose en vigor hasta el año 1954, con la publicación de los dos tomos de la 9ª edición de la Farmacopea Oficial Española.

En estas obras se recogen los preparados propios de la época: diversos aceites, ácidos, aguas, disoluciones alcohólicas, bálsamos sales carbonatadas, fosfatadas, salicilatos, sulfatos, óxidos, yoduros,

esencias, extractos, jarabes, linimentos, pastillas, píldoras, inyectables, pociones, pomadas, polvos, raíces, sales, tinturas, sueros preparados estos que hoy han desaparecido en gran medida.

Durante estos años, la Organización Mundial de la Salud como organismo de las Naciones Unidas, interviene para que se redactase y publicase una Farmacopea Internacional, lo que tuvo lugar en 1951 y posteriormente 1955, con carácter de recomendación a todos los países, pero sin poder coercitivo. Más tarde, en el año 1967 la misma organización publicó las Especificaciones para el control de calidad de las preparaciones farmacéuticas. También los farmacéuticos integrados en el Mercado Común estudiaron las normas idóneas para la confección de medicamentos y editaron la Farmacopea Europea (1969) igualmente con carácter orientativo y no obligatorio.

Estos tratados fueron de consulta también en nuestro país, pese a que desde el año 1954 continuó en vigor la Novena Edición de la Farmacopea Oficial Española, ciertamente desfasada. Habría que esperar hasta el año 1997 para disponer de una nueva Farmacopea, concretamente la primera edición de la **Real Farmacopea Española**; ya se podía disponer de un texto actualizado.

Por otra parte, con la incorporación en el año 2003 de la **Primera Edición del Formulario Nacional**, se incrementa la bibliografía especializada en este sentido, aunque con ciertas deficiencias y carencias.

Consideración que, igualmente, merece especial atención es la referente a los diferentes planes de estudio establecidos para cursar la profesión farmacéutica durante estos últimos ochenta años. La variedad de conocimientos teóricos y prácticos que se adquieren en diferentes materias, le otorgan al farmacéutico una extensa formación y en consecuencia la diversidad de campos en donde puede llevar a cabo su actividad laboral.

En el año 1984 se publica el primer Decreto ley que refiere algunas de las diferentes posibilidades que ofrece el desarrollo de la actividad farmacéutica. Tras el desarrollo del *Real Decreto 2708/1982*, de 15 de octubre se regulan los Estudios de Especialización y la Obtención del título de Farmacéutico Especialista, para las Especializaciones incluidas en el Grupo primero, especializaciones que requieren básica-

mente formación hospitalaria, que son:

- Análisis Clínicos
- Bioquímica clínica
- Farmacia Hospitalaria
- Microbiología y Parasitología.

Años después, la Orden de 31 de octubre de 1977 por la que se desarrolla el Real Decreto 412/1997, de 21 de marzo, quedan reconocidas las especializaciones del Grupo segundo, que no requieren básicamente formación hospitalaria, que son:

- Radiofarmacia,
- Farmacia Industrial y Galénica
- Análisis y Control de Medicamentos y Drogas.

Y en el año 2004, el B.O.E. de fecha 13 de marzo, se publica el *Real Decreto 365/2004* por el que se crea el Título de Farmacéutico Especialista en Inmunología, de carácter oficial y con validez en todo el territorio español.

En este recorrido por los últimos ochenta años no podemos olvidar ciertas referencias trascendentales como las recogidos en la *LEY 17/1967 DE 8 DE ABRIL*, sobre actualización de normas vigentes en materia de estupefacientes (*BOE nº 86, de 11 de abril de 1967*), a través de la cual se consideran estupefacientes las sustancias naturales o sintéticas incluidas en las listas I y II de las anexas al Convenio Único de 1961 de las Naciones Unidas sobre estupefacientes y las demás que adquieran tal consideración en el ámbito nacional por el procedimiento que reglamentariamente se establezca.

Asimismo, el *REAL DECRETO 2829/1977, DE 6 DE OCTUBRE*, por el que se regulan las sustancias y preparados medicinales psicotrópicos, así como la fiscalización e inspección de su fabricación, distribución, prescripción, y dispensación (*BOE nº 24, de 16 de diciembre de 1977*), ratificándose así el Convenio de Viena de 1971.

Por otra parte, es digna de mención y tan solo por referir alguna de las numerosas citas en este sentido, la ORDEN DE 13 DE MAYO DE 1985 por la que se actualiza la clasificación anatómica de medicamentos, (*BOE n° 121, de 21 d mayo de 1985*), quedando estructurada en cuatro niveles, que sufrió posteriores modificaciones en la ORDEN DE 13 DE OCTUBRE DE 1989 (*BOE n° 257, de 26 de octubre de 1989*) que considera los cinco niveles vigentes en la actualidad. Ello nos posibilita la disponibilidad de la colección más completa de monografías de los distintos medicamentos disponibles en nuestro país.

