



ACADEMIA DE FARMACIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

LA FARMACIA MODERNA

Discurso de recepción del Académico Electo

Ilmo. Sr. Dr. D. Ricardo Sanchis González

Discurso de contestación del Académico Numerario

Ilmo. Sr. Dr. D. Javier Hernández Haba

Leídos en Valencia el día 9 de junio de 2021

La Farmacia Moderna

© Ricardo Sanchis González. 2021
I.S.B.N. 978-84-09-30896-5

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, 2020

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

LA FARMACIA MODERNA

Dr. D. Ricardo Sanchis González

ÍNDICE

Pag.

1.- AGRADECIMIENTOS

2.- LA RECETA DEL SNS

2.1.- Los Conciertos INP y CGCOF

2.2.- Variación del Gasto Farmacéutico

3.- EVOLUCIÓN DE LA FARMACIA

4.- LA FARMACIA COMUNITARIA

5.- EL MUNDO FARMACÉUTICO EN SU VERTIENTE DEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA

5.1.- Datos demográficos de la Farmacia comunitaria

5.2.- Datos económicos de la Farmacia Comunitaria

6.- EL FUTURO DE LA FARMACIA COMUNITARIA

7.- EPILOGO: LA FARMACIA COMUNITARIA EN LA PANDEMIA COVID-19

8.- BIBLIOGRAFÍA

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL ACADÉMICO DE NÚMERO ILMO. SR.
DR. D. JAVIER HERNÁNDEZ HABA

1.- AGRADECIMIENTOS

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia de la Comunitat Valenciana

Ilmos. Sres. Académicos

Distinguidas autoridades académicas y profesionales.

Señoras y Señores

Buenas tardes a todos los presentes y a todos los que nos acompañan vía web

Para empezar, quiero expresar mi agradecimiento a la Ilustre Academia de Farmacia de la Comunitat Valenciana (AFCV) por acogerme como miembro de número de esta noble institución, lo que representa para mí una enorme satisfacción y un gran honor. Soy consciente del privilegio que ello implica y asumo totalmente la responsabilidad que se deriva de los estatutos de la entidad y que cumpliré de la mejor forma posible procurando la formación permanente de los farmacéuticos y el enaltecimiento de esta noble profesión.

Especialmente quisiera dejar constancia de esta gratitud al Excmo. Presidente de la AFCV Sr. D. Fernando Rius Alarcó por la confianza depositada en mí, y a los miembros de esta institución que han avalado mi candidatura en la sección de oficina de Farmacia, perfil Farmacia Comunitaria, Excmo. Sr. D. José Luis Moreno Frígols, expresidente de la AFCV y a los Ilmos. Sr. D. Gerardo Stübing Martínez y Sr. D. Javier Hernández Haba.

Es de justicia también, aprovechar esta tribuna para rendir homenaje a todos los farmacéuticos que de alguna forma han contribuido a lo largo del tiempo a que el amor por esta profesión, sea una de mis constantes vitales.

En primer lugar, permítanme que nombre a mi padre Ricardo Sanchis Guarner, Farmacéutico en Real de Montroy en la década de los 50 del siglo pasado, quien me crió en una rebotica rural, donde ya de pequeño empecé a querer saber para qué era cada una de esas cajitas de colores que él dispensaba, y además por dejarme su impronta para afrontar la vida. El segundo contacto positivo que tuve con farmacéuticos que marcaron mi vida, fue ya en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Valencia, donde cursaba el selectivo común a las carreras de Ciencias y allí, entré en contacto con el Dr. Enrique Hernández Giménez y con el Dr. José Luis Moreno Frígols fundando juntos, con la colaboración de D. Vicente Ferrandis (a la sazón marido de la farmacéutica que fue Presidenta del MICOV, Dña. Marina Ferrandis) el “Comité Pro-Facultad de Farmacia en Valencia”, germen de lo que sería más tarde los estudios de Farmacia, primero en el Colegio Mayor del CEU S. Pablo de Moncada, y posteriormente con la creación de la Facultad de Farmacia en la Universidad de Valencia.

Con posterioridad y ya en Madrid, en la Facultad de Farmacia de la Universidad Complutense, debo subrayar el apoyo del Profesor y Catedrático de Historia de la Farmacia D. Guillermo Folch Andreu al respaldarme, en el año 1979, para la realización de una Tesina cuyo título *“Iniciación socio-farmacológica sobre el consumo de Marihuana en España”*, era cuanto menos en aquella época, difícil.

Siguiendo el orden cronológico, y ya como farmacéutico establecido en el municipio valenciano de Marines, el siguiente colega cuya influencia me gustaría destacar fue D. Francisco Cerdá Orts,

farmacéutico de asistencia primaria en la población de Lliria, que me trató como un mentor, ofreciéndome su ayuda en todos los quehaceres diarios de una oficina de farmacia y de un farmacéutico que empieza en un pueblo y que no conocía esa modalidad del trabajo profesional.

En los años 80 entré a formar parte de la Junta del MICOF, donde permanecí más de seis años y de todos los apoyos que recibí, no puedo menos que destacar el de un empleado de esa casa D. Álvaro Sanz, que siempre estuvo afectuoso, pero qué en los momentos difíciles, que los hubo, supo y quiso aconsejarme adecuadamente.

Dispuso la causalidad que me trasladara a ejercer la profesión a otro municipio, Vinalesa, y allí entré en contacto con un farmacéutico que ha sido otro de los que más ha influido en mi vida profesional, D. Rafael Navarro Sánchez, entonces farmacéutico en Moncada, hoy en día farmacéutico en Xirivella. Además de tratarme espléndidamente como un colega desde el principio, e inculcarme sus inquietudes, hemos desarrollado juntos diferentes proyectos farmacéuticos. Primero en la junta de gobierno, luego juntos nos fuimos a Lyon para traer *lpharmex* a España, lo que fue el origen primero de la *Expofarmacia* y después de las ferias de farmacia anuales que se celebran en Madrid y Barcelona (hoy *Infarma*). Coincidimos también en la famosa “pantanada de Tous” ejerciendo diferentes funciones desde el MICOF. Más adelante coincidimos en el CEU S. Pablo impartiendo cursos de Análisis Clínicos y de Dermofarmacia y en Federación Farmacéutica asesorando y preparando los cursos de formación continuada para farmacéuticos comunitarios y aún, seguimos coincidiendo cada semana en cursos, charlas, formaciones, etc.

Y, por último, no quiero dejar de nombrar de nuevo aquí a mi querido amigo y colega D. Javier Hernández Haba, quien siempre me ha animado a que continuara mi formación académica, y así hoy poder estar entre Uds., y expresarle nuevamente mi gratitud, por haber asumido el discurso de contestación.

Mi gratitud especial a mi mujer María José y a mis hijos Helena, Laura y Ricardo por apoyarme en todo momento, haciendo que mi vida sea más satisfactoria y plena, y a mis hermanos Nacha, Vicente y Josep Manuel y familia por haber estado siempre ahí.

2.- LA RECETA DEL SEGURO OBLIGATORIO DE ENFERMEDAD



Disponemos de un Sistema de Seguridad Social que da cobertura sanitaria ilimitada a todos los ciudadanos (habitantes) del país, pero esto no ha sido siempre así. Por otra parte, se ha desarrollado la asistencia Farmacéutica con un modelo planificado de distribución geográfica y con la propiedad sometida a la titularidad del farmacéutico. Con la evolución de la Asistencia Sanitaria y con la regulación de la Farmacia hemos llegado a lo que consideramos la Farmacia Moderna, y hemos situado ese punto de inflexión en la implantación del Seguro Obligatorio de Enfermedad, porque sin dudarlo, podemos afirmar que hay un antes y un después de ese acontecimiento en la Farmacia, ya que, gracias a él, o por culpa de él, llega la Receta del SOE a la Farmacia.

Los antecedentes de este hecho se remontan al gobierno de la II República, y bajo el mandato de Largo Caballero, Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales se culminó el proyecto de unificación de seguros. Después, en los primeros años de la dictadura se continua el desarrollo del proyecto y ya en 1941, y bajo la dirección de José Antonio Girón de Velasco, Ministro de Trabajo, se promulgó la **Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad** en 1942, (*BOE 27/12/1942*) que en su artículo 32 establecía la Concertación obligatoria entre el **Consejo General de Colegios Oficiales Farmacéuticos** y el **Instituto Nacional de Previsión**. Este Convenio regulaba la dispensación obligatoria por todas las Farmacias, con una tarifa reducida especial para el Seguro. En él se establecía que, si en el plazo de dos meses no se suscribía el convenio, el Instituto instalaría Farmacias propias, y donde no se estableciesen, fijaría una tarifa obligatoria.

La **ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad** publicada en 1942, *BOE 27/12/1942, pag.10592, (Figura 1)* refleja en su artículo tercero que se aplicará con carácter obligatorio “a todos los trabajadores económicamente débiles”, con las excepciones que se señalan en la misma. Los beneficiarios eran trabajadores afiliados con un nivel de salario determinado en la misma norma, así como los familiares directos que vivían a sus expensas, estando excluidos los funcionarios. Los límites de la asistencia médico-farmacéutica eran 26 semanas al año para los asegurados y 13 para sus familiares. La hospitalización máxima se establecía en doce semanas al año, y la mitad para los familiares del asegurado.

Al principio el **Seguro Obligatorio de Enfermedad** sólo cubría a algunos trabajadores, pero desde entonces la asistencia sanitaria se ha ido extendiendo a más y más colectivos, hasta llegar hoy en día a la asistencia universal, y lo que era en 1950 una preocupación para el gobierno, el gasto farmacéutico, continúa siéndolo hoy en día, para todos los gobiernos.

b) Los interinos que llevaran ejerciendo el cargo dieciocho meses consecutivos y se encuentren prestando servicio en la fecha de esta Ley.

c) Los interinos que hayan ejercido el cargo durante dos años, aunque no fueran consecutivos.

En todo caso, deberá acreditarse plena afección al Movimiento Nacional.

