



ACADEMIA DE FARMACIA DE LA COMUNITAT VALENCIANA

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA COMO ELEMENTO VERTEBRADOR DEL MODELO FARMACÉUTICO PÚBLICO EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Discurso de presentación del Académico de Número

Ilmo. Sr. Dr. D. Julio Muelas Tirado

Discurso de recepción como Académico correspondiente

Ilmo. Sr. Dr. D. Jesús Larruga Riera

Leídos en Valencia el día 2 de marzo de 2022

*La prestación farmacéutica como elemento vertebrador
del modelo farmacéutico público en la Comunitat Valenciana.*

© Jesús Larruga Riera, 2022
I.S.B.N. 978-84-124615-3-4

Edición e impresión:
Art Gráfico, 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, 2022

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

Ilmo. Sr. Dr. D. Jesús Larruga Riera

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA
COMO ELEMENTO VERTEBRADOR DEL
MODELO FARMACÉUTICO PÚBLICO
EN LA COMUNITAT VALENCIANA

DISCURSO DE PRESENTACIÓN DEL ACADÉMICO NUMERARIO

ILMO. SR. DR. D. JULIO MUELAS TIRADO

“La inteligencia y el sentido común se abren paso con pocos artificios”.

Johann Wolfgang von Goethe

Exmo. Sr. Presidente de la AFCV

Excmos. e Ilmos. Señoras y Señores Académicos

Exmas. e Ilmas. autoridades

Queridos compañeros y amigos todos

Señoras y Señores:

Establece el Artículo 7 de los estatutos de la AFCV, que “para ser académico correspondiente es necesario ser licenciado o graduado en Farmacia o Ciencias Afines y haber destacado por su actividad científica o por sus trabajos a favor de los fines propios de la AFCV”, estando así mismo obligados a pronunciar “su discurso de ingreso”. Es

costumbre en estas Instituciones que los académicos correspondientes sean presentados por uno de Número. Así, mis primeras palabras serán para expresar mi agradecimiento a los Académicos Numerarios de la Junta general Ordinaria, por designarme para la presentación del nuevo Académico, al. Sr. Dr. Jesús Larruga Riera.

Es para mí un honor proceder en tan señalado día a dicha presentación a la vez que me supone una especial satisfacción, tras haber seguido su trayectoria profesional desde 1988, año en el que se incorporó como Jefe de Servicio de Planificación Farmacéutica de la entonces Conselleria de Sanidad y Consumo.

Nace en Santa Cruz de Tenerife. Cursa bachillerato en el Colegio Alemán de su ciudad natal hasta la finalización del bachillerato elemental. Inicia sus estudios de farmacia en el curso 1972, en la facultad de farmacia de Granada, finalizándolos en el año 1977. Durante ese periodo (1975-1977) obtiene beca estudiantil en el Servicio de Farmacia del Hospital de San Juan de Dios de la Diputación de Granada. Es también en ese periodo de tiempo cuando conoce a la que sería su futura esposa, también farmacéutica y valenciana. Lo que marcará su vida, tanto familiar como profesional, dado que se desarrolla en Valencia.

DESARROLLO PROFESIONAL

Se incorpora en enero de 1978 a la recién creada Facultad de Farmacia de la Universidad de la Laguna, donde accede como profesor encargado de curso del departamento de Farmacia Galénica bajo la dirección del profesor Antonio Cerezo Galán, realizando el grado de licenciatura y finalizando su contrato en diciembre de 1980, por voluntad propia para preparar las oposiciones de ámbito estatal convocadas para el acceso al cuerpo de farmacéuticos inspectores de la Seguridad Social.

Aprueba las citadas oposiciones y en abril de 1981 se incorpora como farmacéutico inspector provincial de Navarra en la Dirección Provincial de Pamplona.

Obtiene el traslado en enero de 1982, al equipo territorial de inspección nº 7 con sede en Valencia creado para ampliar las necesidades

de recursos en materia de prestación farmacéutica de las Direcciones Provinciales del INSALUD, así como reforzar la gestión de la prestación farmacéutica. Su ámbito de actuación es la Comunidad Valenciana y Baleares y forma parte también de las comisiones mixtas provinciales de Teruel y Albacete. Permanece en dicho puesto hasta 1987.

En 1987, el año previo a la transferencia del INSALUD a la Comunidad Valenciana, es adscrito en comisión de servicios a la Consejería de Sanidad y Consumo y más concretamente a la recién creada Dirección General de Planificación, con la responsabilidad de dirigir las competencias ya transferidas de la Conselleria de Sanidad en materia de Farmacia y de preparar la recepción de la prestación farmacéutica, que se iba a producir en enero de 1988.

Una vez producidas las transferencias y en el seno del creado Servicio Valenciano de Salud es nombrado Jefe de Servicio de Prestaciones, hasta 1992 donde adquiere la condición de Jefe de Área de Prestaciones y Asistencia Farmacéutica y posteriormente a principios de 1997 se renombra la denominación de la jefatura de área a la del Uso Racional de los Medicamentos puesto que ocupa hasta finales 1997.

En 1998 es nombrado responsable del Servicio de Farmacia de Atención Primaria del Departamento de Sagunto. Donde tiene la posibilidad de conocer de primera mano lo que es el funcionamiento de la Atención Primaria del Sistema Nacional de Salud. Permanece durante quince años en dicho puesto.

Desde enero de 2016 y hasta la actualidad ocupa la Jefatura de Prestación Farmacéutica y Dietoterapéutica de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios.

FORMACION POSTAGRADO

Es Diplomado en Sanidad, por la Escuela Nacional de Sanidad. Es Especialista en Farmacia Hospitalaria y en Farmacia Industrial y Galénica.

Bajo la dirección de los Dres. Antonio Cerezo Galán, Inés Rodríguez Galán y M. Martínez Martínez alcanza el grado de doctor, con la

calificación apto *cum laude* por la Universidad de Granada, 26 de junio de 1996.

Diplomado en Gestión y Dirección Pública, por la escuela Superior de Administración y Dirección de Empresas (ESADE), curso 1997-1998.

Cuenta con 34 artículos publicados y numerosos libros y comunicaciones a Congresos de ámbito internacional y estatal.

PERTENECIAS A COMISIONES

Cabe destacar su:

- Participación en la elaboración y miembro de la Comisión Mixta Central del primer concierto autonómico de prestación farmacéutica en la Comunitat Valenciana.
- Participación en la elaboración del concierto de 2016 y miembro del Comité Central de Asistencia Farmacéutica
- Miembro representante por la Comunidad Autónoma Valenciana en la Comisión Nacional del Uso Racional de los Medicamentos.
- Experto representante de España en el Consejo de Europa en el Programa: *El Farmacéutico y el desafío de las nuevas tendencias sociales*.
- Miembro representante de la Conselleria de Sanidad de la Comunidad Valenciana en el Pleno del Comité Consultivo del Sistema Nacional de Salud.
- Representante de la Conselleria de Sanidad y Consumo de la Comunidad Valenciana en la Comisión de Farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Representante de la Conselleria de Sanidad y Consumo en la Comisión de relaciones con el sector de producción y distribución de productos Farmacéuticos del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.

