

Los tribunales corroboran los argumentos esgrimidos por SEFAC para defender el mantenimiento de los medicamentos de DH en las farmacias comunitarias

Valoraciones de la Sociedad a la sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja

Una reciente **sentencia del Tribunal Superior de Justicia de La Rioja** ha dictaminado que los órganos de Gobierno autonómicos “no tienen competencias para establecer reservas singulares de prescripción y dispensación de medicamentos, siendo una decisión reservada en exclusiva al Ministerio de Sanidad”. Este fallo aborda, y tumba, la decisión de la Consejería de Salud riojana de sacar 21 medicamentos de diagnóstico hospitalario (DH) de sus farmacias comunitarias para su dispensación exclusiva en hospitales regionales. Pese a ser de aplicación regional, **este fallo es de vital importancia para toda España**, por la alta cifra de autonomías en las que, como La Rioja, han salido fármacos de DH de las farmacias -en mayor o menor cifra- para su dispensación hospitalaria. Es el caso de Comunidad Valenciana, Madrid, Aragón, País Vasco, Murcia, Cantabria y, más recientemente, Andalucía, donde se han visto afectadas más de 200 presentaciones. La Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC), como entidad que siempre ha indicado la conveniencia de mantener su dispensación en las farmacias comunitarias, **celebra este fallo y se felicita por compartir argumentos con el TSJ de La Rioja para rechazar la medida**. No obstante, debido a su vigencia en todas estas comunidades, la Junta Directiva de SEFAC quiere realizar las siguientes manifestaciones a las autoridades sanitarias, organismos farmacéuticos y sociedad en general:

1. Desde que las primeras comunidades autónomas tomaron estas decisiones (a título particular y de forma dispar tanto en forma como tiempo), SEFAC ha manifestado su total rechazo a las mismas y a las razones esgrimidas por sus autoridades sanitarias para justificarlas. Ahora, parte de **los argumentos defendidos por SEFAC se han visto reflejados en la sentencia** del tribunal riojano, **cuyas contundentes y claras indicaciones deben ser asumidas por el resto de autonomías**.
2. Las autonomías están haciendo una **interpretación acorde a sus intereses de la legislación sanitaria nacional**. De entrada, la Ley de Garantías reserva a las farmacias la dispensación de todos aquellos medicamentos que no tengan la catalogación de uso hospitalario. Bien es cierto que su articulado también permite, **excepcionalmente**, la dispensación en hospitales de aquellos medicamentos que requieran un especial seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar. Es posible que algunos medicamentos de DH cumplan con estos requisitos, pero **bajo ningún concepto puede hacerse de una excepción una generalidad** que, en algunas autonomías, ya implica a centenares de medicamentos. Aun cumpliéndose dichos requisitos, la sentencia ahora conocida recuerda que **estas decisiones serían, en todo caso, competencia exclusiva Ministerio de Sanidad**.