Artículo segundo.—Podrán ingresar en el Escalafón del Cuerpo Nacional de Depositarios de Fondos de Administración Local los que, a partir del día dieciocho de julio de mil novecientos treinta y seis, y en las condiciones y plazos que se fijan en el artículo anterior, hayan ejercido interinamente el cargo de Depositario en Municipios sometidos a la jurisdicción del Gobierno Nacional y con presupuesto superior a cuatrocientas mil pesetas.

Artículo tercero.—Para perfeccionar el derecho que conceden los dos artículos anteriores, los funcionarios que reúnan las condiciones señaladas en los mismos habrán de seguir y aprobar un cursillo de formación y capacitación que, a tal efecto, organizará el Instituto de Estudios de Administración Local.

Artículo cuarto.—Los Interventores y Depositarios que perfeccionen su derecho ingresarán en la quinta categoría de los escalafones respectivos.

Artículo quinto.—El Ministerio de la Gobernación dictará las disposiciones oportunas para el cumplimiento de la presente Ley.

Dada en Madrid a doce de diciembre de mil novecientos cuarenta y dos.

FRANCISCO FRANCO

LEY DE 14 DE DICIEMBRE DE 1942 por la que se crea el seguro obligatorio de enfermedad.

El seguro de enfermedad, establecido en muchos países de Europa, no se había implantado en España como consecuencia de las luchas imperantes entre los diversos partidos políticos, en los que los intereses particulares en juego impedían esta realización.

Superadas estas luchas y promulgado el Fuero del Trabajo, en cuya declaración decima se ordena el establecimiento de un seguro total, se dispuso por el Ministerio de Trabajo el estudio y redacción de esta Ley, en que, recogiendo las experiencias necesarias, se plasmasen en una realidad este seguro, con carácter obligatorio para los productores económicamente débiles y con la amplitud y generosidad propia de nuestra Revolución Nacionalindustrialista.

En su virtud,

DISPONGO:

CAPITULO PRIMERO

Fines de la Ley

Artículo primero.—Por la presente Ley se establece en España el seguro obligatorio de enfermedad.

Artículo segundo.—Son fines del seguro obligatorio de enfermedad:

- La prestación de asistencia sanitaria en caso de enfermedad.
- La prestación de asistencia sanitaria en caso de maternidad.
- La indemnización económica por la pérdida de retribución derivada de los riesgos determinados en los apartados a) y b) de este artículo.
- La indemnización para gastos funerarios al fallecer los asegurados.

Las funciones de medicina preventiva que se encomiendan al Seguro se ajustarán a las normas generales establecidas por la Dirección General de Sanidad.

CAPITULO SEGUNDO

Campo de aplicación

Artículo tercero.—La presente Ley se aplicará con carácter obligatorio a todos los productores económicamente débiles, sin otras excepciones que las establecidas en el artículo noveno.

En su día, todos el Instituto Nacional de Previsión, la Dirección General de Sanidad y los organismos sindicales pertinentes, podrá establecerse, mediante Decreto del Ministerio de Trabajo acordado en Consejo de Ministros, el régimen de afiliación voluntaria de este Seguro.

Figura 1: Ley del Seguro Obligatorio de Enfermedad publicada en 1942, BOE 27/12/1942, pag.10592

En la tabla siguiente se relaciona perfectamente cómo ha sido el crecimiento exponencial de asegurados en el transcurso de los años hasta llegar a las cifras actuales de asistencia universal

El crecimiento de los asegurados fue en aumento lineal año a año dependiendo de las medidas de cobertura social de los respectivos gobiernos. Por contrapartida, las recetas del seguro de enfermedad tuvieron un crecimiento exponencial, y así, en tan sólo nueve meses se había triplicado el número de recetas y quintuplicado el importe en pesetas, como se observa en la *tabla 2*, por lo que fueron desapareciendo las retenciones que había en el sector hacia las recetas del Seguro de Enfermedad.

AÑOS	Número de Asegurados (Media mensual en Mones)
1950	3,1
1955	3,8
1960	4,4
1965	6,3
1970	7,6
1975	11,1
1980	14,6
1985	16,9
2018	46,7

Tabla 1.- Número de asegurados. (Fuente: informe sobre la prestación Farmacéutica en el Seguro de Enfermedad del Instituto Nacional de Previsión. España octubre de 1958. Informe sobre prestación farmacéutica en el Sistema Nacional de Salud 2018)

MESES	NÚMERO DE RECETAS	IMPORTE EN PESETAS
09/1944	24.020	115.298
10/1944	30.760	115.008
11/1944	30.516	166.173
12/1944	33.720	197.544
01/1945	41.874	255.489
02/1945	63.543	409.314
03/1945	60.803	430.029
04/1945	67.226	516.094
05/1945	73.575	605.310

Tabla 2.- Recetas del Seguro de Enfermedad y coste de estas, entregadas al Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid entre septiembre de 1944 y mayo de 1945 (1)

Los mismos datos referidos a nivel nacional se observan en la *Tabla 3*

Sería muy elocuente entreteñerse en estos datos y su variación interanual, pero para nuestro objetivo, baste señalar, que debido a lo abrumador del incremento del gasto se estableció un Petitorio, que se votó en referéndum en las empresas entre el 15 y el 30 de mayo de 1953, con gran eco en la prensa nacional. Asimismo, se establecieron descuentos a aplicar sobre los medicamentos. Además, el asegurado renunciaba a los medicamentos no incluidos en el petitorio, a cambio de no aportar nada al Seguro, por los medicamentos consumidos.

AÑOS	IMPORTE EN PESETAS
1945	84.930.027
1946	166.095.879
1953	689.386.098

Tabla 3. Coste de la prestación farmacéutica tras la inclusión de la receta en las farmacias (Revista del Seguro, de Enfermedad 2(5/6): 12. Madrid. 1954)

2.1.- LOS CONCIERTOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE PREVISIÓN Y EL CGCOF

La promulgación de la **Ley de Bases de Sanidad Nacional** en 1944, *BOE 331 de 16 de noviembre de 1944*, (*figura 2.*) establecía por primera vez que sólo los Farmacéuticos podían ser propietarios de las oficinas de Farmacia, lo que favoreció mucho la firma del Concerto, ya que por primera vez desaparecía el fantasma de las farmacias propias del Instituto Nacional de Previsión, (aunque este fantasma siempre ha sido y es, recurrente en cualquier cambio de legislatura)

El Consejo de Estado en Pleno, la Comisión Permanente y las Secciones pueden, por conducto del Presidente, solicitar de los Ministerios los antecedentes que estimen necesarios. En casos especiales, y por conducto del Ministerio que hubiera remitido a informe el expediente, pueden ser invitadas a informar, por escrito o de palabra, personas extrañas al Consejo acerca de los asuntos técnicos en que tuvieren notoria competencia.

Pueden ser oídos ante el Consejo los directamente interesados en los asuntos sometidos a informe, cuando el Presidente les conceda la comparecencia que hubiesen solicitado o cuando el Presidente lo estime conveniente.

Artículo veinticuatro.—El Reglamento fijará el régimen de sesiones y trabajos del Consejo de Estado, observándose, en lo posible, sus prácticas tradicionales.

Artículo transitorio primero.—Caso de que aumentase el número de Secciones, se entenderá asimismo aumentado en igual número el de Letrados Mayores, de Sección, Letrados de término y Letrados de Ingreso, reputándose que esta Ley concede autorización para efectuar dicho aumento de plantilla, a efectos de lo dispuesto en el número séptimo de la Orden de la Presidencia del Gobierno de treinta de septiembre de mil novecientos cuarenta y tres.

Caso de aumentar el número de las Secciones del Consejo de Estado podrá asimismo aumentarse el número de funcionarios del Cuerpo Técnico-administrativo del Alto Cuerpo, a razón de dos por Sección, con la categoría de Oficiales primeros, reputándose concedida por esta Ley la autorización para el aumento de plantilla a que se refiere el número séptimo de la Orden de la Presidencia del Gobierno de treinta de septiembre de mil novecientos cuarenta y tres.

Artículo transitorio segundo.—Mientras no exista ningún Teniente General del Ejército del Aire, el cargo de Consejero del Pleno, a que se refiere el apartado f) del número tercero del artículo tercero de esta Ley, podrá ser provisto entre los Generales de División del mismo Ejército.

Artículo adicional.—Se respetarán al Cuerpo de Letrados y al Técnico-administrativo del Consejo los derechos reconocidos por disposiciones anteriores a esta Ley, aunque en ella no se mencionen. Asimismo surtirán efecto las declaraciones de excedencia y las peticiones de reintegro autorizadas en la actualidad.

Artículo final.—Quedan derogadas cuantas disposiciones se opongan a lo preceptuado en esta Ley. Dada en El Pardo a veinticinco de noviembre de mil novecientos cuarenta y cuatro.

FRANCISCO FRANCO

LEY DE 25 DE NOVIEMBRE DE 1944 de Bases de Sanidad Nacional.

La ordenación jurídica de los servicios sanitarios nacionales adolece en la actualidad de tantas y tales deficiencias que su corrección aparece con carácter de medida necesaria.

La única Ley de Sanidad con que contamos, la de veintiocho de noviembre de mil ochocientos cincuenta y cinco, lleva casi un siglo de existencia, con lo que queda dicho que la mayor parte de sus preceptos carecen de aplicabilidad útil.

La razón apuntada dió lugar a que en diferentes ocasiones intentara el Poder Público modificar o derogar la Ley con el propósito de sustituirla por otra que sirviera a las nuevas concepciones y realidades sanitarias; pero las habilidades políticas se interpusieron una vez más, y su torpe empeño logró el fracaso del intento.

Ante la imposibilidad de poder promulgar una nueva Ley y atchada la Nación por la epidemia que se cernía sobre su país vecino, el Gobierno recurrió al arbitrio de publicar el Real Decreto de doce de enero de mil novecientos cuatro, que intituló Instrucción General de Sanidad, disposición acertada que ha encauzado el avance de toda la organización sanitaria que nos ha llegado hasta hoy.

Cuanto queda dicho en relación a la Ley del cincuenta y cinco puede aplicarse ahora, después de cuarenta años, a la Instrucción de Sanidad del año mil novecientos cuatro: la ciencia sanitaria continuó su marcha, se profundizó más en los medios de diagnóstico y de prevención, y paralelamente las costumbres populares y la cultura profesional dejaron muy atrás lo que establecía aquel Real Decreto.