- Representante de la Conselleria de Sanidad y Consumo en la Ponencia de Interpretación y seguimiento del concierto con las oficinas de farmacia del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Representante de la Conselleria de Sanidad y Consumo en la Comisión sobre normas de correcta fabricación y control de calidad para oficinas de farmacia y servicios farmacéuticos hospitalarios Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud.
- Experto en el grupo de trabajo de normas de correcta elaboración del Formulario Nacional.
- Miembro de la Comisión del Consejo Interterritorial sobre el Formulario Nacional. Miembro del Comité Evaluador de Reacciones Adversas de la Comunidad Valenciana.
- Coordinador de la ponencia técnica de información y promoción en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud
- Representante de la Dirección General de Salud de la Conselleria de Sanidad y Consumo en la Comisión para el establecimiento del modelo oficial de receta médica de la Conselleria de Sanidad y Consumo.
- Representante de la Conselleria de Sanidad y Consumo en la Comisión Negociadora para la consecución del Concierto con Farmaindustria.
- Uno de los cuatro vocales en representación de las Comunidades Autónomas de la Comisión Nacional de la especialidad de farmacia hospitalaria y atención primaria durante la vigencia del RD 639/2014 de troncalidad

Por otra parte, es:

- Fundador y responsable del Centro Autonómico Valenciano de Información de Medicamentos CAVIME, en el 1988.
- Director de Boletín Terapéutico Valenciano, de los primeros documentos sobre información de medicamentos españoles y que a fecha de hoy continúa publicándose en la Dirección General.
- Director durante cinco años de la revista FAP (Farmacéuticos de Atención Primaria) publicación científica de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria.
- Forma parte del proyecto “Hemos Leído” blog electrónico que surgió de una necesidad percibida de buscar, conocer y compartir información independiente y actualizada sobre la utilización adecuada de los medicamentos.

SOCIEDADES

Es:

- Colegiado del Muy Ilustre Colegio Oficial de Farmacéuticos de Valencia
- Miembro de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria desde su fundación en el congreso nacional de Jerez del que se cumplen 27 años.
- Miembro fundador y socio con el número uno de la Sociedad Valenciana de Farmacéuticos de Atención Primaria
- Medalla honor de la Sociedad Española de Farmacéuticos de Atención Primaria (SEFAP).

El Dr. Larruga es un profesional de la Administración Sanitaria, que, con sus ideas y gestión, ha impulsado proyectos para la profesión farmacéutica, adelantados a su tiempo, entre los que hay que destacar su visión sobre la colaboración de las oficinas de farmacia con el SNS, la creación de los Servicios de Farmacia Sociosanitarios 10 años de que se contemplaran en la Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunidad Valenciana y 15 antes de que los recogiera una normativa del Estado, de los Servicios de Farmacia de Atención Primaria, entre otros; y que han tenido una gran influencia en lo que es el actual modelo de oficina de farmacia de la Comunidad Valenciana .

Ha sabido demostrar, con su excelente formación y polivalencia, adaptarse a los distintos entornos profesionales y ser líder tanto en el Área de Prestaciones Farmacéuticas, así como en el tiempo que trabajó en los Servicios de Farmacia de Atención Primaria, con proyectos e iniciativas nacionales y autonómicas de indudable repercusión.

Esta AFCV se congratula y se enriquece hoy con la entrada de un nuevo Académico correspondiente. Estoy seguro de que persona tan preparada será de gran utilidad a esta Academia que le acoge con ilusión, esperando de él, y creo que así será, una destacada colaboración.

He dicho.

Ilmo. Sr. Dr. D. Jesús Larruga Riera

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA
COMO ELEMENTO VERTEBRADOR DEL
MODELO FARMACÉUTICO PÚBLICO
EN LA COMUNITAT VALENCIANA

Exmo. Sr. Presidente de la AFCV

Excmos. E ilmos. Señoras y señores académicos

Exmas. E ilmas. Autoridades sanitarias y profesionales

Estimados compañeros y amigos

Señoras y señores:

Mi especial agradecimiento a los miembros de la Academia de Farmacia de la Comunitat Valenciana que han avalado mi elección como académico correspondiente. Elección que recae en esta ocasión, en un saguntino, farmacéutico de profesión y convicción, que como su acento delata, con orgullo siempre recuerda también que es un insular de la España más remota.

Como no puede ser de otra manera y más en un acto de tanta transcendencia personal, no puedo ni debo iniciar mi reglamentario discurso de ingreso a la Academia de Farmacia de la Comunitat Valenciana sin agradecer de manera sentida a las personas que de manera importante han influido y hecho posible mi modo de entender, comprender y desarrollar, pero, sobre todo amar profundamente una profesión tan bella e intensa como es la farmacéutica.

Empiezo con mi profundo agradecimiento al Dr. Julio Muelas Tirado mi proponente junto con el Dr. Fernando Rius Alarcó y el Dr Agustín Llopis González para el ingreso en la Academia. Es difícil, sin sentir una profunda emoción, trasladar mi reconocimiento personal al Dr. Julio Muelas, pero quiero hacerlo, dándole públicamente, las gracias a una persona con la que he compartido tanto, por ser un referente nacional en materia de ordenación farmacéutica, por su capacidad docente, haciendo sencillo la complejidad de la materia que domina, por la amistad más que demostrada a lo largo de tantos años pero sobre todo por los sentimientos continuamente transmitidos hacia mi persona.

Hacer también un recuerdo sincero a los doctores Antonio Cerezo Galán e Inés Rodríguez Galán, por ser los principales responsables de la formación que ha servido de base para el desarrollo de toda mi actividad profesional, por sus enseñanzas como profesores y maestros, pero especialmente por haber cultivado en mí el amor por nuestra profesión.

A mi compañero pero sobre todo amigo D. Francisco González Millan que no solo hizo de padrinzgo en mis comienzos profesionales en la administración sanitaria, sino también por introducirme en el significado que supone la manera de ser y entender a esta maravillosa tierra y a sus gentes.

Por supuesto mi reconocimiento más afectivo a todos aquellos compañeros y compañeras, José García Herrera, Antonio Boda Gordon, Rosa Díaz Mondejar, Carmen Albelda Puig, M^a Antonia Grau Rubio que desde el inicio fueron los actores principales de la aventura apasionante que significó la implantación del modelo de prestación farmacéutica en la Comunitat Valenciana y que tienen su continuidad en los farmacéuticos y farmacéuticas que conforman la actual estructura de la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública. Gracias a todos.

A la Dra. Mery Martínez Martínez por introducir en mí el conocimiento profundo, pero sobre todo, el significado asistencial de la prestación farmacéutica sociosanitaria.

Gracias, a mi actual Director General el Dr. José Manuel Ventura Cerdá, que con su visión clara y neta del significado clínico de la farma-

cia, hace que los farmacéuticos y farmacéuticas de la administración sanitaria, recordemos de manera continua al paciente como eje y centro de las políticas en materia de prestación farmacéutica.

A las Doctoras Raquel Tena Barreda y Amparo Esteban Reboll que con su acertada visión como médicas de familia, han ayudado y ayudan al desarrollo de la prestación farmacéutica en el entorno asistencial de nuestra Comunitat.

A aquellos Directores Generales que han tenido el coraje y la responsabilidad política de dirigir a lo largo de los años, la prestación farmacéutica en nuestra Comunidad y que, sin duda, con voluntad sincera de servicio público así lo hicieron. Especialmente a aquellos con los que mantuve un contacto personal y profesional más estrecho como Manuel Escolano Puig, José Luis Gómez Gavilan, José Clerigues Belloch, José Luís Trillo Mata y Patricia Lacruz Gimeno.

Quiero finalizar en este apartado de agradecimientos profesionales con uno muy sentido, pero sobre todo muy afectivo a los farmacéuticos y farmacéuticas de atención primaria, que me permitieron no solo participar en el apasionante proyecto “hemos leído” sino también, compartir durante muchos años la visión asistencial directa de nuestra profesión a través del ejercicio profesional en el ámbito primario de salud.