3. SEFAC no puede aceptar como válido el argumento de que la decisión de dispensar ciertos medicamentos de DH en los hospitales obedezca “al mayor control, seguridad y adherencia de los tratamientos” que ahora implica su dispensación en los servicios de Farmacia de estos centros. **El farmacéutico comunitario está capacitado para asegurar la custodia y seguridad de todos los medicamentos** disponibles en su establecimiento sanitario. Igualmente, su formación, así como su confianza y cercanía con el paciente, le coloca en una situación inmejorable para el correcto asesoramiento y seguimiento farmacoterapéutico de estos tratamientos. Hasta ahora, no hay constancia de que la dispensación de estos medicamentos en las farmacias haya generado problema alguno en la salud de estos pacientes como consecuencia de una mala actuación profesional. Si en algún caso esporádico los hubiera habido, jamás podría aludirse a dichas excepciones para justificar esta medida. Incluso, los protocolos de seguridad que los farmacéuticos comunitarios llevan a cabo en la dispensación de cualquier medicamento han podido ayudar a detectar problemas relacionados con estos medicamentos (PRM) y resultados negativos de la medicación (RNM).
4. Los motivos que se esconden tras estas decisiones son puramente económicos. Sin embargo, **estas supuestas ventajas económicas son también debatibles**. El ahorro que podría generar a la Administración no tener que remunerar a la farmacia estos fármacos no es tal en el caso de los medicamentos de DH, al tratarse de medicamentos de precio elevado (superior a 91,63 euros) pero afectados por unos márgenes fijos (por tramos) y cuya dispensación en las farmacias comunitarias genera mínimos beneficios e incluso pérdidas económicas al farmacéutico. A este escaso ahorro hay que sumar y considerar el gasto que genera adecuar, tanto en infraestructuras como en recursos humanos, los correspondientes servicios de farmacia hospitalaria con el fin de dar respuesta a la mayor carga asistencial de pacientes que ahora reciben.
5. Parece que la verdadera intención de las Administraciones sanitarias con esta medida sea **“maquillar” sus datos de gasto farmacéutico**, ya que el gasto derivado de la adquisición, dispensación y administración de medicamentos en hospitales no computa en el cálculo de la factura farmacéutica. Además, el pago a los proveedores en el canal hospitalario puede demorarse más allá de los trescientos días, frente al pago mensual o bimestral que deben efectuar a las farmacias comunitarias.
6. Si hay un principal perjudicado con estas medidas es el paciente, el cual **pierde accesibilidad a su medicación**. Es irrefutable que el paciente tiene mayores facilidades de acceso a estos tratamientos a través de la farmacia comunitaria, ya que en la práctica totalidad de los casos siempre tendrá más cerca de su domicilio uno de estos establecimientos que el hospital. Esta situación se agrava en el caso de residentes en zonas rurales o pacientes con problemas de movilidad. Tampoco hay que obviar la mayor flexibilidad horaria que ofrece la farmacia comunitaria para acceder a la medicación (con una disponibilidad de 24 horas) frente al horario reducido de atención al paciente externo con el que cuentan los hospitales.
7. El personal sanitario, así como las infraestructuras y recursos de los hospitales, deberían dedicarse (exceptuando los servicios de Urgencia o la visita a médicos especialistas) a la atención al paciente hospitalizado. **La prestación farmacéutica extrahospitalaria al resto de ciudadanos debe ser asumida por la farmacia comunitaria**, que además quiere y puede llevar a cabo esta labor.
8. Tampoco es entendible la **falta de coordinación entre autonomías** a la hora de sacar medicamentos de DH de sus farmacias comunitarias, lo que se traduce en unos listados autonómicos de medicamentos afectados muy dispares y escasamente parecidos. Cada autonomía decide *motu proprio* qué medicamentos de DH pasan a dispensarse en hospitales por supuestas razones de control

y seguridad, lo que invita a preguntar por qué un mismo medicamento tiene considerada segura su dispensación en las farmacias de una comunidad y no tiene tal seguridad su dispensación en la farmacia de otra región. Esta incongruencia, además, incide en la **ruptura de la equidad del Sistema Nacional de Salud**.

9. Otro aspecto que brilla por su ausencia es la **falta de opinión de los pacientes afectados sobre esta medida**. La Administración sanitaria debería escuchar la opinión de los destinatarios de las medidas que toma, en especial si tenemos en cuenta que son los pacientes los que sostienen con sus impuestos el sistema sanitario.
10. SEFAC considera que el mantenimiento de los medicamentos de DH en las farmacias pasa por la racionalización tanto de los costes logísticos que suponen la dispensación de estos medicamentos, como de los costes sanitarios que puede ocasionar su uso no adecuado. Debido a sus peculiaridades, **podría constituir un grupo de medicamentos sobre el que pilotar un sistema de retribución mixto** (margen-tasa de dispensación), basado en los dos aspectos anteriores. Los costes logísticos no deberían suponer ninguna pérdida, y los costes sanitarios deberían ir ligados al cumplimiento de unos protocolos normalizados de trabajo específicos para dichos medicamentos, que permitan al farmacéutico comunitario demostrar su intervención en la asistencia a estos pacientes para lograr los objetivos de seguridad y efectividad que persiguen los tratamientos con estos medicamentos.

Sobre SEFAC

Constituida en marzo de 2001, la Sociedad Española de Farmacia Comunitaria (SEFAC) es una asociación científica y profesional de ámbito nacional con más de 1.600 asociados y siete delegaciones autonómicas, que tiene como objetivo prioritario profundizar en la cartera de servicios asistenciales de la farmacia comunitaria y convertirse en un interlocutor científico de referencia del farmacéutico comunitario con las distintas administraciones y con el resto de las profesiones sanitarias. Más información en www.sefac.org.

Para más información, contactar con Alberto Cornejo en acornejo@sefac.org o en el teléfono 91 522 13 13.