Figura 2. Ley de Bases de Sanidad Nacional en 1944, BOE 331 de 16 de noviembre de 1944

...En su base XVI, pone textualmente:

“Solo los farmacéuticos, individualmente o asociados en las formas que se autoricen, podrán ser propietarios de las oficinas de farmacia, de las que serán profesional y civilmente responsables. Se exceptúan de este precepto las creadas por instituciones del Estado, Provincia o Municipio para el servicio de los acogidos a título gratuito. Los Ministerios del Ejército, Marina y Aire continuarán su régimen especial destinado a servicios militares. Para los servicios técnicos o de carácter social de las Corporaciones se establecerán tarifas especiales. “

El primer concierto se firma el 18 de agosto de 1944, con precio limitado de las especialidades farmacéuticas (descuento), pago diferido por el Seguro a las Farmacias y obligación de todas las Farmacias de atender todas las Recetas del Seguro. El día 1 de septiembre de 1944 comienza el servicio de prestación farmacéutica. En él ya se establecía la libre elección de Farmacia por el asegurado. Este convenio se renovó varias veces, pero hay que esperar hasta el 9 de mayo de 1953 para la firma del nuevo Concierto entre el CGCOF y el Instituto Nacional de Previsión. En éste, ya se incluía el “Petitorio” (con la premisa de que sería renovado sucesivamente), y una rebaja de los márgenes de los medicamentos. El mismo ministro Girón de Velasco, en 1950 en las Cortes, ya mencionó lo que significaría el Seguro Obligatorio para todos los trabajadores advirtiéndolo, que se iba a disparar el gasto y que los trabajadores no tenían capacidad para pagar las medicinas.

A pesar de todas estas medidas, el gasto siguió incrementándose y volvió a aparecer el fantasma de la socialización de la Farmacia, con la apertura de farmacias propias del Seguro (como ejemplo podemos mencionar el estudio técnico del subdelegado general de Seguros del Instituto Nacional de Previsión, Enrique Serrano Guirado, fechado en octubre de 1958) (1).

Por supuesto la negociación del Concierto, la Facturación de las Recetas, su coste, el descuento aplicado a los medicamentos pagados por el Seguro, el aplazamiento de pago, el petitorio, etc., siempre estuvieron determinados por la presión del INP, como explicaba Ramón Turrientes de Miguel, a la sazón presidente del Consejo, en el Pleno del CGCOF celebrado en Madrid los días 24 y 25 de febrero de 1946.

Posteriormente, después de muchas presiones empresariales, profesionales y profunda contestación social por el tema del Petitorio, en 1961, la prensa empieza a ser partidaria de la propuesta de Libertad de

Prescripción a cambio de la participación de los beneficiarios en su costo, por medio de la aportación del beneficiario. En 1967 dejó de estar vigente el Petitorio en virtud del **decreto 3157/1966** que lo suprime, y establece la aportación del beneficiario en el coste de los medicamentos.

La asistencia farmacéutica, de alguna manera, refleja la transformación socioeconómica del país, aumenta el número de protagonistas (laboratorios, almacenes, farmacias), aumentan los colectivos asegurados y por tanto el número de beneficiarios, incrementándose, y mucho, el consumo-gasto en medicamentos. La comercialización de nuevas especialidades origina su mayor demanda en detrimento de la fórmula magistral, o sea, venimos de

“Hágase según arte” (hsa)

para después llegar a

“Dispéñese según receta” (Dp)

y más adelante, veremos hacia dónde vamos.



Figura 3. Diferentes recetas con Dp

2.2.- VARIACIÓN DEL GASTO FARMACÉUTICO

En cuanto quedó atrás el Petitorio y se aceptó la aportación del beneficiario, volvió la preocupación gubernamental por el excesivo gasto en medicamentos y surgió el sistema de márgenes escalonados, los famosos R-64, R-77 y R-80, (una forma de disminuir el margen de los medicamentos que seguía siendo el 30%), de tal forma que, a mayor precio de venta, menor margen. Como la rueda del gasto no dejaba de girar, posteriormente se bajó el margen bruto de los medicamentos al 27,5% la Farmacia y al 6% la distribución, (recordemos que veníamos del 30% la Farmacia y del 9% la distribución). A partir de 1983, aparecieron los **Proseremes** (Programa Selectivo de Revisión de los Medicamentos), volvía el petitorio, y en el año 1997 se introdujeron los medicamentos genéricos en España.

Y desde entonces, hasta la actualidad, hemos presenciado un martilleo continuo legislativo, donde por un lado se fijan los precios de las especialidades farmacéuticas libres y de las que acepta el Seguro, y por otro se delimitan los medicamentos de uso y de dispensación hospitalaria (extrayéndolos del canal de las farmacias), se crean los conjuntos homogéneos y se fijan los precios de referencia de los conjuntos homogéneos en base a los precios de los medicamentos genéricos. Se fijan los márgenes escalonados y se añaden unos decretos, que se han hechos famosos en nuestro sector y que son los más representativos, el **RD 5/2000** y el **RD 8/2010** por cuanto son, los que fijan la escala de deducciones a la facturación de cada oficina de farmacia (*BOE 205, de 26/08/11*). En la *tabla 4* nos podemos hacer una idea de lo que representan estos decretos en cuanto a disminución del margen profesional, y en la *tabla 5* vemos la evolución del número de recetas y del gasto que representan para el SNS.

Ventas totales a PV Piva hasta Euros	Deducción Euros	Resto hasta Euros	Porcentaje aplicable
0.00	0.00	37.500.00	0.00
37.500.01	0.00	45.000.00	7,80
45.000.01	585.00	58345,61	9,10
58.345,62	1799,45	120.206.01	11,40
120.206.02	8851.53	208.075.90	13.60
208.075.91	20.801.83	295.242.83	15.70
295.382.83	34.487.04	382.409.76	17,20
382.409.77	49.479.75	600.000.00	18.20
600.000.01	89.081.17	En adelante	20.00

Tabla 4.- Escala de deducciones según factura mensual PV Piva de las Farmacias

Año	Núm. de Recetas (Mones)	Gasto (Mones de €)	Gasto medio por Receta en €
2003	706	8.941	12.26
2004	728	9.515	13.06
2005	764	10.051	13.15
2006	796	10.636	13.36
2007	843	11.191	13.27
2008	890	11.970	13.45
2009	934	12.505	13.39
2010	957	12.207	12.75
2011	973	11.135	11.44
2012	913	9.770	10.69
2013	859	9.183	10.68
2014	868	9.360	10.78
2015	882	9.535	10.81
2016	901	9.912	10.99
2017	908	10.176	11.20
2018	923	10.481	11.34

Tabla 5. Recetas facturadas al SNS y gasto farmacéutico a través de las recetas del SNS. Incluye el gasto medio por receta. (fuente Ministerio de Sanidad)

Como refleja bien la tabla, en el año 2018, estamos en un gasto menor que en 2006, como consecuencia de la lucha de la Administración por bajar el gasto en medicamentos.

3.- EVOLUCIÓN DE LA FARMACIA

Bien, por todo ello, “la Farmacia” que conocíamos de toda la vida, se fue transformando y adaptando a las nuevas reglas impuestas por la **Receta del Seguro Obligatorio**, puesto que su viabilidad estaba y sigue estando, muy condicionada por ésta, transformándose en lo que se ha llamado durante mucho tiempo “Oficina de Farmacia”. Las Farmacias tuvieron que ampliar el departamento administrativo en detrimento del Laboratorio de Fórmulas, puesto que disminuyeron éstas y se complicó el trabajo administrativo (compras, ventas, facturación, recetas con R, sin R, grupos homogéneos, 5/2000, 8/2010, compañías, etc.).

A finales del siglo XX, se dieron cuenta los farmacéuticos de que ya que venían los clientes-pacientes a la Farmacia, sería interesante venderles algo más que medicamentos, por lo que empezó, la “**Farmacia de Venta Libre**” o “**Farmacia Comercial**”. Durante algunos años, la preocupación principal era que las Farmacias vendieran más venta libre, (*Consumer Health*, Autocuidado y artículos sin receta) ya que era la forma de ser más rentables, puesto que la farmacia estaba y está, muy castigada tanto por la fijación de precios por el Estado (cada vez los medicamentos son más baratos) como por los descuentos establecidos para poder concertar con el Seguro.

Con la entrada en el nuevo siglo y como consecuencia de la consigna de la OMS “**Salud para todos en el año 2000**”, la Farmacia empezó a preocuparse más por la Salud y se transformó en lo que se conoció como la **Farmacia de Servicios**.

Así fue, como aparecieron las primeras prestaciones dedicadas a mejorar la salud de los clientes-pacientes de la Farmacia: toma de la tensión, determinación de glucosa y colesterol, analíticas rápidas con reactivos secos al alcance de todas las Farmacias.

Y posteriormente, la Farmacia se ha transformado en lo que se conoce como la “**Farmacia Comunitaria**” (FC), que integra la preocupación por la Medicina Preventiva y el bienestar del, o para, el paciente, y poco a poco la Farmacia Comunitaria ha ido incorporando los **Servicios Profesionales Farmacéuticos** (SPF), donde se desarrollan de manera escalonada un sinnúmero de protocolos para completar la atención al cliente-paciente.

Es muy importante señalar que el farmacéutico es el profesional sanitario con mayor facilidad de acceso, y en muchas poblaciones rurales a partir del mediodía, es el único profesional sanitario accesible.

Así mismo, es de destacar “el Consejo Farmacéutico” que tantas veces cita la TV en sus anuncios, y la inagotable aportación que hacen los Farmacéuticos de Farmacia Comunitaria en su labor diaria de “asesoramiento, consejo, recomendación y orientación de uso” de los medicamentos por y para el cliente-paciente.

4.- LA FARMACIA COMUNITARIA

En la actualidad la FC se caracteriza por el desarrollo de los SPF y de los SPFA (Servicios Profesionales Farmacéuticos y Servicios Profesionales Farmacéuticos Asistenciales).