La familia definida como grupo de personas formado por una pareja, normalmente unida por lazos legales o religiosos, que convive y tiene un proyecto de vida en común, y sus hijos, cuando los tienen, para mí, tiene un significado muy potente en mi manera de ser y entender la vida. Así que finalizo pues este apartado, con un agradecimiento personal muy profundo a, mis padres, hermanas y hermano, que con gran esfuerzo hicieron posible en aquella España de comienzos de la década de los setenta del siglo pasado, que yo tuviera el privilegio de poder estudiar Farmacia en una universidad peninsular y más concretamente en la de Granada, al no haber en aquellos tiempos, en las Islas Canarias, ninguna facultad donde poder realizar esos estudios. Esa circunstancia de teórica debilidad que supuso salir del espacio de confort que era el reducto familiar, para mí fue afortunada, pues hizo que conociera compartiendo estudios a Mercedes Martínez Escrig, que actualmente es mi esposa y compañera. Ella en el campo profesional hace recordarme de manera continua las virtudes y excelencias del significado de la farma-

cia comunitaria y especialmente en el ámbito rural y lo que implica el sacrificio de la atención continua y muchas veces el ejercicio aislado de su profesión. Gracias Mercedes. Gracias también a ti Marta por ver en ti la continuidad en el cariño y amor a nuestra profesión común. Y como no a Jesús, Jesuete, que a pesar de su edad biológica nos permite a sus padres y hermana ver de manera continua, lo que la sinceridad de su mente infantil crea y transmite.

I

INTRODUCCIÓN

*“La experiencia es una llama
que no alumbra sino quemando.”*

*Episodios nacionales. La Corte de Carlos IV, cap. XX.
Benito Pérez Galdós*

Si hubiera que explicar en el ámbito de la farmacia a qué generación profesional pertenezco, sin duda afirmarí que formo parte de aquella que comienza su andadura en el mismo año que es aprobada por las Cortes Generales la Constitución Española del año 1978, y la transformación política que este acontecimiento supuso en España. El entorno sanitario y la farmacia, como no podía ser de otra manera, experimentaron cambios acordes con la evolución política y social de nuestro país. He tenido por tanto la oportunidad de ser testigo, y además la fortuna de participar de manera muy cercana a estas transformaciones a lo largo de casi cuarenta y tres años de ejercicio de nuestra profesión en el ámbito de la prestación farmacéutica, viendo y constatando su paulatina pero constante transformación de conceptos

primigenios, claramente, por no decir exclusivamente, económicos, a su actual vertiente rotundamente asistencial. Sirvan como ejemplos:

- La creación y participación como profesor no numerario en el departamento de farmacia galénica, de una nueva facultad de farmacia en la Universidad de la Laguna, donde en ese periodo de finales de los años 1970, se constituyeron en nuestro país algunas más, como fue el caso de la Facultad de Farmacia en la Universidad de Valencia.
- A los cambios conceptuales en materia de Sanidad y por tanto de la prestación farmacéutica que supuso la implantación en España de la Ley General de Sanidad.
- La primera ley del medicamento y sus modificaciones hasta el actual y vigente Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios.
- La trascendencia social, pero también de gestión presupuestaria y económica que supuso en el ámbito sanitario, la transferencia de la prestación farmacéutica, a la Comunitat Valenciana como consecuencia del traspaso de las funciones y servicios del Instituto Nacional de la Salud y consecuentemente la creación de un Servicio Autónomo de Salud como lo fue el Servicio Valenciano de Salud.
- La Ley de Ordenación Farmacéutica de la Comunitat Valenciana con la regulación y adaptación a la nueva realidad normativa que marcaba la Ley General de Sanidad en los campos profesionales de la Oficina de Farmacia y Farmacia Hospitalaria, pero sobre todo con la aparición de manera pionera en España de nuevos campos asistenciales de nuestra profesión como son los servicios de farmacia de atención primaria, servicios farmacéuticos penitenciarios o servicios farmacéuticos sociosanitarios.
- La firma de conciertos autonómicos de prestación farmacéutica, no ya entre la Conselleria de Sanidad y el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos sino con los

correspondientes colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunitat Valenciana y la ventaja que suponía esta descentralización para la realidad diaria de las oficinas de farmacia de la Comunitat Valenciana en su atención y dispensación de medicamentos a los pacientes del sistema público de salud.

- El primer desarrollo nacional en 1996 mediante un acuerdo con los colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunitat Valenciana de la dispensación de medicamentos genéricos bajo el paraguas de la denominación Oficial Española (DOE), lo que supuso de manera práctica y real el inicio de acciones encaminadas a la búsqueda de la eficiencia mediante el uso racional de los medicamentos en el Sistema Nacional de Salud.
- La participación en la transformación prácticamente al cien por cien, de un modelo de historia clínica y recetas en papel a un modelo de historia clínica informatizada, prescripción y dispensación electrónica de manera normalizada en la actividad asistencial pública de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.
- La creación en nuestro país de uno de los primeros centros autonómicos de información de medicamentos y boletín terapéutico de medicamentos dirigido a los profesionales sanitarios y pacientes.
- La oportunidad de poder realizar uno de los deseos a los que cualquier farmacéutico de la administración sanitaria pública hubiera querido aspirar, como es, el haber colaborado desde dentro, en el desarrollo normativo de una actividad profesional que considero importante para nuestra profesión como son las funciones y actividades de los servicios de farmacia de atención primaria en la Comunitat Valenciana y tener la oportunidad posterior de poder trabajar durante más de diecisiete años en ese ámbito asistencial como responsable del servicio de farmacia de atención primaria del departamento de salud de Sagunto.

- Ser miembro de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria y Atención Primaria durante la vigencia del Real Decreto, por el que se regulaba la troncalidad, la reespecialización troncal y las áreas de capacitación específica, y se establecían las normas aplicables a las pruebas anuales de acceso a plazas de formación y otros aspectos del sistema de formación sanitaria especializada en Ciencias de la Salud y se creaban y modificaban determinados títulos de especialista como fue el de farmacia hospitalaria y atención primaria.

Esta breve relación de algunos de los hitos profesionales junto con otros no mencionados de manera expresa, han marcado mi carrera profesional. Por eso tanto mi formación y conocimiento adquirido, es lo que quiero aportar como académico a la academia de farmacia de la Comunitat Valenciana.

Volviendo pues a la cita de D. Benito Pérez Galdós que pone en boca de Gabriel de Araceli protagonista y conductor de la primera serie de los Episodios Nacionales, quiero de manera respetuosa desarrollar e intentar alumbrar con mi experiencia profesional la tesis o hipótesis planteada, de la prestación farmacéutica como elemento vertebrador del modelo farmacéutico público en la Comunitat Valenciana y su visible transformación asistencial, al dirigirse en estos momentos más hacia la persona, que al medicamento en sí.

II

ANTECEDENTES DE LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA

La prestación farmacéutica de la Seguridad Social se definía y estructuraba como un componente más de la acción protectora del Sistema Español de Seguridad Social y comprendía las fórmulas magistrales, especialidades y efectos o accesorios farmacéuticos prescritos por los facultativos de la Seguridad Social, a los cuales se le reconocía el derecho a la libertad de prescripción. Se establecía, que la dispensación de medicamentos debía ser gratuita en los tratamientos que se realizasen en las Instituciones propias o concertadas, mientras que, en los demás casos, los beneficiarios participaban mediante el pago de una cantidad fija por receta o por medicamento, determinación que correspondía al Gobierno. En las Instituciones abiertas o cerradas de la Seguridad Social, los medicamentos, podían adquirirse directamente de la Industria Farmacéutica; sin embargo, los de aplicación fuera de estas Instituciones debían ser adquiridos a través de las Oficinas de Farmacia. Para todo lo anterior, la Seguridad Social debía concertar con los laboratorios farmacéuticos y Oficinas de Farmacia a través de sus representantes sindicales y corporativos.