Una constante manifiesta a lo largo del tiempo es que las Farmacia son establecimientos sanitarios privados, de interés público o sujetos a la planificación sanitaria, que ofrecen un servicio sanitario con una alta valoración por los ciudadanos, cubriendo a todo el país con un servicio garantizado

No obstante, este modelo conlleva una serie de deficiencias, como las económicas, el exceso de titulados, y desde las dos últimas décadas la carencia de un modelo legislativo uniforme para todo el estado español.

Por otra parte, la constante dependencia de los presupuestos públicos; la imagen que puede ofrecer la actividad de la oficina de farmacia con un exceso de burocracia y consiguiente dedicación a funciones administrativas, puede dar lugar a una percepción inexacta de su profesionalidad y de su rentabilidad que pueden ensombrecer la percepción sobre la farmacia siendo necesario el constante recordatorio del servicio que presta.

El precio de los medicamentos en este periodo de tiempo considerado por el Dr. Julio Muelas ha sido tema de preocupación social. El gasto farmacéutico es una partida de gasto importante dentro de los presupuestos destinados a Sanidad. En nuestro país, supone alrededor del 14% de los presupuestos públicos generales. En el caso de las Comunidades Autónomas un 35% de sus presupuestos van destinados a Salud, y de este, algo más del 15% suele ir destinado al gasto en medicamentos.

Desde el inicio del periodo considerado por el Dr. Julio Muelas, esto es, desde el año 1941 hasta finales de siglo, 1999, se suceden hasta diez regulaciones del margen profesional de la Farmacia Comunitaria. El margen máximo, 30% para especialidades farmacéuticas, se alcanzó en la Modificación de 1948 que permaneció constante hasta el año 1964, con la aparición de un famoso Decreto, el popular *R-64*; por primera vez se consideran márgenes escalonados inferiores a aquel 30%. No obstante, aquel margen del 30% se recupera en el año 1982, a través del *Real Decreto 36/82* que se mantiene hasta la década de los años 90, en la que comienzan nuevamente las progresivas reducciones de márgenes.

Ya en el presente Siglo, a partir del año 2000, se aprueba el *Real Decreto-Ley 5/2000* según el cual se vuelven a establecer los márgenes en tramos según el precio del medicamento; también afectará al margen de la distribución.

Por otra parte, otro aspecto desfavorable serán los descuentos en función de la facturación de la Farmacia, aplicables a las recetas subvencionadas por el SNS.

Otro hecho importante en este sentido es el relativo a que desde el año 1997 comienzan a aprobarse medicamentos genéricos. Solo entre 1997 y 2002 se autorizaron más de 2600 medicamentos genéricos; a mediados del presente siglo suponían cerca del 35% en volumen de unidades y cerca del 20% de las ventas en euros.

También en estas dos últimas décadas se desarrolla el Sistema de Precios de Referencia a partir del *Decreto 1035/1999* que obliga al farmacéutico a sustituir la especialidad prescrita si supera el precio fijado como precio de referencia por la especialidad genérica correspondiente.

Ya sobre incidir sobre las constantes órdenes y normativas legislativas que se suceden hasta la actualidad en perjuicio de los intereses económicos de la farmacia.

Quizás no esté demás añadir, por otra parte, que se trata del único servicio sanitario no retribuido en este país.

Tampoco podemos olvidar la trascendencia de la Constitución Española (1977) en el posterior desarrollo legislativo de la Farmacia.; con anterioridad a la misma, las normas en este sentido eran uniformes, las mismas para todo el territorio nacional; así, el Dr. Julio Muelas se refiere a dos Decretos año 1941, año 1954 promulgados previos a la misma; sin embargo, a partir del año 1977, la Legislación farmacéutica experimenta un notable cambio.

El posterior desarrollo da luz al estado de las Autonomías; y más tarde a la publicación de la primera Ley del Medicamento, en diciembre de 1990. Esta última se aplica desde 1992 y abarca las diferentes leyes de ordenación farmacéutica que van aprobando las Comunidades Autónomas englobando, en este último periodo, la Ley Estatal de 1997 sobre regulación de servicios de oficinas de farmacia.

De esta manera, en la última década del pasado siglo, se van sucediendo las diferentes leyes farmacéuticas en el territorio español; en nuestro caso, en el año 1998, a través de la *Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana*.

El posterior desarrollo legislativo autonómico y la diferente interpretación, queda reflejado, por citar un ejemplo, en la confusa legislación de algo que caracteriza a la oficina de Farmacia, esto es, la Formulación Magistral.

Se establecen diferentes Niveles de elaboración para preparados magistrales; a los que cada Farmacia deberá de acogerse.

Así, aparecen Comunidades Autónomas que no consideran dicha práctica, esto es, No elaboración, asumiendo de este modo el NIVEL 0 o el NIVEL 1, según la Autonomía, hasta otras Comunidades, caso de Castilla y León que establecen hasta 6 Niveles de preparación, concretamente:

- Formas farmacéuticas tópicas
- Formas farmacéuticas líquidas (orales y rectales)
- Formas farmacéuticas orales, rectales y vaginales sólidas
- Formas farmacéuticas estériles tópicas
- Formas farmacéuticas parenterales
- Formas farmacéuticas liofilizadas.