Los SPF no asistenciales estarán orientados a la logística del medicamento, garantizando su custodia y su conservación y los SPFA estarán orientados tanto a la población en general, como a los usuarios de los medicamentos o de los productos sanitarios (el cliente-paciente, al que nos referíamos antes) y afectarán tanto a la optimización del proceso de uso, como a los resultados de los tratamientos.

En 2016 el Foro de Atención Farmacéutica de la Farmacia Comunitaria, identificó y consensuó un conjunto de SPFA no exhaustivo, ni excluyente que clasificó de la siguiente manera:

SPFA de la FC

SERVICIOS DE ATENCIÓN FARMACÉUTICA

Servicios orientados al proceso de uso de los Medicamentos

- **Dispensación**
- **Indicación Farmacéutica**
Abordaje de los síntomas menores (descongestión de los ambulatorios)
- **Conciliación de la medicación**
Transición entre Asistencia Hospitalaria y Asistencia Primaria
- **Adherencia Terapéutica**
Sistemas Personalizados de Dosificación (SPD). Según la OMS el 50% de los pacientes no toma los medicamentos como fueron prescritos
- **Revisión de Botiquines**
Programa de revisión de la acumulación y clarificación de los medicamentos a domicilio
- **Formulación Magistral**
- **Revisión de la Medicación (RUM)**
Frecuentes duplicidades de uso con medicamentos genéricos y medicamentos de marca
- **Inmunización**
Adquisición, custodia, seguimiento del paciente, aplicación de vacunas (de momento en otros países - Inglaterra, Australia...), notificación de sospecha, consejo, información y formación a la población.
- **Seguimiento Farmacoterapéutico (SFT)**
Evaluación y monitorización de la farmacoterapia con el objetivo de mejorar sus resultados en la salud del paciente.

Un ejemplo para considerar es, el programa **conSIGUE** que coordinado por el CGCOF y con la participación de casi 3000 pacientes y 400 Farmacias, ya ha demostrado que au-

menta la eficiencia del sistema y la eficacia al paciente (por cada euro invertido en SFT se genera un beneficio de entre 3.3€ y 6.2€).

Otro ejemplo más cercano sería el **Proyecto Taofar**: Integración de las Farmacias Comunitarias en la monitorización del tratamiento anticoagulante con Dicumarínicos en el departamento valenciano clínico-malvarrosa.

- **Otros**
Servicios orientados a evaluar y mejorar los resultados de los medicamentos en salud

SERVICIOS RELACIONADOS CON LA SALUD COMUNITARIA

- **Medidas antropométricas:**
Peso/altura/IMC, Perímetro torácico
- **Determinación de parámetros clínicos:**
Glucosa, Colesterol, PA/MAPA/AMPA, Densitometrías, etc...
- **Prevención de la Enfermedad:**
Cribados, Detección de riesgos de enfermedad (Prediabéticos, hipertensos, asmáticos, etc.)
- **Apoyo colaborativo al diagnóstico**
- **Detección de enfermedades ocultas o no diagnosticadas (sangre oculta en heces, VIH,)**
- **Promoción de la Salud**
- **Educación Sanitaria**
- **Información Sanitaria**
- **Asesoramiento Nutricional**
- **Programa de intercambio de jeringuillas**
- **Otros**

La importancia de los **SPF** ha sido resaltada por la profesión, a partir de los estudios promovidos por el **CGCOF**, que han puesto de manifiesto que la labor del Farmacéutico de Asistencia Primaria o Farmacéutico Comunitario (consejos en la dispensación por y para el uso adecuado de la medicación, por ejemplo) han mejorado los resultados en salud, tanto en valor asistencial como en términos económicos. Estudios como *conSIGUE*, *AdherenciaMED*, *Concilia Medicamentos*, *HazFarma*, *Salud en la Mujer Adulta* y *EXXITO*, que presentó en esta academia el presidente del CGCOF, D. Jesús Aguilar Santamaría en enero del año 2020, han puesto de manifiesto estas mejoras.

Toda esta labor, se ha venido haciendo históricamente desde la farmacia, sin embargo, nunca se habían tabulado sus beneficios, tanto para la salud comunitaria, como para la salud individual del paciente.

Todo ello, pone de manifiesto la importancia de los Farmacéuticos de Farmacia Comunitaria ya que la labor que realizan puede facilitar la obtención de resultados terapéuticos adecuados y evitar o resolver, en gran medida a través de los SPFA la aparición de Problemas relacionados con los Medicamentos (PRM) y de Resultados Negativos asociados a los Medicamentos (RNM)

5.- EL MUNDO FARMACÉUTICO EN SU VERTIENTE DEMOGRÁFICA Y ECONÓMICA

Hemos visto hasta aquí, cómo es la Farmacia que tenemos hoy en día. Ahora vamos a ver, cuál es exactamente su mundo.

Los datos que utilizaremos serán todos de final de 2019, ya que al revisar varias fuentes (CGCOF, Micof, SNS, IQVIA, IM, Informe Aspime, Airef) son las más completas de las que hemos encontrado.

5.1.- DATOS DEMOGRÁFICOS DE LA FARMACIA COMUNITARIA

Al final del año 2019 había en España 22.102 Farmacias Comunitarias (se han abierto 70 farmacias y han cerrado 39) distribuidas de la siguiente manera

35,7% = 7881 Situadas en capital de provincia

64,3% = 14.221 Situadas en municipios

Si viéramos estos mismos datos de la Comunidad Valenciana:

FARMACIAS COMUNITARIAS en la CV: 2.357

de las cuales

30,39% = 717 Situadas en capital de provincia

69.60% = 1.640 situadas en municipios

Por provincia

	Total	Capital	Provincia
CV	2.357	717	1.640
Alicante	809	149	660
Castellón	306	77	229
Valencia	1.242	491	751

De los datos que hemos visto hasta ahora deducimos que en España hay

4,7 farmacias por 10.000 habitantes 2.128 habitantes de media por farmacia

La ratio de habitantes por farmacia en España, es de los más bajos de nuestro entorno, lo que afecta y mucho a la rentabilidad de las farmacias, ya que en Europa la media es de 25.1 farmacias por 100.000 habitantes y en España es de 47,3 farmacias por 100.000 habitantes.

Si tenemos en cuenta que los farmacéuticos Colegiados en España a finales del 2019 son 75.260, veamos cómo se distribuyen en la Farmacia Comunitaria

- El 71,6% son mujeres
- El 70,8% ejerce en Farmacia Comunitaria (87,7% si tenemos en cuenta solo a los Farmacéuticos en activo)
- 53.305 farmacéuticos ejercientes en Farmacia Comunitaria
- De los 53.305 farmacéuticos ejercientes en Farmacia Comunitaria el 47% son propietarios de Farmacia,
- 19.128 son propietarios únicos y 5.921 son copropietarios y el 53% (25.251) trabaja como adjunto.
- Y si nos fijáramos en el sexo, el 71.6% son mujeres (38.166) y 28.4% son hombres (15.139)

5.2.- DATOS ECONÓMICOS DE LA FARMACIA COMUNITARIA

Actualmente se calcula que en España hay 25.000.000 de personas a las que se prescriben medicamentos, vamos a desmenuzar estos datos y hacernos una idea de que es eso, del mercado Farmacéutico.

Veamos como es el montante del gasto farmacéutico en España a través del SNS

Gasto Farmacéutico a través del SNS	10.794 M €
Número de recetas del SNS	971 M
Gasto medio por receta	11,12 €

Igualmente, si estos datos los referimos a la Comunidad Valenciana:

Gasto farmacéutico a través del SERVASA	1.290 M. €
Número de Recetas	111 M.
Gasto medio por Receta	11,60 €

Si estos datos, los completamos con la totalidad de facturación de las Farmacias, quedarían de la siguiente manera:

Gasto Farmacéutico a través del SNS	10.794 M €
Gasto Farmacéutico Directo	5.081 M €
Total de Medicamentos dispensados en Farmacias	15.875 M €
Facturación Total de las Farmacias	20.488 M €

Una vez visto el montante total de facturación, vamos a ir desmenuzándolo poco a poco

Facturación total de las Farmacias	20.488 M €
Venta total media de las Farmacias	927.000 €

Éste último dato se desglosa en 652.000€ en Medicamentos y 275.000€ en *Consumer Health*

Si examinamos más los datos de las Farmacias Comunitarias, y partiendo de su facturación global, nos encontramos que básicamente hay tres tipos de farmacias comunitarias:

Farmacias Tipo A (Facturación >1,2 M €)	± 20%
Farmacias Tipo B (Facturación 0,7-1,2 M €)	± 40%
Farmacias Tipo C (Facturación <0,6 M €)	± 40%

Pero cómo son las farmacias, lo vemos a continuación:

- Hay un 75% de las Farmacias por debajo de la media (927.000€) exactamente (16.553)
- Hay un 13,36% (2.952) de Farmacias con facturación menor de 300.000 €
- Hay un 4% (880) farmacias VEC (Farmacias con una facturación pública por dispensación de recetas menos de 200.000 €)

Y cómo es el comportamiento del cliente-paciente:

Precio del Tique medio	12,05 €
Consumo por habitante y año	450 €
Unidades por habitante y año	37,4

En el consumo por habitante y año (450 €) cabe señalar:

- En medicamentos 307,4 €
- en *Consumer Health* 142,6 €
- en unidades por habitante y año 37,4
(Medicamentos 25.5 y *Consumer Health* 11,9)

A grandes rasgos:

Tiques por farmacia año	78.734
Habitantes atendidos por una Farmacia durante un año	37.182
Habitantes atendidos por todas las farmacias en un año	820.643.920*

* Alrededor de 18 veces los habitantes de España

En 1 mes las farmacias españolas atienden a 68.390.092 habitantes

6.- EL FUTURO DE LA FARMACIA COMUNITARIA

Para hablar del futuro de la Farmacia comunitaria (FC), vamos a meter en un crisol desordenado todo lo que de alguna manera pueda afectarla.