Por tanto, en esos momentos, la prestación farmacéutica y, en general, toda la asistencia sanitaria de la Seguridad Social era consecuencia de una acción protectora del propio sistema, siendo ésta una más del conjunto de las prestaciones como por ejemplo, desempleo y jubilación.

No se trataba pues de un derecho individual reconocido por las altas normas del Estado, sino que se generaba como consecuencia de la situación laboral del individuo: productiva en unos casos (alta laboral) o no productiva en otros (baja laboral, jubilación).

En ese sistema, sustentada por cuotas propias y empresariales, el paciente tenía la consideración de afiliado o bien de beneficiario si pertenecía al entorno familiar directo. La no aportación económica para realizar en la dispensación de medicamentos en el ámbito ambulatorio se correspondía con el reconocimiento de derechos característicos de los sistemas de Seguridad Social, esto es, el tener validada la situación de pensionista; hecho que se alcanzaba por invalidez o bien por finalización de su actividad laboral.

Otra de las características generales de este sistema se refería a que la regulación orgánica, funcional y administrativa de la prestación farmacéutica se correspondía con la dependencia a un organismo exclusivamente administrativo (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social) distinto del órgano sanitario (no existía Ministerio de Sanidad y Consumo como tal sino una Dirección General de Sanidad dependiente del entonces Ministerio de la Gobernación).

Por tanto, a mitad de la década de los años 80, en el campo de la Prestación Farmacéutica de la Seguridad Social **no existe un modelo de gestión asistencial, sino un concepto de gestión económica** a través de conciertos reguladores entre los prestadores directos de servicio: Farmaindustria como órgano elaborador de medicamentos y la Oficina de Farmacia como establecimiento dispensador, quedando fuera de la escena gestora mediante conciertos otros actores de la actividad farmacéutica como eran los servicios de farmacia hospitalarios y por tanto los profesionales implicados.

III

LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN ESPAÑA TRAS LA LEY GENERAL DE SANIDAD 14/1986 DE 25 DE ABRIL

La norma referenciada es la que va a modificar sustancialmente los conceptos anteriormente descritos y tener sus notables consecuencias en el modelo de la prestación farmacéutica española a partir de ese momento. Así:

- Es establecido el derecho a la protección de la salud y a la atención sanitaria de todos los españoles y los ciudadanos extranjeros que tengan establecida su residencia en el territorio nacional. Se reconoce por tanto legitimidad no por su situación laboral, sino por el hecho de ser ciudadano.
- Se otorga capacidad a las Comunidades Autónomas para crear sus Servicios de Autonomías Salud integrados de manera coordinada en el seno del Sistema Nacional de Salud
- Se establece la obligación a los Servicios Autonomías de Salud de desarrollar, la prestación farmacéutica y el control

sanitario de los productos farmacéuticos, correspondiendo a estos órganos descentralizados, el desarrollo de la Prestación Farmacéutica del Sistema Nacional de Salud.

- Define las áreas y zonas básicas de salud como estructuras fundamentales del sistema sanitario haciendo desaparecer la estructura provincial como espacio asistencial y hace participativo el Sistema Sanitario Público con el establecimiento de los denominados Consejos de Salud
- Incluye la financiación del sistema, en los Presupuestos Generales del Estado como partida propia, no como una prestación de la Seguridad Social.
- Considera a las Oficinas de Farmacia como establecimientos sanitarios privados pero encuadrados en el ordenamiento y planificación sanitaria del Sistema Nacional de Salud.
- Asigna la custodia, conservación y dispensación de medicamentos a las Oficinas de Farmacia, Servicios de Farmacia de Hospital, Centros de Salud y estructuras de Atención Primaria para su aplicación dentro de dichas Instituciones o para los que exijan una particular vigilancia, supervisión y control del equipo multidisciplinar de atención a la salud, lo que posibilita, la apertura de nuevas vías de la actividad farmacéutica fuera del ámbito exclusivo de la Oficina de Farmacia y de los Servicios de Farmacia de Hospital.

IV

NUEVO MODELO DE GESTIÓN DE PRESTACIÓN FARMACÉUTICA EN LA COMUNITAT VALENCIANA EN EL PERIODO 1987-2003

Es la Ley General de Sanidad de 1986 la que, bajo su amparo, sirve de punto de partida en el año 1987, para el diseño de un nuevo modelo de gestión de la prestación farmacéutica en el Servicio Valenciano de Salud.

Así, en la Ley 8 de diciembre de 1987 de creación del Servicio Valenciano de Salud y en el Decreto 46/1988 de 12 de abril del Consell de la Generalitat Valenciana, por el que se aprueba el reglamento de organización y funcionamiento del citado Servicio Valenciano de Salud se determina y considera que la prestación farmacéutica es un elemento de gestión básico, que permita la integración de todos los recursos sanitarios en un dispositivo funcional y único que posibilite:

- La prestación de productos terapéuticos.
- El control sanitario de los productos farmacéuticos, elementos de utilización terapéutica, diagnóstica y auxiliar y de aquellos otros que, afectando al organismo humano, puedan suponer un riesgo para las personas.
- El establecimiento del marco de actividades y el control efectivo de los centros públicos y privados concertados con el Servicio Valenciano de Salud entre los que se encuentran las Oficinas de Farmacia.

Todo ello queda reflejado en los sucesivos reglamentos orgánicos y funcionales de la Conselleria de Sanidad, los cuales separan en aquel momento la **ordenación farmacéutica**, considerándola como una más del conjunto de la Ordenación Sanitaria de la Conselleria de Sanidad en el espacio de los establecimientos sanitarios de la **actividad farmacéutica**, constituida por la asistencia farmacéutica, la prestación farmacéutica, la prestación ortoprotésica y el uso racional del medicamento, integrándola en el marco asistencial del Servicio Valenciano de Salud y abarcando toda la actividad de los profesionales farmacéuticos, independientemente del centro o establecimiento donde desarrollen su labor.

La estructura administrativa resultante del primer reglamento de organización y funcionamiento del Servicio Valenciano de Salud de 12 de abril de 1988, busca el desarrollo de la prestación farmacéutica bajo el paraguas de la denominada ACTIVIDAD FARMACÉUTICA, competencia directa del Director General del Servicio Valenciano de Salud en la llamada Área de Prestaciones y Asistencia Farmacéutica.

Este Área de Prestaciones y Asistencia Farmacéutica tenía como objetivo conseguir una correcta actividad farmacéutica en la asistencia sanitaria integral de la Comunitat Valenciana mediante funciones y acciones transversales con las Direcciones de Gestión de Atención Primaria y Asistencia Especializada del Servicio Valenciano de Salud, y se estructuraba en los Servicios de Prestaciones y Asistencia Farmacéutica, de Prestaciones Complementarias y el Centro Autónomo Valenciano de Información de Medicamentos (C.A.V.I.M.E.).

Centrándonos en el Servicio de Prestaciones y Asistencia Farmacéutica, a éste le correspondían no solo las funciones de gestionar y coordinar la prestación farmacéutica, la adquisición y dispensación de productos y especialidades farmacéuticas, llevar a cabo la evaluación de las prescripciones por áreas, zonas, terapias y otras circunstancias, sino también gestionar y coordinar el marco de actividades y llevar el control efectivo de la organización y vigilancia de los servicios de urgencia, turnos de guardia, horarios, vacaciones y de la asistencia prestada por las Oficinas de Farmacia y demás servicios y establecimientos farmacéuticos, denominando ASISTENCIA FARMACEUTICA a estas importantes actividades que quedaron enmarcados desde ese momento dentro de la prestación farmacéutica del sistema nacional de salud.