En definitiva, hemos sido testigos de la evolución de aquella Farmacia Galénica que, a pesar de su elaboración a escala industrial en la primera mitad del siglo XX, la formulación de los medicamentos se puede considerar como un simple *modus operandi*, un hágase según arte, *hsa.*; ya en la segunda mitad del mismo alcanzó un notable desarrollo dando paso a la actual Tecnología Farmacéutica y más recientemente a la Nanotecnología y a la Biotecnología farmacéutica. Sin embargo, la Farmacia Galénica como tal nunca desaparecerá mientras exista la clásica formulación magistral, esto es, el medicamento individualizado según la demanda del paciente, concepto este que ha definido a la Farmacia, ahora actualizado y extendido al campo de la ingeniería genética, dando lugar a toda una revolución biotecnológica.

Durante este recorrido al que ha hecho referencia el Dr. Julio Muelas, el farmacéutico muestra que ha sabido a lo largo de los años evolucionar adaptándose a las necesidades de la población. Como consecuencia de este progreso, el consejo del farmacéutico, como asesor y profesional experto en el medicamento, toma progresivamente mayor importancia; especialmente en las últimas décadas surgiendo así el concepto de “Atención Farmacéutica”, presente y futuro de la profesión.

Actualmente la atención farmacéutica es una de las actividades digamos más gratificantes, pero no gratificadas que el farmacéutico puede llevar a cabo desde su ejercicio profesional en la farmacia comunitaria e incluye la valoración de las necesidades relacionadas con la medicación de un individuo concreto y la provisión no solo de los medicamentos solicitados, sino también de los servicios necesarios para garantizar una terapia lo más segura y eficaz posible.

Si bien hasta el momento esta actividad no se recoge de modo oficial como una especialización farmacéutica sí que es cierto que desde hace cerca de dos décadas los planes de estudio de Farmacia incorporan la estancia programada, prácticas tuteladas, en una oficina de farmacia o farmacia hospitalaria como una materia más que debe cursar de forma obligatoria el alumno antes de finalizar su licenciatura, ahora Grado.

El número de publicaciones científicas, congresos, tesis doctorales y eventos científicos centrados en la Farmacia Comunitaria ha crecido exponencialmente en los últimos años, tal vez todo ello justificaría la necesidad de considerar esta actividad como una nueva especialización farmacéutica.

Desde los Colegios Oficiales Profesionales, así como desde el propio Consejo General de Colegios de Farmacéuticos se ofrecen las herramientas necesarias para facilitar una eficaz atención farmacéutica como es la transformación digital del sector farmacéutico, que incluye la Tecnología e información sobre el medicamento.

En este sentido, la Dispensación Electrónica ya es una realidad en la práctica totalidad de las farmacias comunitarias. Por otra parte, la estrategia de transformación digital se estructura en torno a **Nodofarma**, una red de comunicaciones intercolegial, que actúa como plataforma de servicios tecnológicos. La edición anual del *Bot Plus*; el Centro de Información sobre Suministro de Medicamentos (CISMED) y la Investigación en farmacia asistencial son importantes aportaciones que el Consejo General, a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, pone a disposición de la Farmacia Comunitaria.

Como muestra, los programas llevados a cabo como el *Programa Adherencia MED*, programa de investigación para evaluar el Servicio de Adherencia terapéutica en pacientes con hipertensión arterial, asma o EPOC.; el *Programa conSIGUE*, programa de investigación para evaluar el Servicio de Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes mayores, crónicos y polimedicados en las farmacias comunitarias; el Programa Concilia Medicamentos: *Concilia 2*, que tiene como objetivo analizar las discrepancias entre los medicamentos prescritos a un paciente (antes y después de la hospitalización) y estimar el impacto de las intervenciones farmacéuticas.

Para finalizar este conciso recuerdo de estos últimos 80 años en la hoy Farmacia Comunitaria es oportuno recordar las actuales 24 propuestas de la farmacia en la estrategia de desescalado frente al COVID-19, presentado por el Consejo General de Colegios de Farmacéuticos en representación de los diferentes colectivos profesionales.

Mi enhorabuena Dr. Julio Muelas Tirado; es una gran satisfacción tanto a nivel institucional como personal proceder a su recepción en esta Institución. En mi recuerdo permanece mi actividad docente de la asignatura Legislación y Deontología Farmacéutica y mis desconocimientos y dudas al respecto de tan frecuentemente modificada disciplina. También yo, en definitiva como otro alumno, disponía en mi caso de dos tutores para resolver dudas y aclarar conceptos; uno era el Dr. Julio Muelas sobre la Legislación Estatal; la otra persona, la Letrada de este MICOV Valencia, Dña. Beatriz Nebot Marzal para la Legislación Autonómica, pasan los años y no lo olvido.

Muchas gracias



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos



**Colegio Oficial
de Farmacéuticos
de la Provincia
de Alicante**



MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS DE VALENCIA



**IL·LUSTRE
Col·legi Oficial
de FARMACÈUTICS
de CASTELLÓ**