El 86,3% de los ciudadanos ha acudido en el último año a profesionales de la salud pública. En el 13,6% de los hogares existe una situación de dependencia y el 12,8 % de los internautas (el 3,8% de la población) utiliza las redes para consultar temas relacionados con la salud. (debemos señalar que estos datos son anteriores a la Pandemia)

Empecemos por las grandes plataformas de venta y distribución *on-line* a domicilio, como *Amazon*, y *Ali-Baba*, entre otros, con la posibilidad, no tan remota, de distribución de medicamentos, productos sanitarios y *Consumer Health* a través de drones, o la posibilidad hoy en día, de recibir la compra al día siguiente en el domicilio habitual o en el punto de recogida designado. (en algunas poblaciones de 20.000 habitantes ya hay puntos de recogida de Amazon).

Cabría destacar aquí también la importancia que puede llegar a tener el “e-commerce” para el departamento de *Consumer-Health* de la Farmacia Comunitaria. Se ha empezado a detectar que cada vez más clientes-pacientes (sobre todo menores de 40 años) buscan la información de los productos en internet y luego si es factible, o si se les facilita, acaban la adquisición en el mismo sitio web donde han hecho la consulta. Esto aumentará la presión para digitalizar la Farmacia, ya no sólo con páginas web para ser localizadas o con facebook para consultas o comunicación, sino con venta a través de internet, bien sea a través de *market-places* o individualmente.

Por el contrario se están abriendo, cada vez más, pequeñas tiendas especializadas de barrio (tiendas de fruta, *Carrefour exprés*...) como contraposición al comercio no humanizado y está aumentando sensiblemente la red del comercio de proximidad. También se detecta la tendencia de que van a menos las grandes superficies comerciales (en EE. UU. ya han cerrado muchas de ellas)

Otro de los condicionantes nuevos que ha venido para quedarse, es la Telemedicina, con los TICs (tecnología de la información y de la comunicación válida para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención, la investigación y la evaluación) y la salud-móvil (*m-Health*) con los gadgets o *wearables* saludables (tabletas, Smartphones, pulseras, relojes, anillos, aros, básculas).

Y muy importante, un nuevo producto sanitario: una App que se considera Producto Sanitario (de acuerdo con la Directiva 93/42/CEE) si mejora la salud, aunque sea solo de forma paliativa, o cuando se utiliza para diagnosticar o ayudar al diagnóstico.

Se calcula que entre las tiendas de *Apple* y de *Android* suman más de 325.000 aplicaciones de Salud. El 30 % se dirige a pacientes y profesionales y el 70% al público en general. El 65% son aplicaciones para monitorizar enfermedades crónicas, 15% para diagnóstico y 10% para tratamientos.

En cuanto a logística, para los distribuidores se desarrollarán las tecnologías RFID (tecnología por radiofrecuencia) que proporcionan más datos, y en tiempo real de los medicamentos y su disposición, ya que estos llevan por fin la trazabilidad en todo su camino, ya que incor-

poran dos nuevos sistemas de control con el código *Datamatrix* que identifica el medicamento, la fecha de elaboración, el distribuidor y la fecha de distribución, y la Farmacia que lo dispensa y cuando lo hace, y además verifica su autenticidad, ya que cada envase lleva un único número de serie. Y con el dispositivo de control de cada envase contra la manipulación, el DCM que es un sello o un precinto que permite verificar si el medicamento ha sido manipulado y que cada Farmacia debe verificar. Y para las Farmacias se instalarán robots para la dispensación, con la mejora de control, de organización y de tiempo destinado al paciente se mejorarán, y mucho, las comunicaciones entre el distribuidor y la farmacia, y se sabrá con mucha más precisión el cuándo y el cuánto, de cada medicamento esperado por cada paciente.

Respecto a la **Receta Médica**, centro de toda nuestra disertación, desaparecerá, ya que la prescripción online sólo necesitará de la tarjeta SIP para completar los tratamientos crónicos de un año de duración o más, cuando la interoperabilidad no sólo se centre en interacciones entre medicamentos sino también en los envases, ya que tienen un número de serie único y diferente. Como consecuencia, el galeno podrá tener acceso a los envases retirados de la farmacia en tiempo real y sabrá mucho más sobre el cumplimiento del tratamiento por el paciente, y además esto servirá para todo el territorio nacional. Por otro lado, la actualización de la historia clínica a través de la prescripción electrónica, completará esta información y le dará al médico un sinfín de datos para controlar mejor a su paciente, por lo que el paciente estará mucho mejor supervisado, aunque se le vea menos, lo que aportará al sistema sanitario una descongestión de los ambulatorios, con lo que la asistencia primaria ganará en calidad y eficiencia.

Por otra parte, tendremos los medicamentos que la AEMPS define como medicamentos de terapia avanzada, los basados en genes o de terapia génica, los basados en células o de terapia celular y los basados en tejidos o de ingeniería tisular. Y también tendremos los medicamentos personalizados con la aportación de la Farmacogenética y de la Farmacogenómica, con lo que se desarrollarán medicamentos individualizados (para una sola persona, y a veces para una sola vez, o que se irán modificando según el efecto del tratamiento), y los medicamentos de precisión diseñados a partir de la nanotecnología, y los diseñados a partir de la bioimpresión-3D. Se combinarán biomarcadores

y algoritmos para diseñar un tratamiento, y con la ayuda de gadgets o wearables saludables, se podrá hacer un seguimiento pormenorizado de cómo funciona el tratamiento, para obrar en consecuencia.

Por lo demás, habría que considerar y mucho, la I.A., ya que puede que antes de ponernos enfermos ésta determine qué debemos tomar y qué no, y cuándo, para evitarlo. Actualmente, el 90% de los recursos humanos y económicos médicos se destinan a la curación de enfermedades. Con la I.A. esto cambiará rotundamente, porque al mejorar la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades, permitirá un ahorro significativo al sistema sanitario, ya que maneja enormes volúmenes de datos (*Big-Data*) y usa aplicaciones matemáticas y computacionales para determinar los biomarcadores de las diferentes enfermedades. La medicina del futuro está enfocada no sólo a curar la enfermedad sino a hacer sentirse bien a los pacientes, y se basará tanto en fenotipo como en el genotipo del paciente por lo que se tratará a las personas, no a las enfermedades.

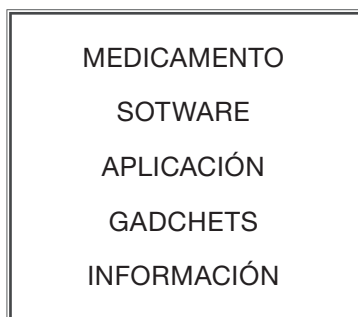
La otra cara de la I.A. es qué pasará con esos datos y quién los gobernará, porque se tiende a acabar con el paradigma de la época de Adam Smith de que *“en la salud y en la ciencia el bien del individuo pasa obligatoriamente por el bien común”* y hoy impera más el principio de gestión de los bienes comunes, que como definió la premio Nobel en economía Elinor Ostrom, lo “procomún” es un patrimonio de todos basado en el bien común: *“La colaboración del individuo precisa de la colaboración de la comunidad, lo que implica, que la materia prima imprescindible para conseguir este bien son los Datos, por eso hay que compartílos de forma abierta y horizontal.”*

En síntesis, **debemos ser donantes de Datos, no sólo de Órganos.**

Cada vez será más fácil determinar una carencia o un problema de salud en el paciente-cliente, a través de una infinidad de medios diagnósticos mucho más sencillos y rápidos que los que hay hoy en día (cualquier aplicación que pueda seguir y detectar información biológica sobre el paciente que luego se vuelca, en un *wearable*-dispositivo saludable- tipo *Smartphone*, una pulsera, un reloj, una balanza digital, una tirita que mide los latidos del corazón, el ritmo respiratorio, la temperatura corporal, la postura del cuerpo, el nivel de stress, la calidad del sueño, parches que almacenan la información sobre los músculos para

hacer un seguimiento de la enfermedad de párkinson, etc.), y al mismo tiempo será más adecuado y coordinado aplicar los medicamentos necesarios, que no necesariamente serán invasivos (una luz, un fotón, una parche, una pulsera, o aparatos que proveen de insulina a los pacientes diabéticos de manera automática según éste detecta que necesita el paciente más o menos dosis, una píldora con circuitos electrónicos y bacterias modificadas genéticamente, desarrollada por la Universidad de Boston, un circuito con electrodos, que se pega al cerebro y evita ataques epilépticos de la Universidad de Cambridge, bacterias modificadas para ser vigías, Universidad Pompeu Fabra, pastillas inteligentes que permiten saber si alguien está siguiendo un tratamiento o no, nanopartículas introducidas en el torrente sanguíneo para provocar o evitar una reacción, una pulsera *Rithmin*, para detectar arritmias y evitar ictus, etc.) algunas de estas novedades tendrán tanta precisión que podrán marcar células, ya no habrá un tejido diana, sino una célula diana.

Se implantarán los tratamientos con drogas inteligentes, lo que en medicina se conoce como *Drugware*. Los medicamentos vendrán acompañados de un software, que seguirá y detectará la información biológica sobre el paciente. Toda esta información biológica influirá en la respuesta del medicamento, y mejorará la salud del paciente con lo que favorecerá la adherencia a los tratamientos, y además el drugware tendrá en cuenta, no solo, la enfermedad sino el contexto psicosocial-cultural del paciente, y si para hacer su efecto un medicamento se necesita que el paciente baje de peso o deje de tomar alcohol, una aplicación le ayudará y le involucrará en ello.



Entre los análisis con perspectiva de futuro sobre la FC, hemos encontrado que la mayoría de los expertos abogan por una Farmacia parecida a la actual pero más profesionalizada en cuanto a SPFA, y difieren poco en cuanto la distribución geográfica y a la regulación del sector por parte del Gobierno de turno. Aunque apuntan que sería deseable que hubiese una remuneración fija para el acto profesional y una remuneración proporcional al coste del medicamento (la remuneración mixta que en algunos países ya se ha establecido). **Estos estudios hacen hincapié en el alto grado de satisfacción que produce la relación directa farmacéutico-paciente.**

Creemos que la FC para seguir siendo un puntal importante en el mundo sanitario, se debe centrar en tres características sanitarias que van a tener mucha importancia en un futuro no muy lejano, hablamos de la **Prevención**, la **Cronicidad** y la **Asistencialidad**.