SITUACIÓN INICIAL

Las competencias y recursos humanos para llevar a cabo la gestión encomendadas al Servicio Autonómico de Salud en el sector farmacéutico a finales del año 1987 pueden considerarse precarios. Hasta entonces las competencias legalmente transferidas en Ordenación Farmacéutica (apertura de Oficinas de Farmacia, centros distribuidores, servicios farmacéuticos y botiquines), Asistencia Farmacéutica (horarios, vacaciones, guardias, etc. de los establecimientos farmacéuticos) y Prestación Farmacéutica de la Seguridad Social se reducían, por un lado, a las resoluciones de los antiguos recursos de alzada en materia de ordenación y asistencia farmacéutica, al haberse delegado en su momento la instrucción en primera instancia de estas materias en los Colegios Oficiales de Farmacéuticos de la Comunidad Valenciana, y por otro, a labores de inspección y vigilancia del Concierto regulador de la prestación farmacéutica de la Seguridad Social con las Oficinas de Farmacia.

Así, los recursos humanos disponibles en la gestión de los Servicios Centrales y Periféricos del Servicio Valenciano de Salud se redu-

cían a seis farmacéuticos pertenecientes a la escala de farmacéuticos inspectores del cuerpo sanitario de la Seguridad Social (tres en la Dirección Provincial de Valencia, uno en la Dirección Provincial de Castellón y uno en Dirección Provincial de Alicante) transferidos en el decreto de asunción de competencias por la Comunidad Autónoma. Por otro lado el personal farmacéutico de la Generalitat Valenciana ascendía a cinco profesionales. En Asistencia Especializada se contaba con treinta y siete farmacéuticos hospitalarios repartidos en dieciséis hospitales de la Seguridad Social de la Comunitat Valenciana con Servicio de Farmacia abierto. No había recursos farmacéuticos en las estructuras de atención primaria, ni en materia de información de medicamentos, farmacovigilancia, ensayos clínicos ni tampoco en centros sociosanitarios.

V

DE LA LEY DE COHESIÓN Y CALIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD AL REAL DECRETO-LEY DE MEDIDAS URGENTES PARA GARANTIZAR LA SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Transcurridos más de 16 años desde la entrada en vigor de la Ley General de Sanidad, se habían producido profundos cambios en la sociedad, tanto culturales, tecnológicos y socioeconómicos como en la manera de vivir y de enfermar. Por otro lado fue necesario plantear nuevos retos para la organización del Sistema Nacional de Salud, como eran la orientación a los resultados en salud, la potenciación del papel de los usuarios como decisores, la implicación de los profesionales en las reformas administrativas, las actuaciones clínicas y la toma de decisiones basadas en la evidencia científica, así como la búsqueda de mecanismos de integración en la atención sanitaria y la sociosanitaria. Estos retos pusieron de manifiesto la necesidad del funcionamiento cohesionado del Estado y de las comunidades autónomas para complementar algunos elementos esenciales del Sistema Nacional de Salud, y especialmente para que pudieran adaptarse a la modernización que el entorno le exigía.

En el año 2003 es publicada y entra en vigor la **Ley de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud** estableciéndose acciones de coordinación y cooperación de las administraciones públicas sanitarias con el fin de asegurar a los ciudadanos el derecho a la protección de la salud, y con el objetivo común de garantizar en el Sistema Nacional de Salud:

- **La equidad**, en la línea de desarrollo del principio constitucional de igualdad, garantizando el acceso a las prestaciones y, así como, el derecho a la protección de la salud en condiciones de igualdad efectiva en todo el territorio.
- **La calidad**, conjugando la incorporación de innovaciones con la seguridad y efectividad de éstas, orientando los esfuerzos del sistema hacia la anticipación de los problemas de salud o hacia soluciones eficaces cuando éstos aparecen. Esta calidad debe evaluar el beneficio de las actuaciones clínicas incorporando sólo aquello que aporte un valor añadido a la mejora de la salud.
- **La participación ciudadana**, tanto en el respeto a la autonomía de sus decisiones individuales como en la consideración de sus expectativas como colectivo de usuarios del sistema sanitario.

Se aporta también al nuevo modelo la definición de aquellos ámbitos en que es precisa la colaboración entre el Estado y las comunidades autónomas, definiendo un núcleo común de actuación del Sistema Nacional de Salud y de los servicios de salud que lo integran.

Son definidos seis ámbitos que representan para el ciudadano:

- La seguridad de las prestaciones en todo el territorio del Estado
- Que los profesionales sanitarios tengan las mismas garantías de competencia profesional
- Que la investigación se oriente a las necesidades de salud de la población

- Que la información sanitaria fluya en todo el sistema
- Que la calidad sea un objetivo común dentro del Sistema Nacional de Salud.

Como órgano básico de cohesión es establecido el **Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud**, al que se dota de mayor agilidad en la toma de decisiones y de mecanismos para la búsqueda de consensos, así como para la vinculación entre las partes en la asunción de estas decisiones.

La crisis del año 2008 afectó de manera notable los pilares del sistema público de salud y obligo a los legisladores reformas que, bajo su criterio, permitieran reforzar la sostenibilidad, mejorar la eficiencia en la gestión, promover el ahorro y las economías de escala, introducir nuevas herramientas a través de las nuevas tecnologías, ganar en cohesión territorial, coordinar los servicios sanitarios y los sociales y, sobre todo, garantizar la igualdad de trato en todo el territorio nacional con una CARTERA BÁSICA DE SERVICIOS COMUNES. Así el Real Decreto-ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones estableció una categorización de la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud que permitieran gestionar mejor la realidad asistencial en España.

Este Decreto-Ley incorporó también determinadas medidas relacionadas con la prestación farmacéutica como consecuencia de la austeridad en el gasto público, asociando que las decisiones de financiación estuvieran presididas por criterios de evidencia científica de coste-efectividad y por la evaluación económica, con consideración del impacto presupuestario, en la que se tuviera en cuenta un esquema de precio asociado al valor real que el medicamento o producto sanitario aporta al sistema.

Esta misma normativa aprobada en el parlamento español y basándose en los mismos principios de austeridad y de racionalización en el gasto público en la oferta de medicamentos y productos sanitarios modificó el hasta entonces vigente sistema de aportación por parte de los usuarios e introduciendo cambios en el mismo, para adecuar,

según la justificación del mismo Decreto-Ley, el modelo de financiación del Sistema Nacional de Salud a los presupuestos generales del Estado. Esta reforma de gran repercusión política y social consistió en establecer la aportación de los ciudadanos en función de su capacidad económica, buscando un uso más responsable de la prestación, así como un reparto más equitativo y sostenible del esfuerzo de financiación, cambiando con ello el sistema mantenido inicialmente por la Ley 29/2006, de 26 de julio, que era el vigente desde los años ochenta del siglo pasado.

Son conocidas las posiciones políticas y sociales planteadas en ese momento y que provocaron importantes movimientos de contra-reforma en diversas comunidades autónomas. En la Comunitat Valenciana a través de sendos decretos anuales, con la colaboración de los colegios profesionales y través de una concertación específica se subvencionan estas aportaciones a colectivos considerados vulnerables, como son, por razones económicas-sociales (pensionistas), con discapacidad, menores de edad, pobreza farmacéutica (desempleados), familias monoparentales.

También como aspecto fundamental de la citada normativa, se redefinió la cartera común de servicios del Sistema Nacional de Salud quedando articulada y manteniéndose aún vigente en torno a las siguientes modalidades:

Cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud que comprende todas las actividades asistenciales de prevención, diagnóstico, TRATAMIENTO y rehabilitación que se realicen en centros sanitarios o sociosanitarios, así como el transporte sanitario urgente, cubiertos de forma completa por financiación pública.

Cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud que incluye todas aquellas prestaciones cuya provisión se realiza mediante dispensación ambulatoria y están sujetas a aportación del usuario que incluye las siguientes prestaciones:

- Prestación farmacéutica.
- Prestación ortoprotésica.

- Prestación con productos dietéticos.
- El transporte sanitario no urgente, sujeto a prescripción facultativa, por razones clínicas y con un nivel de aportación del usuario acorde al determinado para la prestación farmacéutica.

Cartera común de servicios accesorios del Sistema Nacional de Salud que incluye todas aquellas actividades, servicios o técnicas, sin carácter de prestación, que no se consideran esenciales y/o que son coadyuvantes o de apoyo para la mejora de una patología de carácter crónico, estando sujetas a aportación y/o reembolso por parte del usuario.

Cartera de servicios complementaria de las comunidades autónomas donde, con determinadas condiciones, podrán aprobar sus respectivas carteras de servicios asumiendo con cargo a sus propios presupuestos, todos los costes de aplicación de la cartera de servicios. Ejemplos en nuestra comunidad autónoma son las subvenciones a determinados colectivos o el tratamiento por ejemplo para la disfunción eréctil de determinados pacientes.

En definitiva y tras esta articulación la prestación farmacéutica hospitalaria y sociosanitaria está inmersa en la cartera común básica de servicios asistenciales del Sistema Nacional de Salud y la prestación farmacéutica ambulatoria dentro de la cartera común suplementaria del Sistema Nacional de Salud.

En definitiva la trascendencia que en el ámbito de la consolidación y configuración de la prestación pública sanitaria, marcó este Decreto-Ley de medidas urgentes, quedo reflejado posteriormente en el texto refundido de la **Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios** en los capítulos relacionados con el uso racional de los medicamentos y productos sanitarios en diversos ámbitos (atención primaria, hospitalaria, especializada y oficina de farmacia), su financiación y la mejora de la calidad y seguridad de sus prestaciones.

VI

DE AREA DE PRESTACIONES Y ASISTENCIA FARMACÉUTICA A DIRECCION GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

Los distintos procesos de consolidación y organización de las políticas sanitarias que se desarrollan en la Comunitat Valenciana durante el periodo comprendido entre los años 1987 y 2014 provocaron la desaparición de los entes de gestión Servicio Valenciano de Salud y la denominada Agencia Valenciana de Salud, lo que provocaron diversas adaptaciones de los reglamentos orgánicos y funcionales de la Conselleria competente en materia de sanidad y por tanto de la estructura responsable de la gestión entre otras funciones de la prestación farmacéutica. Así, y de manera cronológica, se crea la primera Dirección General con la denominación de **Atención Primaria y Farmacia**, la posterior **Dirección General para la Prestación Farmacéutica** y la actual **Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios**.

Por otro lado, la vigente Ley de Salud de la Comunitat Valenciana se configura en un capítulo específico, y bajo el amparo de la PRESTA-

CIÓN FARMACÉUTICA, a la denominada Atención Farmacoterapéutica Integral donde se configura y establece que el proceso farmacoterapéutico contemple a la persona como centro del proceso, orientando los servicios a las personas y exigiendo además que la Conselleria competente en materia de Sanidad vele por:

- La equidad farmacoterapéutica, a fin de que todas las personas reciban no solo una atención farmacéutica integral, continua, óptima, de calidad, segura y eficiente en todos los ámbitos asistenciales y en todas las etapas del proceso farmacoterapéutico sino también que todas las personas puedan acceder al tratamiento más eficiente para un mismo problema clínico.
- Garantice también el acceso a los tratamientos farmacológicos a la ciudadanía, prescritos por los y las profesionales del sistema valenciano de salud, y por tanto necesarios para el restablecimiento de la salud, adoptando las medidas necesarias para que ninguna persona quede excluida de la prestación farmacéutica incluida en la cartera común de servicios del sistema nacional de salud por razones económicas.

También configura el **Sistema Valenciano de Salud**, que no debe confundirse con el antiguo Servicio Valenciano de Salud, como el conjunto de todos los centros, servicios y establecimientos de la Comunitat Valenciana, gestionados bajo la responsabilidad de la Generalitat, dirigidos a hacer efectivo el derecho a la salud, que incluye tanto la asistencia sanitaria como las actuaciones de salud pública. Su gestión y administración es competencia de la Conselleria competente en materia de sanidad, la cual organiza y tutela la salud individual y colectiva a través de las prestaciones, servicios y medidas preventivas necesarios.

Así la prestación farmacéutica queda bajo dependencia, tanto orgánica como funcional de la Conselleria y ya no de un órgano autónomo como lo fueron el Servicio Valenciano de Salud o la Agencia Valenciana de Salud, convirtiendo la antigua estructura de Área en una de mayor rango como es el Dirección General ante la necesidad de integración y unificación de la ordenación farmacéutica y de la prestación farmacéu-

tica en una única estructura dependiendo de la Conselleria de Sanidad.

Actualmente la Dirección General de Farmacia y Productos Sanitarios, bajo la dependencia de la Secretaría Autonómica de Salud Pública y del Sistema Sanitario Público, ejerce las competencias en materia de planificación de recursos farmacéuticos, ordenación farmacéutica, racionalización y control del uso del medicamento, provisión y asistencia farmacéutica, así como prestaciones complementarias.

La Dirección General se estructura en el Servicio de Ordenación, Control y Vigilancia de Productos Farmacéuticos dependiente directamente de la Dirección General y la Subdirección General de Optimización e Integración, de la que a su vez dependen el Servicio de Prestación Farmacéutica y Dietoterapéutica y el Servicio de Prestación Ortoprotésica y Complementaria.

VII

PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN E INTEGRACIÓN TERAPÉUTICA

La prestación farmacéutica se ha relacionado y asociado de manera continua con el denominado gasto farmacéutico y se ha considerado erróneamente, desde mi punto de vista a esta prestación, esencial del sistema sanitario público como uno de los responsables de que una porción importante de los gastos en salud de los países desarrollados no pueda ser destinado a aumentar las inversiones en factores relacionados con la biología humana, su entorno o estilos de vida saludable.

Es necesario por tanto y desde mi punto de vista, separar en dos apartados claramente diferenciados los conceptos claves relacionados con la farmacia en nuestro país como son: el gasto público en medicamentos y el papel de la farmacia y de los profesionales farmacéuticos en el ámbito de la prestación farmacéutica.

En lo referente al gasto en medicamentos, en la Comunitat Valenciana, así como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud y en el resto de los países de su entorno, existe una enorme preocupación por los fuertes incrementos anuales que supone el coste de los medicamentos financiados por los sistemas públicos de salud y su repercusión

en los presupuestos sanitarios de las administraciones.

Quiero matizar en estos momentos, que siempre que se trata el tema del gasto económico que supone la prestación farmacéutica, surge la polémica sobre la corrección de hablar de gasto farmacéutico o bien de gasto en medicamentos.

Personalmente hablo siempre e intento trasladar en todo momento el concepto de gasto en medicamentos para intentar en lo posible disociar lo que es la financiación de una prestación sanitaria pública como lo es la Prestación Farmacéutica, de lo que es el desarrollo de una actividad profesional farmacéutica en ese campo, y la importante repercusión que esa actividad puede tener en la mejora de la salud de los ciudadanos. Debe por tanto evitarse en lo posible la calificación de farmacéutico a un gasto que lo es en utilización de medicamentos. Sirva como ejemplo, que no hablamos de gasto en traumatología, al referimos a la prestación ortoprotésica del Sistema Nacional de Salud.