En los años por venir, cada vez va a tener más importancia la Prevención de la Enfermedad, por lo tanto, la FC debe prepararse para esta eventualidad y con los SPFA adecuados (hay que incluir por supuesto los *wearables* y las aplicaciones) estar al servicio del paciente-cliente y de la sociedad en general (aunque quizá sea difícil contemplar esta perspectiva desde la azotea de la remuneración, pero sin lugar a duda se puede y se debe).

No descubrimos nada si decimos que cada vez vivimos más años, más si cabe en un país que ya casi está por delante de todos en esperanza de vida. Pues bueno, el vivir más años de alguna manera traerá una mayor cronicidad de las enfermedades, achaques, o simplemente más días vividos, con lo que habrá que cuidar a ese paciente-cliente para que sus días sean mejores y su salud, o simplemente la ausencia de enfermedad, le acompañe todo el tiempo posible, cuanto más mejor. Hoy en día los enfermos crónicos representan el 30% de los pacientes y consumen el 70% de los recursos sanitarios. De media en los últimos diez años de vida se incluyen pluripatologías y dependencia, lo que implica más atención al paciente crónico y polimedicación, con los problemas que ello conlleva y el gasto que genera para el sistema sanitario.

La FC deberá ser Asistencial a través de los SPFA, ya que una de las conclusiones que sobresale en todos los estudios, es la gran

satisfacción que produce la relación farmacéutico-paciente. A pesar de que los pacientes de hoy estén más empoderados, (muchos han leído todo sobre su enfermedad y sobre su medicamento, a veces inadecuadamente, en internet), esto implica que los Farmacéuticos Comunitarios deberán estar más preparados, y si se me permite, no sólo más preparados, sino más adecuadamente preparados para poder ejercer su labor de intermediario entre el medicamento y el cliente-paciente en asistencia primaria, y en consecuencia adecuar el uso correcto del medicamento, de su aplicación y de la información que éste pueda llevar implícita.

Hay que tener en cuenta que la Asistencia Primaria (por cierto, la gran olvidada de nuestra época) es como la primera línea de fuego en una batalla, y en ella las características son muy diferentes a las líneas de retaguardia o de despachos, tanto a nivel de preparación como a nivel de avituallamiento y de armamento, como se puso de manifiesto en el VIII Congreso Nacional de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), en palabras Encarnación Cruz, entonces Directora General de Cartera Básica y Farmacia del Ministerio de Sanidad :

“Hay que destacar y mucho la capacidad de transformar casi de forma mágica (profesional, diríamos nosotros) un mensaje complicado, como es un tratamiento, en algo sencillo para los pacientes y en un lenguaje que llega a la población”

O como se ha puesto en evidencia recientemente, si la Asistencia Primaria se colapsa y no da la asistencia que le corresponde por distribución, localización, intendencia, saturación o por logística, se colapsa el Sistema Sanitario.

Los españoles realizamos más de 155 Miones de consultas de atención primaria al año y la mayoría son por dolencias menores que se podrían resolver con aplicaciones de nuestros SPFA, y pasa lo mismo con muchas visitas a urgencia de los hospitales y de los centros de salud.

Recuerdan cuando decíamos que venimos de Hsa, para llegar a Dp, pues bien, les anticipo que la FC va a ir a hacia...

Asp: Aplíquese según proceda

Creemos que el futuro de la Farmacia Comunitaria estará en reconvertirse en el INTERMEDIARIO ACTUALIZADO que siempre ha sido. Ya que desaparecerá la Receta, y los medicamentos incluirán software que regulará y controlará la aplicación, o bien se imprimirán en una impresora-3D para personalizarlos más, y por ende, nosotros los Farmacéuticos Comunitarios seremos (o deberemos ser) los que sepamos manejar, entender, explicar y enseñar a utilizar y hacer accesible ese software o esas aplicaciones, para hacer llegar el medicamento adecuadamente, porque nuestro sitio siempre estará entre el medicamento y el cliente-paciente



Por tanto para finalizar, diremos que el futuro de la Farmacia Comunitaria estará en hacer valer nuestros SPFA de tal manera que se nos remuneren, (o se consideren en nuestra remuneración) y en convertirnos en el eslabón de la cadena sanitaria necesario para poder adaptar e informar del uso adecuado del software o de las aplicaciones que serán medicamentos o que necesariamente irán con los medicamentos, y que tendremos que hacer accesibles, digeribles, útiles y prácticos a nuestros clientes-pacientes, y por todo ello la Farmacia Comunitaria se caracterizará por *Asp: Aplíquese según proceda*

FARMACIA COMUNITARIA  ASP

7.- EPILOGO: LA FARMACIA COMUNITARIA EN LA PANDEMIA COVID-19

Me veo en la necesidad de añadir unas líneas a mi discurso de entrada en la AFCV, a propósito de la “nueva normalidad”, y por los cambios que han afectado a nuestras vidas y nuestras costumbres.

Pues bien, estamos viviendo una de las peores pesadillas que nos podríamos imaginar, tenemos un enemigo invisible y no tenemos armas contra él, creo que todos saben que hablamos del Covid-19.

Pero tenemos o teníamos la mejor sanidad del mundo, tenemos o teníamos políticos y técnicos que se preocupaban por nuestra salud. Como no teníamos PCR's, ni mascarillas, no eran necesarias. Si eran necesarios los respiradores, pero teníamos escasos. No eran necesarios los EPI, o si, pero no teníamos. Y si hablamos de los cuidados

socio-sanitarios, escaseaban en profesionalidad y en medios. Los hospitales se colapsaron y hubo que crear hospitales de campaña para cubrir la asistencia sanitaria Covid-19. Los Centros de Salud se blindaron y en la mayoría de ellos se pidió a la población que no acudieran para dejarlos libres para la Epidemia. Las recetas de la Seguridad Social cayeron un 30% y más tarde dejaron de existir físicamente. La asistencia sanitaria se transformó en teleasistencia, los enfermos crónicos se tuvieron que conformar con que los viéramos en las Farmacias para renovación automática, en algunos casos, de sus tratamientos y muchos otros enfermos, después de una breve llamada de teléfono al Centro de Salud pasaban por la farmacia para que les diéramos algo.

La asistencia socio-sanitaria que tantas veces se nos ha negado a las Farmacias, brilló por su ausencia.

Hemos conocido la manipulación de datos científicos, la falsificación de las cifras de contagiados y de muertos. Y se ha normalizado la mentira como excusa para paliar la deficiencia. Eso sí, en algo hemos sido los primeros: en muertos y en contagiados.

Y también hemos sido los primeros en hacer las cosas al revés: Cuando en todos los aeropuertos exigían la PCR, en los nuestros no la exigíamos y cuando todo el mundo prescindía en lo posible de las fiestas navideñas, nosotros las teníamos que celebrar. Resultado: más muertes y más contagiados en España por covid-19 que en el resto de los países de nuestro entorno.

Es posible que veamos aún rebrotes de esta pandemia más o menos potentes y que hasta dentro de un año, o más, no hayamos conseguido la vacunación masiva, y por si todo esto fuera poco, tenemos que soportar, que la cortedad de miras de otras profesiones, se manifieste con críticas completamente injustificadas y brutales contra las Farmacias Comunitarias y su deseo de ayudar y cooperar en la situación catastrófica que nos encontramos.

Por todo lo acontecido este año, manifestaré mi tristeza, y como no, también mi satisfacción.

Tristeza, por haber pasado un año muy difícil las Farmacias Comunitarias, ya que la administración y la sanidad pública las ha ignorado y ninguneado como si no fueran establecimientos sanitarios, ni estuvieran en primera línea de la Pandemia.

A la farmacia, han acudido infinidad de clientes-pacientes que pedían directamente medicamentos para el tratamiento del covid-19, que o bien se los habían recetado en su ambulatorio, en una unidad de urgencias o bien por teléfono (recuerden la azitromicina, colchicina, hidroxiclороquina, dexametasona, etc.), o bien esos pacientes que venían con dolores de cabeza persistentes, o “gripes” que cursaban con diarreas, u otros dolores inespecíficos, incluso no sabiendo que eran portadores del Covid-19, ya que a la mayoría de ellos no los podían atender en los ambulatorios adecuadamente, debido a la saturación de éstos y a las medidas de separación y de desviación de enfermos por la pandemia del Covid-19. Todo esto, al margen de la infinidad de consultas y aclaraciones que se han ido haciendo a lo largo del año sobre el tema Covid-19, y las necesidades de protección y de higiene y de aclaración de síntomas.

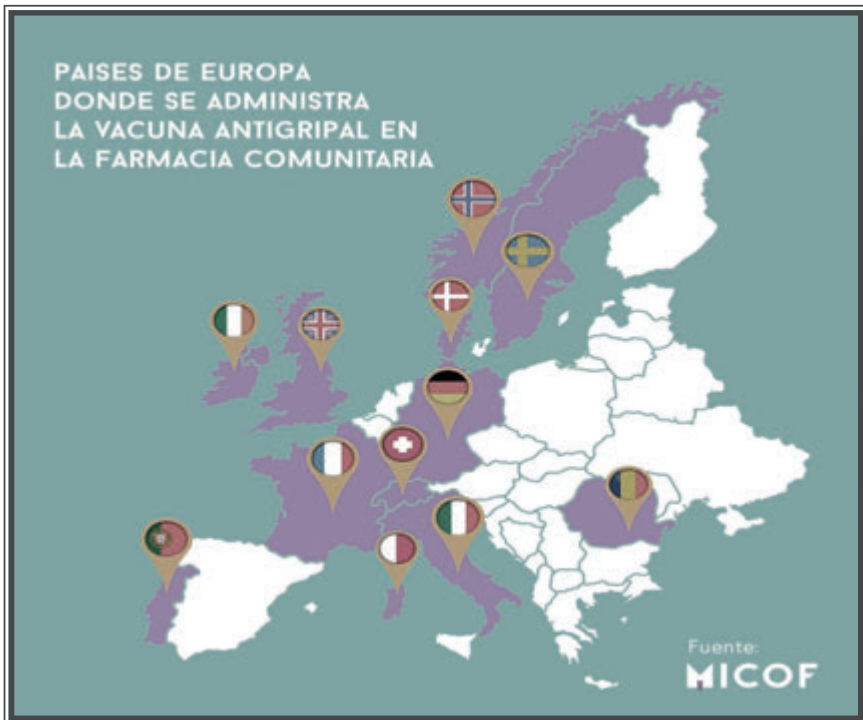
Después, apareció la necesidad de los tests de anticuerpos IgG e IgM y nuevamente la administración volvió a ignorar a las farmacias (en la fecha que finalizamos este escrito se acaba de autorizar en la Comunidad de Madrid a las Farmacias Comunitarias a hacer test de IgG e IgM, no así en el resto de España). Debo señalar que luego han salido auto test de anticuerpos IgG e IgM, y lo que no autorizaron a hacer a las farmacias, ahora lo pueden hacer los mismos pacientes.