En nuestra comunidad autónoma el gasto en medicamentos que supone la prestación farmacéutica durante el año 2021 fue de:

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA AMBULATORIA: 1.484 millones €

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA HOSPITALARIA: 963 millones €

PRESTACIÓN FARMACÉUTICA SOCIOSANITARIA PÚBLICA: 14 millones €

Esto significa un TOTAL de 2.461 millones de € y supone el 32,7% del presupuesto anual de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública.

En lo referente al papel de la farmacia y de los profesionales farmacéuticos en el ámbito de la prestación farmacéutica, existen pocas dudas de que, bajo el concepto de Atención Farmacéutica, los farmacéuticos deben intervenir en los distintos niveles de asistencia sanitaria, y en cada uno de ellos a través de las estructuras correspondientes (Oficinas de Farmacia, Servicios de Farmacia de Hospitalaria, Servicios de Farmacia de Atención Primaria, Servicios de Farmacia Sociosanitarios) atendiendo y asistiendo a los pacientes, con el objetivo de colaborar en la correcta utilización de los medicamentos, con funciones relacionadas

con la distribución, conservación, preparación y dispensación con su correspondiente información, juntamente con funciones sobre el seguimiento de tratamientos y detección de efectos graves con un claro componente de reorientación enfocado a la obtención de resultados en salud, a la integración y continuidad farmacoterapéutica y a la eficiencia, de la prestación farmacéutica.

De ahí el establecimiento del **Programa de Optimización e Integración Terapéutica** en la última modificación de la ley de Ordenación de la Comunitat Valenciana del año 2021, definiéndolo como el conjunto de actuaciones y actividades encaminadas a la utilización de medicamentos y productos sanitarios en el ámbito de la Comunitat Valenciana, basado en la identificación y fomento del uso de las alternativas, protocolos y procedimientos de mayor eficiencia y conveniencia para pacientes y sociedad desde el punto de vista de la prestación farmacéutica del sistema sanitario público, y su implementación armonizada y equitativa. También el Programa contempla la representación de la Comunitat Valenciana, en el contexto de participación y colaboración, en los órganos del estado español con competencias en el posicionamiento terapéutico, en el establecimiento de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, en la fijación de precios y condiciones de financiación de los productos farmacéuticos, en los planes estratégicos nacionales o en la política aplicable a los medicamentos y los productos sanitarios.

VIII

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Una vez analizados y presentados de manera descriptiva los antecedentes y realidad actual de la prestación farmacéutica tanto en nuestro entorno como en el conjunto del Sistema Nacional de Salud, es necesario bajo el prisma profesional de mi experiencia, y por tanto exclusivamente desde mi punto de vista personal, finalizar mi discurso realizando un resumen a modo de conclusiones de cómo la prestación farmacéutica pública, da consistencia, estructura interna, organización y cohesión, es decir vertebra y por tanto cohesiona y potencia, al modelo farmacéutico público en la Comunitat Valenciana.

1. El modelo ha condicionado de manera positiva el entramado y desarrollo normativo de la ordenación farmacéutica en la Comunitat Valenciana especialmente en su orientación a la regulación de la prestación farmacéutica que recibe la persona, más que como ordenación de los servicios y establecimientos sanitarios que la prestan. Sirva como ejemplo el reciente Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios, que ha sustituido a la hasta entonces vigente, que regulaba únicamente actividades de ordenación, control

y asistencia farmacéutica en los centros sociosanitarios.

2. La prestación farmacéutica según el modelo implantado y la normativa que lo ampara se corresponde con un derecho individual de las personas (ciudadanos) y, por tanto, no como un derecho de los profesionales o estructuras que la prestan. Este modelo potencia al máximo, el sentido de que la atención se centre en la persona, como nuevo paradigma de la atención farmacéutica, exigiendo, casi como criterio de supervivencia del modelo que conocemos, un cambio cultural, estructural y de organización de los propios servicios farmacéuticos (Oficinas de Farmacia, Servicio de Farmacia de Hospital, Servicio de Farmacia de Atención Primaria, Servicio de Farmacia Sociosanitaria), tal y como se está desarrollando en la Comunitat Valenciana.
3. Se trata por tanto de no integrar al paciente en el proceso clásico prescripción-validación-dispensación-seguimiento, porque este, en realidad, es el proceso del medicamento sino, de integrar la farmacia en un proceso mucho más amplio y complejo de valoración integral-plan de cuidados individualizado-seguimiento. En definitiva, la prestación farmacéutica para continuar con su papel vertebrador del modelo de atención farmacéutica pública en la Comunitat Valenciana, debe seguir perfeccionando esa transformación de un proceso centrado en el medicamento, a uno centrado en la persona como verdadero eje sobre el que gire su proyecto, garantizándole la continuidad de los tratamientos y la eficiencia del proceso farmacoterapéutico especialmente en los paciente crónicos y complejos. Para ello y dentro de un equipo multiprofesional, debe avalarse al máximo la equidad farmacoterapéutica y aumentar la calidad del proceso farmacoterapéutico mejorando la seguridad de los pacientes y potenciando las capacidades, confianza, visión y protagonismo del paciente y también sus cuidadores.
4. La transversalidad y relación del sistema público de salud con los farmacéuticos ejercientes en todos los ámbitos asistenciales tiene una repercusión notable en el desarrollo del modelo descrito. En el ámbito hospitalario, atención primaria

y servicios de farmacia sociosanitarios públicos estos profesionales están totalmente integrados en la gestión asistencial de la prestación y son elementos claves del conjunto del proceso farmacoterapéutico en el sistema público de salud valenciano.

5. En la farmacia comunitaria es donde esa integración, a pesar de los avances conseguidos, muestra un reto necesario de consolidación y amplia mejora. En nuestra Comunitat, se ha superado, mediante derogación legislativa, la innecesaria crisis que supuso la publicación del decreto-ley 2/2013 del Consell, de actuaciones urgentes de gestión y eficiencia en prestación farmacéutica y ortoprotésica, que estableció alternativas distintas en las relaciones de las oficinas de farmacia con la Administración Sanitaria de la Generalitat, para la ejecución de la prestación farmacéutica. No priorizó la concertación colectiva a través de los colegios profesionales, y permitió incluso el derecho a la concertación individual, de los titulares de las oficinas de farmacia u otros establecimientos o servicios de atención farmacéutica con lo que esa capacidad de integración quedaba más limitada por estar más asociada al ámbito económico que al asistencial.
6. El último concierto entre la Generalitat y Colegios Oficiales de Farmacéuticos del año 2016 vuelve con éxito a los parámetros implantados en nuestra comunidad desde las transferencias del año 1988, al establecer con los colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunitat Valenciana, tanto en representación propia como en nombre de todos los farmacéuticos y las farmacéuticas titulares de las Oficinas de Farmacia, la imprescindible necesidad de cooperación del farmacéutico/a comunitario/a para alcanzar los compromisos que la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública tiene en materia de desarrollo e implantación de políticas de uso racional y seguro de medicamentos, seguimiento farmacoterapéutico de los pacientes, y la adherencia de los tratamientos prescritos para asegurar el éxito terapéutico.