Ni que decir tiene que tampoco la administración quiere contar con las Farmacias para la vacunación del Covid-19, (a pesar de lo útil que sería por la potente distribución geográfica de la Farmacia Comunitaria), y eso a pesar de ser uno de los países del mundo que más le está afectando la Pandemia, y que nos hallamos en un estado de catástrofe sanitaria de proporciones inmensas, y que por lo que estamos viendo al ritmo actual de las vacunaciones, necesitaríamos dos años para conseguir la inmunización de la población.

Es importante resaltar qué, en diferentes países, como EEUU, Francia, Inglaterra, Alemania, Italia o Portugal, por nombrar algunos, a las farmacias no sólo se las han tenido en cuenta para los análisis de anticuerpos, sino que también cuentan con ellas para la vacunación tanto de la gripe, en otras campañas, como del Covid-19, en el momento en que nos ha tocado vivir. Creo que esto es una imagen muy significativa que nos sitúa en la distancia que aún tenemos que recorrer, para que se considere la Farmacia como un factor sanitario (establecimiento

sanitario, según la legislación vigente) entroncada en la Asistencia Primaria, como ya ocurre en otros países.

Y, dejémoslo claro aquí, debemos conseguir que en España la Farmacia Mediterránea no sólo se distinga por su distribución geográfica y la propiedad unida al título de la profesión, sino que sea también una Farmacia Asistencial como ya se le reconoce en otros países de nuestro entorno



Y satisfacción, porque la farmacia siempre ha estado presente y está siendo útil al ciudadano en toda la Pandemia. Ya desde el primer día, y sin ninguna indicación, ni reglamentación del Ministerio de Sanidad ni de las Comunidades Autónomas, las Farmacias cubrieron sus mostradores con pantallas protectoras y se cubrieron el rostro con mascarillas, y cuando la administración decía que las mascarillas no eran necesarias, porque no tenían, en las Farmacias ya se señalaba la importancia de éstas. Y por supuesto, siempre al pie del mostrador para informar a los ciudadanos de lo que se sabía día a día, **y en ningún momento se apagó la luz de la Cruz Verde de la Farmacia Comunitaria.**

Recuerden cuando en el grueso de mi exposición hice hincapié en los SPFA, pues en una prueba de campo como ha sido (y está siendo) la Pandemia y sin una regulación ni reglamentación, ni tan siquiera protocolo de actuación, hemos demostrado que somos un agente sanitario, valioso y productivo, que se debe utilizar, potenciar, reconocer y valorar en toda su dimensión.

De alguna manera los ciudadanos han agradecido y estimado el comportamiento de la Farmacia Comunitaria, porque en todas las encuestas, ésta ha salido reforzada de la crisis.

Ahora sólo nos queda resaltar el valor de la FC frente a la Sanidad Pública para que deje de ignorarla, y poner de manifiesto la necesidad de que la Administración le otorgue el sitio que le corresponde en la Asistencia Primaria, que otros países ya le reconocen, y pueda participar, asistir y ayudar, tanto en campañas de vacunación como para aumentar y comunicar la prevención y para completar la asistencia de los enfermos crónicos.

Seguimos siendo en el siglo XXI, una profesión que todos los días se debe defender y se debe demostrar a, y en, Sanidad.

Vayamos a ello.

He dicho.

8.- BIBLIOGRAFÍA

1. Gloria Redondo Rincón. Antonio González Bueno. **La implantación de la prestación Farmacéutica en el Seguro de Enfermedad (1944-1955)**. An. Real Acad. Farm., Vol79, nº4 (2013).
2. M^a Carmen Francés Causepe. M^a Victoria Hernández de Troya. **La Prestación Farmacéutica del sistema Nacional de Salud**. Universidad Complutense Madrid 1998.
3. María Del Carmen Rodríguez Blas. **Estadística del gasto sanitario público 2017**. Subdirección General de Servicios del SNS y fondos de compensación. MSCYBS.
4. Alicia Coduras Martínez. Juan de Llano Señeris. **Análisis prospectivo Delphi sobre el futuro de la prestación Farmacéutica**. 2010
5. José M^a López Alemany. **Gasto Farmacéutico. Análisis de su evolución con un poco de perspectiva**. Diariofarma. Enero 2020
6. Mario V. González Fuentes, Jorge Irigaray García de la Serrana. Carolina Benavides Rosero. **El Gasto farmacéutico en España. La perspectiva pública y privada**. EAE Bussines School. Doc. 6. 2010.
7. Francisco Javier Puerto. Antonio González Bueno. **Compendio de historia de la farmacia y legislación Farmacéutica**. 2011. edit. Síntesis.

8. Víctor Valencia. **El futuro inmediato de la Farmacia**. Farmacia profesional. Vol. 21, nº 6. junio 2007.
9. Miguel C. Aguiló. **Tiene futuro la Farmacia Comunitaria**. Farmacia Profesional vol. 19, nº 2 feb-2005.
10. Ferrán Laplana Montserrat. Ferrán Dalet Escrivá. **Gestión de la Farmacia Comunitaria. Protocolos de Atención Farmacéutica**.1998
11. Francisco Martínez Romero. **Manual de procedimientos en una Farmacia Comunitaria**. 1996
12. **Estudio de los Medicamentos dispensados a través de receta médica**. 2018 AIReF.
13. **Evaluación del gasto en medicamentos dispensados a través de receta médica**. Junio 2019. AIReF.
14. **Prestación Farmacéutica en el Sistema Nacional de salud**. Informe Anual SNS 2018. (2017) MSCYBS.
15. **Demografía indicadores de bienestar y determinantes sociales**. Informe Anual del SNS. 2018. MSCYB
16. **Medicamento y farmacia en Cifras 2018**. (2017): Portalfarma CGCOF.
17. Real decreto 5/2000 de 23 de junio sobre **medidas urgentes de contención del gasto farmacéutico público y de racionalización del uso de los medicamentos**.
18. Real decreto 823/2008 del 16.05 por el que se establecen **márgenes y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de uso humano**.
19. Orden SCO/3803/2008 de 23.12 por el que se determinan los **nuevos conjuntos de medicamentos, sus precios de referencia**.
20. Real decreto 4/2010 de 26.03 de **racionalización del gasto farmacéutico con cargo al SNS**.
21. **Farmacéuticos para el Futuro y La Farmacia clínica en la década de los 80**. MSCYBS. Madrid.1981
22. **Gasto público en productos farmacéuticos y sanitarios. Panorama actual del medicamento**. Vol. 42. En-feb 2018
23. **Informe anual Aspime de Oficinas de farmacia 2020, 2019, 2018, 2017**.
24. **Observatorio de políticas Farmacéuticas Dic 2018**. (Dic 2017) (Dic 2016). Micof.
25. **Guía práctica para los farmacéuticos de Asistenciales en la Farmacia Comunitaria**. Foro de Atención Farmacéutica. 2019

26. Im-Farmacias. Anuario 2018-19. (2017-18).
27. Im-Farmacias. Informe del Sector, nº 97, julio 2019 y nº 107, julio 2020.
28. IQVIA Evolución del mercado de la farmacia española. Ene 2019
29. Estadísticas de colegiados y Farmacias Comunitarias. Portalfarma CGCOF.
30. Campus Sanofi. Curso Mobile Health
31. Campus Sanofi. Ebook Health Tech
32. Correo Farmacéutico. Informe. El gasto per cápita en farmacia superó al de la media de la OCDE.
33. Informe Farmacia Asistencial Ikaroa News and Consulting SL. y CGCOF. Diariofarma, enero 2017
34. Informe Amed 2018 de la Agrupación Farmacéutica Europa (PGEU).
35. Foro de Atención Farmacéutica. Indicación Farmacéutica. Farmacéuticos nº 324. Junio 2007.
36. Diariofarma. 20 años de gasto en Medicamentos. 28/01/2019.
37. Sexto comunicado foro AF-Fc. Madrid 14/06/2016. Servicios profesionales farmacéuticos asistenciales. CGCOF.
38. Propuesta de contenidos específicos en atención farmacéutica. CGCOF. Junio 2017.
39. Correo farmacéutico. Interpretar los datos que recabe la tecnología. Horizonte de la Farmacia 25-31 marzo 2019
40. Informe AIReF para mejorar la eficiencia del SNS. Junio 2019.

DISCURSO DE CONTESTACIÓN DEL
ACADÉMICO DE NÚMERO

ILMO. SR. DR. D. JAVIER HERNÁNDEZ HABA

Excmo. Sr. Presidente de la Academia de Farmacia de la CV,
Excmas. e Ilmas. Sras. y Sres. Académicos,
Dignísimas Autoridades Universitarias y Sanitarias,
Señoras y Señores:

Agradezco a la Academia la distinción que me otorga haciéndome su portavoz en la contestación al discurso de ingreso del Dr. Ricardo Sanchis González. Creo que es una noble y grata faena el poder expresar, no solamente lo que de protocolario tenga este breve discurso, sino también hacer constancia del afecto y amistad que me unen con el nuevo académico, del que destacaría dos aspectos que definen su personalidad: el humano y su pasión por la farmacia.

La relación del nuevo académico con la farmacia le viene de nacimiento, puesto que su madre dio a luz en la rebotica de la Oficina Farmacia de un pueblo valenciano de la Ribera Alta que ya no existe, Real de Montroy, hoy denominado Real.