7. Como novedad, el concierto establece compromisos de la administración sanitaria valenciana, de los colegios oficiales de farmacéuticos, pero también de todos los farmacéuticos titulares de Oficina de Farmacia. Con ello se ha dado pie a que la ejecución de la prestación farmacéutica en la Comunitat Valenciana no solo es y exclusivamente corporativa, sino también profesional al comprometerse los farmacéutico/as comunitario/as por concierto de manera individual con otros compromisos asistenciales aparte de la dispensación adecuada de medicamentos y productos sanitarios en receta oficial del Sistema Nacional de Salud como, el llevar a cabo su ejercicio profesional con niveles óptimos de calidad y sobre todo a participar con el resto de profesionales del equipo asistencial en las actividades sanitarias que le sean propias en el ámbito de su ejercicio profesional.
8. Este acuerdo se convierte también en uno de los pioneros en España al introducir en un modelo concertado de prestación farmacéutica un anexo específico sobre regulación del desarrollo y condiciones para la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos, comprometiéndose la Conselleria competente en materia de sanidad a elaborar una normativa aplicable a la acreditación de estos servicios profesionales y estableciendo el procedimiento para reconocer los requisitos necesarios para prestar un determinado servicio. Este compromiso fue cumplido con la publicación del Decreto 188/2018, de 19 de octubre del Consell, por el que se regula la concertación de los servicios profesionales farmacéuticos asistenciales y la acreditación de las oficinas de farmacia para su prestación, entendiendo como servicio profesional farmacéutico al conjunto de aquellas actividades sanitarias que, dentro de las definidas en el texto refundido de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios y demás normativa aplicable, sean prestadas desde la farmacia comunitaria por la persona farmacéutica que emplea sus competencias profesionales para la prevención de la enfermedad y la mejora, tanto de la salud de la población como la de las personas destinatarias de los medicamentos y productos sanitarios, desempeñando un papel activo en la

optimización del proceso de uso y de los resultados de los tratamientos. Se puede por tanto empezar a hablar ya más de acciones profesionales con pacientes que con clientes. Este paraguas normativo, es el que por ejemplo ha permitido sentar las bases del acuerdo entre la Conselleria de Sanidad y Salud Pública y los colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunitat Valenciana para el registro de los casos positivos a sars-cov-2, detectados mediante una prueba de autodiagnóstico de antígeno de tanta repercusión asistencial y profesional.

9. La implantación del nuevo modelo ha generado la sustitución de las antiguas comisiones mixtas centrales y provinciales por la creación del Comité Central de Asistencia Farmacéutica y los correspondientes Comités Territoriales de Asistencia Farmacéutica. Esta circunstancia pero sobre todo, el nuevo concepto de su funcionamiento y composición, ha supuesto un cambio sustancial de la farmacia comunitaria al introducir el papel asistencial de la prestación farmacéutica prestada en las oficinas de farmacia. Así se han tomado decisiones consensuadas que han permitido entre otros:
 - Estudio y aprobación como hemos comentado antes, de los posibles servicios profesionales farmacéuticos a implantar y diseñar, buscando la mejora tanto de la salud de la población como la de las personas destinatarias de los medicamentos y productos sanitarios.
 - Implantación del servicio de entrega domiciliaria de medicamentos de dispensación hospitalaria con la colaboración de las empresas de distribución farmacéutica y las oficinas de farmacia comunitarias de la Comunitat Valenciana dentro del el desarrollo del plan asistencial de atención farmacéutica telemática en las unidades de atención farmacéutica a pacientes externos de los departamentos de salud de la Comunitat Valenciana.
 - El plan individualizado de atención farmacéutica integral dirigido a personas dependientes con cuidador no

profesional y no institucionalizado en centros residenciales, Domi-EQIFar donde los profesionales implicados: médico/as, enfermero/as, trabajadoras sociales y farmacéuticas, todos coordinados por el Servicio de Farmacia de Atención Primaria del Departamento de Salud con las farmacias comunitarias en la búsqueda de una continuidad farmacéutica asistencial.

- El modelo de dispensación de tiras reactivas para la determinación de glucosa en sangre a través de las Oficinas de Farmacia aprovechando la gran capilaridad de las mismas en todo el territorio, la no limitación de horario ni de calendario para su dispensación, el asesoramiento del farmacéutico como profesional sanitario en su parcela de contacto con el paciente, asumiendo una parte en la educación del paciente, pudiendo además evitar cargas asistenciales de los profesionales de atención primaria, etc.
- Eliminación del programa AKASA centrado en un concepto erróneo de atención farmacéutica telemática inviable, entre otras por la no participación profesional farmacéutica en el modelo diseñado.

10. El Decreto 42/2021, de 18 de marzo, del Consell, de regulación de la prestación farmacéutica en los centros sociosanitarios ha permitido superar las dificultades técnicas de implantación y de asignación de recursos presupuestarios que supusieron el desarrollo completo del decreto regulador en esta materia del año 2010. También ha resuelto los inconvenientes normativos, sobre todo de desencuentro profesional con las corporaciones farmacéuticas y también de debate profesional, que supuso el proyecto ResiEqifar, y se ha adaptado una visión más clara de regulación, al trasladar a los servicios farmacéuticos sociosanitarios públicos o privados la responsabilidad de la atención farmacéutica a los pacientes ingresados en los centros públicos y aquellos privados de más de 100 camas. Por otro lado, creo que de manera acertada, recoge la posibilidad de la citada asistencia en los centros de menos de 100 camas a través de las oficinas de

farmacia sitas en la demarcación territorial congruente con la organización asistencial de la Conselleria como son los departamentos de salud y la dispensación exclusiva por medio de sistemas de dispensación personalizados pero sobre todo, por regular, no la ordenación de las oficinas de farmacia ni de los centros sociosanitarios sino, una ordenación de la prestación farmacéutica, centrada en los pacientes y sometida por ello no solo, a la regulación normativa tanto estatal como autonómica de la citada prestación sino también, al concierto vigente entre la Conselleria de Sanitat Universal y Salud Pública con los tres colegios oficiales de farmacéuticos de la Comunitat Valenciana y la implicación para su regulación de la comisión central de asistencia farmacéutica

11. El desarrollo de este modelo de la prestación farmacéutica ha repercutido de manera notable en el aumento del número de estructuras farmacéuticas y, de manera exponencial en el número de farmacéuticos y farmacéuticas que ejercen su labor en ellas durante el periodo comprendido entre el año 1987 y 2021, tal como indica la tabla siguiente:

ESTRUCTURAS Y RRHH	1987	2021
OFICINAS DE FARMACIA	1.786	2.355
FARMACEUTICO/AS COM.	1.830	2.755
S.F.H.	16	35
FCEUTICO/AS. HOSPITAL	37	221
S.F.A.P.	0	24
FCEUTICO/AS. AT. PRIM.	0	48
S.F.S.S.	0	5
FCEUTICO/AS. SOCOSANIT.	0	19
ADMINISTRACIÓN SANITARIA	4	4
FCEUTICO/AS. ADM. SANIT.	11	51

La aparición y consolidación de la figura de farmacéuticos de administración sanitaria en la administración valenciana como consecuencia del modelo descrito, ha posibilitado y posibilita el desarrollo normativo, los resultados alcanzados y la consolidación del modelo vertebrador de la prestación farmacéutica pública en la Comunitat Valenciana. Esto ha sido posible por la visión asistencial que estos profesionales tienen de la gestión de la prestación y, porque su trabajo, en el ámbito de la administración, está bajo el amparo de su formación y titulación académica. Es decir, se es funcionario/a farmacéutico/a de la administración sanitaria, por la enseñanza universitaria, enseñanza postgrado y especializada, recibida y no al revés, es decir no se es farmacéutico/a por ser funcionario/a y esta obviedad es la que desde mi punto de vista consolida en mi opinión, el acierto que la Academia de Farmacia de la Comunitat Valenciana, ha tenido al incorporarlos como es en mi caso, y siempre en la búsqueda de sumar y aunar esfuerzos en la consecución de los fines que tiene, especialmente en la divulgación científica y formación permanente de los profesionales de la farmacia, entre los que sin duda se encuentran los farmacéuticos y farmacéuticas de la administración sanitaria.



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**