En su familia, los Sanchis, le han precedido varios ilustres Académicos. Su padre Ricardo y su hermano Manuel, pronto se quedaron huérfanos, y fueron educados por su tío y tutor el Canónigo Josep Sanchis Sivera, quién fue miembro de la Real Academia de la Historia y de la Real Academia de Bellas Artes de San Fernando. Su tío Manuel Sanchis Guarner, ilustre filólogo e historiador valenciano, fue igualmente académico de la Real Academia de la Historia, al igual que el insigne poeta valenciano Luis Guarner. Finalmente, su tío, Francisco Gomar Guarner, fue el primer catedrático de traumatología de la Facultad de Medicina de Valencia, y también Académico de número de la Real Academia de Medicina de la Comunitat Valenciana.

A diferencia de su hermano, su padre Ricardo siguió la carrera militar durante la 2ª República y, tras ser encarcelado y defenestrado tuvo que reconvertirse en Farmacéutico. Abrió su primera oficina de Farmacia junto al mercado de Jesús en Valencia, y de allí se trasladó a Real de Montroy donde estableció una nueva y conoció a la que sería su esposa, Dña. Vicenta González Garrigós. Allí fue donde nació Ricardo, en 1951.

Ocho años más tarde su familia se traslada a vivir a Vinalesa, donde su padre adquiere la farmacia del pueblo previamente establecida, y en 1965 fijan definitivamente la residencia familiar en Valencia. Empieza sus estudios de bachiller en el colegio de los Salesianos de la calle Sagunto, pasando después por la academia Luis Vives y los termina en el Instituto de Enseñanza Media Mariano Benlliure de la calle Alboraya, donde ya despuntó como delegado y estuvo al frente de la primera huelga conocida en un instituto en Valencia.

Empieza sus estudios universitarios en la Facultad de Ciencias de la Universidad de Valencia, ya que entonces el selectivo era común para muchas carreras. Desde allí, el nuevo académico participa activamente en la creación del comité pro-estudios de Farmacia, que sería la punta de lanza de la futura Facultad de Farmacia en Valencia. En septiembre de 1972, la Junta de Gobierno de la Universitat de Valencia, donde

figuraba entre otros, el Profesor D. Francisco Bosch Ariño, farmacéutico y decano de la Facultad de Ciencias, emite informe favorable a la creación de la Facultad de Farmacia, la cual se aprueba por Decreto del Ministerio de Educación y Ciencia en agosto de 1974. El Rector, Dr. Rafael Báguena Candela nombra primer decano de la Facultad al profesor Enrique Hernández Giménez, académico de honor de nuestra corporación, recientemente fallecido.

Continúa sus estudios de 3º de carrera en el CEU San Pablo de Moncada, y es ahí donde por primera vez se cruzaron nuestras vidas; yo era su profesor de prácticas de Microbiología y Ricardo era el delegado de su curso.

Para hacer el 4º año de licenciatura se traslada a Madrid, a la Universidad Complutense. Para Ricardo, esos años efervescentes de su etapa en Madrid coincidentes con la caída del antiguo régimen y el nacimiento de la democracia fueron extraordinariamente intensos. Acaba sus estudios en Madrid leyendo, en 1979, su tesina de licenciatura, en la cátedra de historia de la farmacia que versaba sobre “Aspectos socio-farmacológicos del consumo de Marihuana en España”.

Despertó tanto interés este tema que fue invitado en varios colegios de farmacéuticos y otros foros a impartir conferencias, a la vez que publicaba también diversos artículos en revistas profesionales.

En 1978 abre su primera oficina de Farmacia en un pueblo donde no había ninguna otra instalada, Marines Nuevo. Allí permanece durante cuatro años y posteriormente se hace cargo de la farmacia de su padre en Vinalesa, donde ha venido ejerciendo como farmacéutico de asistencia primaria por un periodo de 34 años. Durante esta etapa hace los cursos de doctorado en la Universitat de Valencia.

En esta época entra a formar parte de la junta directiva del Micof. Participa activamente en la pantanada de Tous del año 1982. Ricardo, cargado con su cámara fotográfica, acompañó a visitar la zona afectada al presidente del Micof, D. Salvador Ibáñez y al entonces presidente del CGCOF D. Ernesto Marco Cañizares. Las fotografías que tomaron fueron ampliamente difundidas por los medios de comunicación y gracias a esta visita el presidente del Consejo quedó fuertemente impresionado y se consiguió una importante ayuda económica para las farmacias de la zona gravísimamente afectadas.

Otro hito importante durante su estancia en la junta del Micof fue el viaje que, junto a su amigo Rafael Navarro, también miembro de la junta, hicieron a Lyon y a Holanda para traer a España “Ipharmex”, de la que sería vicepresidente durante los dos primeros años. Posteriormente se transformó en Expofarmacia, la feria farmacéutica nacional más importante, y germen de lo que hoy es Infarma, que se celebra anualmente y de forma alternativa en Madrid y Barcelona.

El Dr. Sanchis se especializó en análisis clínicos, especialidad que ha ejercido durante 25 años. Es Diplomado en Sanidad y completa su labor profesional ejerciendo durante 10 años como farmacéutico Titular del distrito 5, que incluye las poblaciones de Vinalesa, Foios y Bonrepòs i Mirambell. Ha realizado cursos de formación para auditar empresas de alimentación, y para completar su formación como Titular.

Tiene acreditado la realización de 20 cursos de formación con más de 1.000 horas lectivas y ha ejercido como profesor en el CEU San Pablo y en IESES dando cursos para farmacéuticos y publicando diversos artículos y estudios monográficos.

También ha participado en los cursos de actualización de Federación Farmacéutica como asesor en el comité que programa y tutela dichos cursos para farmacéuticos comunitarios.

Es especialista en Análisis Clínicos, en Ortopedia y en Audiometría y cursó un Master en Salud Pública y Gestión Sanitaria en la Universitat de Valencia.

Consigue una nueva farmacia en las últimas oposiciones que se convocaron y desde entonces ejerce como Farmacéutico Comunitario en Ribarroja del Turia, por lo que lleva más de 40 años trabajando en Farmacia comunitaria y siempre en el medio rural.

En enero de 2018 consigue su grado de Doctor defendiendo su tesis doctoral sobre *“Farmacoepidemiología y Farmacoconomía de los tratamientos mentales. Comunidad Valenciana 2009-2011”* en la Universitat de Valencia obteniendo la calificación de sobresaliente *cum laude*.

Como partícipe del tejido social y sanitario, es miembro de la Real Sociedad Económica del País Valenciano y del Instituto Médico Valenciano. Así mismo es miembro de la Asociación Española del La-

boratorio Clínico (AEFA) y de la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC).

En relación con su discurso, el nuevo académico nos dibuja una perspectiva de la Farmacia Comunitaria desde la entrada de la Receta de la Seguridad Social, allá por los años 50 del siglo pasado, hasta la actualidad.

Hace hincapié en la importancia de este hecho y nos describe como se ha transformado la FC, desde cuando todo se hacía a base de Fórmulas Magistrales, a la Farmacia actual donde la informática y la nube son las protagonistas.

Inicialmente, el farmacéutico veía a las recetas de medicamentos con marca comercial como un potencial enemigo, pero poco a poco, con el paso de los tiempos, esto fue lo que hizo que las farmacias mejoraran y se hicieran más prósperas. Desde los inicios, con pocos asegurados y pocas recetas, se ha llegado a la cobertura total de la población y la asistencia universal, para llegar a la cifra de casi mil millones de recetas dispensadas en las farmacias españolas durante el año 2019.

Así mismo, el nuevo Académico hace referencia en cómo se ha transformado la Oficina de Farmacia en el transcurso de los años, para poder adaptarse a los cambios sociales y comunitarios, y resalta que aquel “HÁGASE SEGÚN ARTE”, hoy sería más adecuado sustituirlo por “APLIQUESE SEGÚN PROCEDA”.

Nos conduce después a una exploración de cómo son las farmacias actuales y cuál es la realidad del sector, tanto en su función social y comunitaria, como en su vertiente económica, porque la realidad de la Farmacia actual poco se parece a las de hace 20 años, ya que el 75% ellas facturan por debajo de la media.

Por supuesto, procede a analizar cuál es el día a día de esta Farmacia que el denomina “Moderna” y nos habla de las facetas importantes para que lo siga siendo dentro de 100 años tan necesaria y útil como lo es en la actualidad, para ello hace hincapié en los Servicios Profesionales de Atención Farmacéutica (SPAF) por la parte más profesional, así como en la faceta Asistencial en relación con la Asistencia Primaria, y en la tan estimada comunicación Farmacia-Paciente.

También reclama más atención por parte de las Autoridades Sanitarias, como ocurre en otros países de la Unión Europea. Durante la actual pandemia vírica se ha demostrado que la FC es un importante baluarte de la Atención Primaria, y en cambio parece que las autoridades sanitarias quieran ignorarlas. Por eso enfatiza que en otros países se cuente con las farmacias incluso para vacunar a la población.

Finalmente, el Dr. Sanchis nos ha plasmado también una versión de cómo cree que será tanto la farmacia como los medicamentos en el futuro; a la vez que señala que la función de la Farmacia Comunitaria no se verá perjudicada por más avances en terapéutica y en telemedicina que nos puedan sorprender, puesto que la labor de información, de asesoramiento y de puesta a punto del medicamento deben de estar depositados en la farmacia y en el farmacéutico comunitario, porque así lo necesita la población y de esa manera seremos más eficaces para la sociedad.

Después de 40 años, nuestro nuevo académico sigue enamorado de su profesión.

Dejando aparte factores afectivos, que podrían limitar mis sentimientos en este momento, estoy plenamente convencido que esta Academia de Farmacia puede congratularse y concebir la más amplia esperanza en la labor que el nuevo académico hará entre nosotros.

He dicho.



Farmacéuticos

Consejo General de Colegios Farmacéuticos



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

MICOF

MUY ILUSTRE COLEGIO OFICIAL
DE FARMACÉUTICOS DE VALÈNCIA



**Il·lustre
Col·legi Oficial
de Farmacèutics
de Castelló**